

Atención Hospitalaria, Cirugía, Anestesia y Reanimación

XXXIX LECCIONES EN SALUD HOSPITALARIA



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

XXXIX Lecciones en Salud Hospitalaria.



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

XXXIX Lecciones en Salud Hospitalaria.

Fecha de publicación: 7 diciembre 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: 978-84-19560-06-3

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	HERNIACIONES CEREBRALES: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS EN LA IMAGEN POR TC BEATRIZ DOMÍNGUEZ LAGRANJA	3
2	PATRONES DE REALCE CEREBRAL EN TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA EN EL PACIENTE URGENTE BEATRIZ DOMÍNGUEZ LAGRANJA	7
3	MANEJO ANESTÉSICO EN PACIENTE GESTANTE DIAGNOSTICADA DE MALFORMACIÓN DE ARNOLD-CHIARI TIPO UNO Y MIASTENIA GRAVIS CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO ANA IGLESIAS ALONSO, VANESA ARGÜELLES FERNÁNDEZ, MARINA PEREZ DE DIEGO GOMEZ, AIDA CALLEJA MUÑIZ Y MARTA LLANEZA GARCÍA	11
4	CUIDADOS ENFERMEROS DE LA APENDICECTOMÍA VERÓNICA BASTANTE RODRÍGUEZ	15
5	GUÍA SOBRE DONACIÓN DE SANGRE DE CORDÓN PARA ENFERMERÍA Y MATRONAS MIREN IZCO OREJA, EVA ZULET MURILLO, IRAIA SERRANO ALONSO, MIREN AZNAREZ IBAÑEZ Y SARAY ADAN RODRIGUEZ	19
6	GUÍA SOBRE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LA GESTACIÓN DIRIGIDO A ENFERMERAS Y MATRONAS MIREN IZCO OREJA, EVA ZULET MURILLO, IRAIA SERRANO ALONSO, MIREN AZNAREZ IBAÑEZ Y SARAY ADAN RODRIGUEZ	23

7	ACTUACIÓN DE MATRONAS Y ENFERMERAS EN LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO Y REANIMACIÓN NEONATAL MIREN AZNAREZ IBAÑEZ, SARAY ADAN RODRIGUEZ, MIREN IZCO OREJA, EVA ZULET MURILLO Y IRAIA SERRANO ALONSO	27
8	PAPEL DE LA MATRONA Y ENFERMERA EN EL MANEJO DEL DUELO PERINATAL EVA ZULET MURILLO, IRAIA SERRANO ALONSO, MIREN AZNAREZ IBAÑEZ, SARAY ADAN RODRIGUEZ Y MIREN IZCO OREJA	37
9	MANEJO DE HEMORRAGIAS EN EL POSPARTO PARA ENFERMERÍA Y MATRONAS. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA IRAIA SERRANO ALONSO, MIREN AZNAREZ IBAÑEZ, SARAY ADAN RODRIGUEZ, MIREN IZCO OREJA Y EVA ZULET MURILLO	41
10	ALIMENTACIÓN Y VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA DEL PACIENTE CIRRÓTICO MARIA ROSA BEASAIN ARANDA, NURIA FERNÁNDEZ LEÓN Y CRISTINA VELA LUMBRERAS	53
11	LA DESINFECCIÓN ANTE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES PAULA FERNÁNDEZ TOLOSA	59
12	ALTERACIÓN DEL PATRÓN DEL SUEÑO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS MARÍA ARAMBURU ZAPATERO	65
13	EL ACOSO LABORAL DENTRO DEL SECTOR SANITARIO. MOBBING DIANA SUAREZ RUBIO, OLAYA RIVAS PEREZ, VERÓNICA MENÉNDEZ SUÁREZ, ITZIAR FUENTES SUÁREZ Y SARA PORRES FERNÁNDEZ	71
14	LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO OLAYA RIVAS PEREZ, VERÓNICA MENÉNDEZ SUÁREZ, ITZIAR FUENTES SUÁREZ, SARA PORRES FERNÁNDEZ Y DIANA SUAREZ RUBIO	77

15	CASO CLÍNICO EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO POR UN SANGRADO UTERINO ANORMAL PAULA PALMA FERREIRO, SARA MEJÍAS SEGURA, ALCORA HERNÁNDEZ MARTÍN Y LORENA LÓPEZ MESA	83
16	CASO CLÍNICO DE UNA COLOSTOMÍA EN LA INFANCIA PAULA PALMA FERREIRO, ALCORA HERNÁNDEZ MARTÍN, SARA MEJÍAS SEGURA Y LORENA LÓPEZ MESA	89
17	COMPLICACIONES POTENCIALES TRAS UNA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA ROCÍO PALACIO ALONSO	93
18	IMPORTANCIA DE LA PULSERA IDENTIFICATIVA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN CARMEN MARIA VIÑA GUTIERREZ, NATALIA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ Y CLAUDIA VIÑA ÁLVAREZ	97
19	CASO CLÍNICO: PLAN DE CUIDADOS EN UN PACIENTE CON VM EN DECÚBITO PRONO EN UCI MARIA ROSA BEASAIN ARANDA, CRISTINA VELA LUMBRERAS Y NURIA FERNÁNDEZ LEÓN	101
20	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO LUCIA MUÑIZ CHILLON	111
21	CORRECTO MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE CON QUEMADURAS GRAVES Mª ENCARNACIÓN ROJAS PORRAS, TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ Y FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO	115
22	PROTOCOLO DE LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS EN PROFESIONALES SANITARIOS BEATRIZ CALLE GONZALEZ	119
23	ENFERMERIA EN URGENCIAS DE SALUD MENTAL Y EL INTENTO AUTOLÍTICO ALICIA FLORES CASARRUBIOS, ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES, MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO Y VERÓNICA SANZ MINGUEZ	123

24 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL SINDROME WERNICKE-KORSAKOFF	
ALICIA FLORES CASARRUBIOS, ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES, MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO Y VERÓNICA SANZ MINGUEZ	129
25 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CISTITS	
ALICIA FLORES CASARRUBIOS, ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES, MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO Y VERÓNICA SANZ MINGUEZ	133
26 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS RECIÉN NACIDOS	
PAULA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ Y NOELIA TROLA SÁNCHEZ	137
27 MANEJO ENFERMERO DEL SÍNDROME DE CUSHING	
FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO, M ^a ENCARNACIÓN ROJAS PORRAS Y TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ	141
28 PREVALENCIA DE LA CANDIDIASIS VAGINAL DURANTE EL EMBARAZO	
TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ, FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO Y M ^a ENCARNACIÓN ROJAS PORRAS	145
29 MÁS VALE PREVENIR QUE AMPUTAR. ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	
LUCIA OBESO ALMEIDA, ALBA PÉREZ FERNÁNDEZ, COVADONGA BENEGASI ÁLVAREZ, MARINA MAYO ALONSO Y MARTA SEIVÁNEZ IGLESIAS	149
30 VITAMINA B12: ADMINISTRACIÓN ORAL VERSUS INTRAMUSCULAR	
LUCIA OBESO ALMEIDA, COVADONGA BENEGASI ÁLVAREZ, MARINA MAYO ALONSO Y MARTA SEIVÁNEZ IGLESIAS	155
31 IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA NEONATAL. GUÍA ÚTIL PARA MATRONAS/ENFERMERAS	
SARAY ADAN RODRIGUEZ, EVA ZULET MURILLO, MIREN IZCO OREJA, IRAIA SERRANO ALONSO Y MIREN AZNAREZ IBAÑEZ	159

- 32 ESTUDIO SOBRE LA ANOREXIA**
ALMA MARIA LLENIN MARTINEZ, EVA MARIA FERNANDEZ
CANCIO, NOELIA GARCIA LOPEZ, TANIA DÍAZ MÉNDEZ Y AURINA
ROJO LONGO 167
- 33 LA ALIMENTACIÓN EN LA TERCERA EDAD**
AURINA ROJO LONGO, EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO, NOELIA
GARCIA LOPEZ, TANIA DÍAZ MÉNDEZ Y ALMA MARIA LLENIN
MARTINEZ 171
- 34 LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
TANIA DÍAZ MÉNDEZ, AURINA ROJO LONGO, ALMA MARIA
LLENIN MARTINEZ, EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO Y NOELIA
GARCIA LOPEZ 175
- 35 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y LA COLOCACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO**
JESSICA GARCÍA VICENTE, LORENA CASTRO PULGAR Y RAQUEL
CEA RODRIGUEZ 179
- 36 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
LORENA CASTRO PULGAR, JESSICA GARCÍA VICENTE Y RAQUEL
CEA RODRIGUEZ 183
- 37 EL ESTRÉS EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE)**
MARÍA JESUS GÓMEZ FUERTES, RAQUEL IGLESIAS FERNANDEZ,
ANA BELÉN FERNÁNDEZ MEDIERO Y CLAUDIA RODRÍGUEZ INSUA 187
- 38 TURNICIDAD O TRABAJO A TURNOS. SUS RIESGOS PARA LA
SALUD**
SANDRA CARLOTA MARTÍNEZ-CUE GARCÍA, FATIMA RODRIGUEZ
QUINTELA, BEATRIZ GONZALEZ GARCIA, ARANTXA VÁZQUEZ
SÁENZ Y ROBERTO SUÁREZ RODRÍGUEZ 191
- 39 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA
ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA**
LUCÍA FRANCO ALONSO 195

40	PREPARACIÓN Y TÉCNICA DEL ASPIRADO DE SECRECIONES ALBA MARIA GONZALEZ GARCIA	199
41	LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ, JOSÉ VICENTE CRESPO GUTIÉRREZ, ANDREA GARCIA MENENDEZ Y GEMA VICENTE GARCÍA	203
42	LAS CONTENCIÓNES MECÁNICAS MÁS UTILIZADAS POR LOS TCAE EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN JOSÉ VICENTE CRESPO GUTIÉRREZ, NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ, ANDREA GARCIA MENENDEZ Y GEMA VICENTE GARCÍA	207
43	LOS PRINCIPALES AISLAMIENTOS A NIVEL HOSPITALARIO PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) GEMA VICENTE GARCÍA, ANDREA GARCIA MENENDEZ, JOSÉ VICENTE CRESPO GUTIÉRREZ Y NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ	211
44	SEGURIDAD DEL PACIENTE LAURA DIAZ MARTINEZ Y MARÍA GUILLERMINA RODRÍGUEZ HERES	215
45	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) ALEJANDRA ALONSO GONZÁLEZ, AZUCENA ARNIELLA ALVAREZ, MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI, PAULA ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA Y LUCIA FERNANDEZ FERNANDEZ	219
46	ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA NOELIA MARTINEZ LOBETO	223
47	EL ICTUS SE PUEDE PREVENIR: MEDIDAS DE PREVENCIÓN TANIA MESA PEREZ Y PAULA VICENTE PEREZ	227
48	CAMBIOS POSTURALES COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) PAULA VICENTE PEREZ Y TANIA MESA PEREZ	231

49	CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS VILMA DIAZ PEREZ	235
50	UNIDAD QUIRÚRGICA EN EL QUIRÓFANO CELIA MARTÍNEZ GÓMEZ	239
51	SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA CELIA MARTÍNEZ GÓMEZ	243
52	SERVICIO DE UROLOGÍA CELIA MARTÍNEZ GÓMEZ	247
53	LOS DISTINTOS RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO MARIA ELENA FELGUERES MIRAVALLES	253
54	ATENCIÓN HOSPITALARIA ONCOLÓGICA MARIA JESUS FERNANDEZ MORILLA	257
55	CUIDADOS POST MORTEN NOELIA MARTINEZ LOBETO	261
56	EL ASEO EN SECO. PROTOCOLO MARÍA DEL JUNCAL MÁRQUEZ DELGADO	265
57	CUIDADOS EN SONDAJES URINARIOS EN EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA MATILDE PADILLA BERROCAL Y CRISTINA GARCÍA SUÁREZ	269
58	PACIENTE OPERADO DE FRACTURA DE CADERA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ, LAURA MORAGA MARTÍNEZ, MARÍA JOSÉ, MARÍA DEL PILAR REYES VACAS Y ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ	273

59	EL ASEO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ, LAURA MORAGA MARTÍNEZ, MARÍA JOSÉ, MARÍA DEL PILAR REYES VACAS Y ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ	277
60	EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ, LAURA MORAGA MARTÍNEZ, MARÍA JOSÉ, MARÍA DEL PILAR REYES VACAS Y ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ	281
61	RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA ALBA MARIA GONZALEZ GARCIA	285
62	LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES Y BUENA HIDRATACIÓN PARA PREVENIR ÚLCERAS POR PRESIÓN BRÍGIDA MENÉNDEZ PEDRAYES	289
63	LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO BEATRIZ BALBOA MANJON	293
64	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL HOSPITAL DE DÍA DE HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA BEATRIZ BALBOA MANJON	297
65	CUIDADOS EN NUTRICIÓN ENTERAL POR Sonda NASOGÁSTRICA MATILDE PADILLA BERROCAL Y CRISTINA GARCÍA SUÁREZ	301
66	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA NUTRICION ENTERAL EN UVI JOSÉ ALFREDO TAMARGO	305
67	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS JOSÉ ALFREDO TAMARGO	309

68	DISTRIBUCIÓN Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA VASCULAR	313
	ESTEFANIA RODRIGUEZ ALVAREZ Y SONIA FERNANDEZ DIAZ	
69	CUIDADOS TRAS UN ICTUS	317
	MARÍA DEL JUNCAL MÁRQUEZ DELGADO	
70	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN	323
	SANTA VIRGINIA ZAMBRANO ZAMBRANO, ANA MARIA ESCALANTE LORENZO, RAQUEL ABALO FERNANDEZ, ROSA ELENA MARTIN FERNANDEZ Y LETICIA PRIETO PEREZ	
71	GASTROSCOPIA. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA PARA LA EXPLORACIÓN DEL TUBO DIGESTIVO. PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA AMBULATORIA. PRAXIS	327
	MARÍA DEL JUNCAL MÁRQUEZ DELGADO	
72	EL SONDAJE VESICAL	333
	RAQUEL ABALO FERNANDEZ, ANA MARIA ESCALANTE LORENZO, SANTA VIRGINIA ZAMBRANO ZAMBRANO, ROSA ELENA MARTIN FERNANDEZ Y LETICIA PRIETO PEREZ	
73	LA NUTRICIÓN PARENTERAL	337
	ROSA ELENA MARTIN FERNANDEZ, LETICIA PRIETO PEREZ, ANA MARIA ESCALANTE LORENZO, SANTA VIRGINIA ZAMBRANO ZAMBRANO Y RAQUEL ABALO FERNANDEZ	
74	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA SALA DE PARTOS	341
	ESTEFANIA RODRIGUEZ ALVAREZ Y SONIA FERNANDEZ DIAZ	
75	PAPEL A DESARROLLAR POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON COVID-19	345
	MARÍA BELÉN SÁNCHEZ MURUJOSA	

76	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA MARÍA BELÉN SÁNCHEZ MURUJOSA	351
77	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CAMPO DE LA OBSTETRICIA MARÍA BELÉN SÁNCHEZ MURUJOSA	357
78	ACTUACIÓN DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE DIÁLISIS MARÍA BELÉN SÁNCHEZ MURUJOSA	361
79	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL VÍNCULO CON PACIENTES TERMINALES MARÍA BELÉN SÁNCHEZ MURUJOSA	365
80	PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA HIGIENE Y EL ASEO DEL PACIENTE ELIA GARCÍA GALAN Y ERNESTO JONATHAN GARCÍA QUINTANILLA	369
81	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS EN LA UNIDAD DE NEFROLOGÍA ÁNGELA GARCÍA ZAFRA, MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR, GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS, MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ Y MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA	373
82	FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO ÁNGELA GARCÍA ZAFRA, MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR, GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS, MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ Y MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA	377
83	LA RELEVANCIA DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS PROTOCOLOS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES ÁNGELA GARCÍA ZAFRA, MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR, GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS, MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ Y MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA	381

84	TOMA DE MUESTRAS DE ORINA CON BOLSA RECOLECTORA EN BEBÉS CRISTINA GARCÍA SUÁREZ Y MATILDE PADILLA BERROCAL	385
85	ENFERMEDAD DE CROHN POR TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA AINOA RAMOS ALVAREZ, MARIA MONTSERRAT ALVAREZ ALVAREZ, ANA BELEN BRANDI ALONSO, MARTA MIRAVALLS BERROS Y CARLOS GUTIÉRREZ ZAPATA	389
86	EL PACIENTE CON DISFAGIA PATRICIA CABELLO IGLESIAS, ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ, ANDREA GONZALEZ TATO Y MARTA ESCALADA PERTIERRA	393
87	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DANIEL ARGUELLES CABEZA	397
88	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DANIEL ARGUELLES CABEZA	401
89	ZONAS Y ELEMENTOS QUE CONFORMAN EL QUIRÓFANO ESTEFANIA RODRIGUEZ ALVAREZ Y SONIA FERNANDEZ DIAZ	405
90	CUIDADOS EN EL ASEO Y LA PIEL DE UN RECIÉN NACIDO POR EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANDREA GONZALEZ TATO, MARTA ESCALADA PERTIERRA, PATRICIA CABELLO IGLESIAS Y ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ	409
91	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA FUNCIÓN DE NUTRICIÓN ELIA GARCÍA GALAN Y ERNESTO JONATHAN GARCÍA QUINTANILLA	413
92	TRATO DIGNO HACIA EL PACIENTE DESDE EL RESPETO A SU AUTONOMÍA SELENE BENITO OTERO Y JAVIER USOBIAGA MARTÍNEZ	417

93 LA HIGIENE DE MANOS EN UN MEDIO QUIRÚRGICO CON SOLUCIÓN ALCOHÓLICA	
ANDREA GONZALEZ TATO, MARTA ESCALADA PERTIERRA, PATRICIA CABELLO IGLESIAS Y ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ	423
94 EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO. QUÉ ES, SÍNTOMAS, CAUSAS, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO	
MARTA ESCALADA PERTIERRA, PATRICIA CABELLO IGLESIAS, ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ Y ANDREA GONZALEZ TATO	427
95 LA CELULITIS INFECCIOSA. QUÉ ES, CUÁLES SON LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO	
MARTA ESCALADA PERTIERRA, PATRICIA CABELLO IGLESIAS, ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ Y ANDREA GONZALEZ TATO	431
96 CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO	
FATIMA SOHORA LAACHIRI MOHAMED	435
97 FISIOTERAPIA EN LESIONES DEPORTIVAS: CODO DE TENISTA	
TANIA POLO MORO	445
98 TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA DE EXTREMIDADES INFERIORES POR PARTE DE FISIOTERAPIA	
BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ, MARIA ROSA GARCIA LEON, MARTA VELASCO JIMENEZ, RAQUEL GUARINOS LÓPEZ Y MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO	449
99 FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA	
BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ, MARIA ROSA GARCIA LEON, MARTA VELASCO JIMENEZ, RAQUEL GUARINOS LÓPEZ Y MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO	453
100 SÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN EN EL ANCIANO, ABORDAJE DESDE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL	
BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ, MARIA ROSA GARCIA LEON, MARTA VELASCO JIMENEZ, RAQUEL GUARINOS LÓPEZ Y MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO	457

101 ABORDAJE CONSERVADOR DE LA HIPERLORDOSIS LUMBAR IRENE PONZ MARTÍNEZ	461
102 EPIDEMIOLOGÍA DEL USO DE AINES PARA CONTROL DEL DOLOR MARTA DEL ROSAL LÓPEZ	465
103 EL ESTRES LABORAL COMO RIESGO LABORAL: UNA VISIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO MARIA PEON FERNANDEZ	469
104 LA ECOGRAFÍA TRANSFONTANELAR CAROLINA PÉREZ GONZÁLEZ	473
105 LA DENSITOMETRÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS LUCIA FERNANDEZ TERRON	481
106 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE RAYOS DURANTE LA COVID-19 LUCIA FERNANDEZ TERRON	485
107 SEPSIS: LA RESPUESTA DEL CUERPO EN UNA INFECCIÓN TAMARA GARCÍA BLANCO, M ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ, ESTEFANÍA GARCÍA LÓPEZ Y CARMEN MARÍA INGELMO ROMERO	489
108 RADIOLOGÍA CON EQUIPOS PORTÁTILES ADRIAN LOPEZ RAMOS	493
109 RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA ADRIAN LOPEZ RAMOS	497
110 REALIZACIÓN DE UNA CORRECTA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX ADRIAN LOPEZ RAMOS	501
111 LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO CAROLINA PÉREZ GONZÁLEZ	505
112 HISTEROSALPINGOGRAFÍA (HSG) YASMINA LÓPEZ ARIAS, SUSANA FERNANDEZ LAVIANA Y MÓNICA HEVIA MARTIN	517

113 DETECCIÓN DEL ESTAFILOCOCO AUREUS EN EL LABORATORIO RAQUEL ESTEVEZ RODRIGUEZ Y CONCEPCION PEDRAYES PEON	523
114 BENEFICIOS Y DESVENTAJAS DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA ENRIQUE DEL VALLE ÁLVAREZ	527
115 APLICACIÓN EN LAS HEMORRAGIAS GRAVES EL FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE (RFVIIA) CONCEPCION PEDRAYES PEON Y RAQUEL ESTEVEZ RODRIGUEZ	531
116 CITOLOGÍA DE ORINA. PROCESADO Y DIAGNÓSTICO EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA VALERIA ALVAREZ GONZÁLEZ	535
117 LA UTILIDAD DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) LAURA DEL CARMEN VILLORIA ÁLVAREZ	539
118 ERGONOMÍA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO HENAR RODRÍGUEZ SUÁREZ	545
119 PROTECCION RADIOLÓGICA EN QUIRÓFANO HENAR RODRÍGUEZ SUÁREZ	549
120 ATENCIÓN A PACIENTES ESPECIALES EN ODONTOLOGÍA ROCÍO FERNÁNDEZ MORAL	553
121 EL LINFOMA DE HODGKIN EN LA ACTUALIDAD LAURA DEL CARMEN VILLORIA ÁLVAREZ	557
122 SOPORTE VITAL BASICO. FORMACION DEL PERSONAL HOSPITALARIO SANDRA GARCIA MARTIN, CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ Y MARIA HERMINIA MARTIN RAMOS	561
123 LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO: ENFERMEDADES Y PRUEBAS DE LABORATORIO BELÉN BRAVO PELÁEZ	565

124	IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD POR COVID-19 CAROLINA PÉREZ GONZÁLEZ	569
125	TÉCNICAS DE RADIOGRAFÍA EN LESIÓN LUMBAR MARÍA LUISA MERA MOLEDO, MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ, MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES, VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS Y NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS	579
126	ARTROGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (ARTRO-TC) DE HOMBRO YASMINA LÓPEZ ARIAS, SUSANA FERNANDEZ LAVIANA Y MÓNICA HEVIA MARTIN	583
127	PRUEBA SANGUÍNEA DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) LUCÍA ALVAREZ PADILLA	589
128	DETERMINACIÓN DE LA HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES O TSH LUCÍA ALVAREZ PADILLA	593
129	ESTUDIO BÁSICO DE COAGULACIÓN (HEMOSTASIA SECUNDARIA) LUCÍA ALVAREZ PADILLA	597
130	EL HEMOGRAMA EN EL LABORATORIO LUCÍA ALVAREZ PADILLA	601
131	MEDICINA NUCLEAR:TRATAMIENTO PALIATIVO CON SAMARIO 153 EN PACIENTES CON METÁSTASIS ÓSEAS YASMINA LÓPEZ ARIAS, MÓNICA HEVIA MARTIN Y SUSANA FERNANDEZ LAVIANA	605
132	ANÁLISIS DEL LÍQUIDO PLEURAL EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS LUCÍA ALVAREZ PADILLA	611

133 IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES, VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS, NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS, JOSE RAMÓN LÓPEZ GARCÍA Y MARÍA LUISA MERA MOLEDO	615
134 LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA IGNACIO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ	621
135 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA HOSPITALARIA BEATRIZ ALBÁS LAPENA	625
136 RIESGOS ACIDENTALES A SANGRE Y FLUIDOS BIOLOGICOS POR TRABAJO EN EL HOSPITAL. JOSE ANTONIO IGLESIAS GARCIA	629
137 SÍNTOMAS MÁS COMUNES DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL .CUIDADOS MÁS RECOMENDADOS JOSE ANTONIO IGLESIAS GARCIA	633
138 RIESGOS BIOLÓGICOS TRABAJOS ÁMBITO SANITARIO CONCEPCIÓN MARTINEZ ALVAREZ	637
139 EL CELADOR EN EL ANIMALARIO DEL HOSPITAL YOLANDA VILAS ANDRÉS	641
140 PREVENCIÓN DE RIESGOS ERGONÓMICOS FATIMA RODRIGUEZ QUINTELA, BEATRIZ GONZALEZ GARCIA, ARANTXA VÁZQUEZ SÁENZ, ROBERTO SUÁREZ RODRÍGUEZ Y SANDRA CARLOTA MARTÍNEZ-CUE GARCÍA	645
141 PROCESO DE CITACIÓN PARA LA VACUNACIÓN FRENTE A LA COVID-19 JESSICA ARGUELLES LORENZO	649
142 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES COMO RASTREADORES SANITARIOS MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA, MARIA PILAR SANCHEZ PARRA, ALBERTO HUETE GONZALEZ, YOLANDA MORENO VIZCAINO Y MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO	653

143 EL TRABAJO A TURNOS Y LA REPERCUSIÓN SOBRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	
MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA, MARIA PILAR SANCHEZ PARRA, ALBERTO HUETE GONZALEZ, YOLANDA MORENO VIZCAINO Y MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO	657
144 HIGIENE POSTURAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD	
MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA, MARIA PILAR SANCHEZ PARRA, ALBERTO HUETE GONZALEZ, YOLANDA MORENO VIZCAINO Y MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO	661
145 LA IMPORTANCIA DE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD	
CATALINA MÉNDEZ MENÉNDEZ	665
146 LA ATENCIÓN AL PACIENTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	
MARI CARMEN ORTIZ CASAS, MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ, RAQUEL ESCOBEDO PARDO, CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ Y INMACULADA ROPERO MOLINERO	669
147 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO FRENTE A SITUACIONES CONFLICTIVAS CON EL USUARIO	
MARI CARMEN ORTIZ CASAS, MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ, RAQUEL ESCOBEDO PARDO, CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ Y INMACULADA ROPERO MOLINERO	673
148 EL ACOSO LABORAL PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO	
MARI CARMEN ORTIZ CASAS, MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ, RAQUEL ESCOBEDO PARDO, CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ Y INMACULADA ROPERO MOLINERO	677
149 LA ASTENOPIA: ENFERMEDAD DEL PERSONAL NO SANITARIO	
MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ SAL Y SUSANA FERNÁNDEZ MONTEAVARO	681
150 RIESGOS PSICOSOCIALES PERSONAL NO SANITARIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE	
MARTA GÓMEZ MARTINEZ	685

151 EFECTOS DE LA TURNICIDAD EN TRABAJADORES NO SANITARIOS DE CENTROS SANITARIOS HENAR MATA RAMOS	689
152 LA FIGURA DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA YOLANDA VILAS ANDRÉS	693
153 EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA COMO RESPONSABLE DE LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA QUE LOS USUARIOS ACCEDAN A LA ASISTENCIA HOSPITALARIA ISABEL GÁRATE MARTÍNEZ	697
154 EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN ANTE EL USO DE GRÚAS PARA ENFERMOS SIN MOVILIDAD EN LOS HOSPITALES SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS, RAMÓN CAÑAS BENITO, YOLANDA MORENO VIZCAINO, SUSANA MEJIAS PEREZ Y MIGUEL SALINAS NOVILLO	705
155 EL CELADOR Y EL TRANSPORTE DE PACIENTES INTRA-HOSPITALARIO SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS, RAMÓN CAÑAS BENITO, YOLANDA MORENO VIZCAINO, SUSANA MEJIAS PEREZ Y MIGUEL SALINAS NOVILLO	709
156 EL CELADOR EN LOS HOSPITALES Y SU FUNCIONAMIENTO Y ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE TERMINAL SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS, RAMÓN CAÑAS BENITO, YOLANDA MORENO VIZCAINO, SUSANA MEJIAS PEREZ Y MIGUEL SALINAS NOVILLO	715
157 TIPOS DE GRÚAS UTILIZADAS POR EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ALBERTO VERDES CASTRO	719
158 LA PULSERA IDENTIFICATIVA COMO HERRAMIENTA IMPRESINDIBLE EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS BERTA FLOREZ LOPEZ	723
159 FUNCIONES DEL CELADOR DE AMBULANCIA HAYAT DRISSI-KAITOUNI MOHAMED Y HABIBA ABDESELAM JALIL	727

160 EFECTOS DE LA TURNICIDAD EN EL PERSONAL NO SANITARIO JORGE VALDÉS MONTES, JOSE ANGEL PALACIO PRESA Y JOSE PALACIO PRESA	731
161 LAS AGRESIONES SUFRIDAS POR EL PERSONAL NO SANITARIO DE LOS CENTROS SANITARIOS. QUÉ LAS CAUSA Y COMO PREVENIRLAS VERÓNICA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ	735
162 LA PREVENCIÓN DE RIESGOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO BERTA FLOREZ LOPEZ	739
163 EL CELADOR EN PLANTA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SUS FUNCIONES VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, ANTONIA HENRY PULIDO Y ROCÍO NEVADO MORENO	743
164 FUNCIONES Y PAPEL DEL CELADOR EN UCI VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, ANTONIA HENRY PULIDO Y ROCÍO NEVADO MORENO	747
165 LA IMPORTANCIA DE LA FIGURA DEL CELADOR EN LA ESFERA DE LA SALUD VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, ANTONIA HENRY PULIDO Y ROCÍO NEVADO MORENO	751
166 CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS Y TÉCNICAS PARA EVITARLO ESPERANZA FERNÁNDEZ ALVAREZ, VANESA FERNANDEZ ALVAREZ Y JOSEFINA RODRÍGUEZ GARCIA	755
167 ACOSO LABORAL O 'MOBBING' POR RAZÓN DE SEXO EN EL ENTORNO SANITARIO JAVIER USOBIAGA MARTÍNEZ Y SELENE BENITO OTERO	761
168 ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA LAS PERSONAS MAYORES CON UNA FUNCIÓN COGNITIVA NORMAL BEATRIZ AGULLEIRO BOBIS	767

169	EL PINCHE Y LA CORRECTA CONSERVACION, TRANSFORMACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS ALIMENTOS DENTRO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS ELENA LÓPEZ RAMÍREZ, ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ, JUANA MARI FUEGO GIL, ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y MARIA JIMENEZ BERNAL	771
170	EL PINCHE Y EL CONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN DENTRO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS ELENA LÓPEZ RAMÍREZ, ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ, JUANA MARI FUEGO GIL, ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y MARIA JIMENEZ BERNAL	775
171	EL PINCHE Y LA CORRECTA ORGANIZACIÓN DE LOS ALIMENTOS DENTRO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS ELENA LÓPEZ RAMÍREZ, ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ, JUANA MARI FUEGO GIL, ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y MARIA JIMENEZ BERNAL	779
172	ACOSO LABORAL EN CENTROS SANITARIOS PAULA GARCÍA GARCIA, VERÓNICA BUSTELO HAMED, MARIA ARIAS ALONSO, CRISTINA GARCIA ALVAREZ Y ROCÍO ALVAREZ GONZÁLEZ	783
173	LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO DE CENTROS SANITARIOS MARIA ARIAS ALONSO, CRISTINA GARCIA ALVAREZ, ROCÍO ALVAREZ GONZÁLEZ, PAULA GARCÍA GARCIA Y VERÓNICA BUSTELO HAMED	787
174	CÓMO ACTUAR ANTE EL ACOSO LABORAL CONTINUADO DE LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO EN EL HOSPITAL BÁRBARA ROBERT BALAGUER, NATALIA NAREDO RUBIO, TANIA MUÑIZ DÍAZ, TERESA ÁLVAREZ BERDASCO Y ANA SUÁREZ GARRIDO	791
175	ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SANIDAD FRENTE A SITUACIONES CONFLICTIVAS CON EL USUARIO BEATRIZ MONTEQUIN IGLESIAS	795

176 EL ESTRÉS EN EL ÁMBITO SANITARIO NURIA CASTAÑO ÁLVAREZ	799
177 MANTENIMIENTO DEL MATERIAL SANITARIO SILVIA SUAREZ RIVERA	803
178 LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EMPLEADOS EN EL ÁMBITO SANITARIO Y SECUENCIA DE COLOCACIÓN SILVIA SUAREZ RIVERA	807
179 RIESGOS LIGADOS A LOS AGENTES FÍSICOS NEL DÍEZ RODRÍGUEZ, ANA RODRIGUEZ MORENO Y ELENA BRIGIDA MONTES SUAREZ	811
180 DIETA CELIACOS: PRECAUCIONES, ELABORACIÓN DENTRO DE LAS COCINAS JOSE ANTONIO SUAREZ SUAREZ	817
181 EL TELEFONISTA Y LA COMUNICACIÓN EFECTIVA QUE SE DEBE DE TENER CON LOS PACIENTES DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO ELENA LÓPEZ RAMÍREZ	823
182 EL TELEFONISTA Y LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN QUE SE DEBEN DE ADOPTAR PARA LA CORRECTA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES ELENA LÓPEZ RAMÍREZ	827
183 EFECTOS DE LA NOCTURNIDAD TAMARA CABO JUNQUERA, MARÍA ELISA GARCIA PAZ, YOANA SUÁREZ SÁNCHEZ, CARMEN REGINA FERNÁNDEZ IGLESIAS Y MARÍA JESÚS GARCÍA LÓPEZ	831
184 LOS RIESGOS LABORALES QUE PUEDE SUFRIR UNA COSTURERA DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ	835
185 PROTECCIÓN DE LA TRABAJADORA EMBARAZADA EN EL ÁMBITO SANITARIO CARMEN ALVAREZ VIVANCO	839

186 PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ENTORNO SANITARIO CARMEN ALVAREZ VIVANCO	843
187 LAS COSTURERAS Y EL SINDROME DE LA MÁQUINA DE COSER DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ	847
188 LAS FUNCIONES QUE DESARROLLA EL COCINERO DENTRO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS JUANA MARI FUEGO GIL	851
189 PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN CENTROS SANITARIOS MARÍA JOSE GARCÍA SANTOS, BEGOÑA GANZO PALACIOS, ISABEL SEVILLA CONTO, LUCÍA VIJANDE VALENCIA Y YOLANDA GARCÍA GÓMEZ	855
190 ¿QUÉ ES LA DEPENDENCIA? DEFINICIÓN Y CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA NECESARIOS PARA EL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO Y LA LEY DE DEPENDENCIA ROCÍO CANTÓN GARCÍA	859
191 EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD BEGOÑA GANZO PALACIOS, ISABEL SEVILLA CONTO, LUCÍA VIJANDE VALENCIA, YOLANDA GARCÍA GÓMEZ Y MARÍA JOSE GARCÍA SANTOS	863

Capítulo 1

HERNIACIONES CEREBRALES: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS EN LA IMAGEN POR TC

BEATRIZ DOMÍNGUEZ LAGRANJA

1 Introducción

Una herniación cerebral se puede explicar como un cambio de situación del tejido cerebral, es decir, un desplazamiento de dicho tejido desde su localización normal hacia un espacio próximo. Esta patología es considerada un proceso grave que puede cursar con el fallecimiento del paciente, por lo que requiere de un diagnóstico y de un tratamiento tempranos. Para su diagnóstico es útil la realización de un TC cerebral que nos permite la valoración del parénquima encefálico y su correcta localización. La herniación cerebral puede incurrir en complicaciones graves como necrosis cerebral, hemorragia intracraneal, isquemia encefálica, compresión de los pares craneales y de los vasos sanguíneos, y obstrucción de la circulación del líquido cefalorraquídeo con hidrocefalia. Esta patología puede ocurrir tras un traumatismo grave en el que aparezca edema cerebral y/o hemorragia lo cual aumenta el volumen del contenido intracraneal y por ende de la presión intracraneal. También un descenso de la presión intracraneal puede causar una herniación cerebral paradójica.

En función de la localización en la que se producen las hernias cerebrales y de la estructura encefálica desplazada encontramos diferentes tipos: suralficina o del cíngulo, transtentorial descendente, amigdalina, transtentorial ascendente, transalar, extracraneal y paradójica. Se explicarán cada uno de los tipos.

2 Objetivos

Se pretende revisar el concepto de una patología grave como son las herniaciones cerebrales, así como, su clasificación en los diferentes tipos y lo que implica cada uno de ellos.

3 Metodología

Revisión de la literatura pertinente sobre el tema a estudio, mediante el uso de bases de datos científicas tipo PubMed y Cochrane, y también, mediante buscadores académicos tipo Google Scholar. Se han incluido revisiones sistemáticas, capítulos de libros, y otros documentos.

4 Resultados

Las herniaciones cerebrales pueden clasificarse en función de la localización y el tejido encefálico desplazado.

- La hernia subfalcina o del cíngulo: es una de las que ocurren con más frecuencia. Se produce un desplazamiento de la línea media por un efecto de masa supratentorial en dirección medial que desplaza el giro cingulado por debajo de la hoz cerebral, la cual también es desplazada, ocurriendo en la región anterior. Como complicaciones puede ocurrir hidrocefalia univentricular contralateral, al producirse compresión del foramen de Monro con secreción de LCR por plexo coroideo contralateral. También puede producirse compresión de la arteria cerebral anterior y de la arteria pericallosa provocando infarto del territorio de la cerebral anterior. Se puede valorar el pronóstico en imagen si trazamos una línea anteroposterior en el foramen de Monro y se mide la distancia entre dicha línea y el septum pellucidum, de forma que si es <5 mm se prevé buen pronóstico y si es >15 mm el pronóstico es malo.
- La hernia transtentorial descendente: el tejido cerebral es desplazado a través de la hendidura tentorial, siendo la segunda más frecuente. Se clasifica en subtipos: las hernias unilaterales en las que se desplaza el uncus cerebral y el hipocampo homolateral; las hernias bilaterales en las que se desplazan ambos uncus e hipocampos a través de la hendidura tentorial; y la hernia central en las que se produce descenso del diencéfalo, mesencéfalo y protuberancia. Como complicaciones se pueden encontrar la compresión del III par craneal con afectación pupilar, la compresión de la arteria cerebral posterior con el subsecuente infarto territorial, la compresión de pedúnculo cerebral contralateral y la compresión de

arterias perforantes pontomesencefálicas (hemorragia de Duret), así como, hidrocefalia, coma y muerte.

- La herniación amigdalar: se produce por desplazamiento inferior de las amígdalas cerebelosas a través del foramen magno como lo que podemos encontrar en la imagen es una ocupación por partes blandas del foramen magno. Pueden ser de origen congénito (Chiari I) o adquirido (masa en fosa posterior con efecto de masa descendente). Complicación puede producirse compresión de la arteria cerebelosa poste inferior con el consecuente infarto territorial, también hidrocefalia por compresión del IV ventrículo y necrosis amigdalar.
- La herniación transtentorial ascendente: ocurre por un desplazamiento superior del vermis y hemisferios cerebelosos a través de la hendidura tentorial. Entre las complicaciones destaca la hidrocefalia obstructiva por compresión acueductal, el aumento de la presión intracraneal, y compresión de la arteria cerebelosa superior con el consecuente infarto. En cuanto a la imagen, nos podemos encontrar desplazamiento superior del vermis, desplazamiento anterosuperior del troncoencéfalo, desplazamiento superior de colículos y techo del III ventrículo, y distorsión de la concavidad normal de la cisterna cuadrigémina.
- La herniación transalar: por desplazamiento del tejido cerebral sobre el ala mayor del esfenoides. Es poco frecuente, y suele asociarse a herniaciones subfalcina y transtentorial. Un signo de sospecha es el desplazamiento significativo de la arteria cerebral media, bien sea anterior o posterior. Entre las posibles complicaciones puede producirse compresión de la arteria carótida interna sobre la clinoides, provocando infartos simultáneos en territorios de arteria cerebral anterior y media.
- La herniación extracraneal y paradójica: debidas a defectos craneales o dures, generalmente, postquirúrgicos (craneotomía) o postraumáticos. También puede ocurrir en niños con fractura conminuta de cráneo que desgarran la duramadre, y tras una evacuación de LCR o punción lumbar. Son muy raras con alto potencial de mortalidad. Puede complicarse con infartos venosos o contusión cerebral.

5 Discusión-Conclusión

Las herniaciones cerebrales se producen por desplazamiento del tejido encefálico dentro del cráneo a través de las incisuras o pliegues dures, generalmente, secundario al aumento de presión en un determinado compartimento. Son un cuadro clínico que puede atentar contra la vida del paciente, por lo que es fundamental conocer su existencia, los diferentes tipos y sus complicaciones asociadas, en aras de establecer un diagnóstico temprano que permita un tratamiento

igualmente temprano, evitando así más complicaciones y un desenlace fatal. Se pueden clasificar en función del compartimento implicado y del tejido encefálico que se ve implicado. Existen diferentes causas según el tipo que las implica, pero en general, cualquier proceso que implica una ocupación de espacio y un aumento de presión en un determinado compartimento puede originarlas, como una masa tumoral o una hemorragia intra o extraaxial. Las más frecuentes son la subfalcina y la transtentorial descendente, siendo muy infrecuentes la extracraneal y paradójica. Una de las complicaciones más habituales es la hidrocefalia, y también pueden complicarse con infartos territoriales por compresión de diferentes arterias intracraneales en función del compartimento implicado.

6 Bibliografía

Osborn AG. Osborn's Brain Second Edition. Chapter 3: Secondary effects of CNS trauma.

Laine FJ, Shedden AI, Dunn MM, Ghatak NR. Acquired intracranial herniations: MR imaging findings. *AJR Am J Roentgenol.* 1995 Oct;165(4):967-73.

Osborn AG, Heaston DK, Wing SD. Diagnosis of ascending transtentorial herniation by cranial computed tomography. *AJR Am J Roentgenol.* 1978;130 (4): 755-60.

Riveros Gilardi B, Muñoz López JI, Hernández Villegas AC, Garay Mora JA, Rico Rodríguez OC, Chávez Appendini R et al. Types of cerebral herniation and their imaging features. *Radiogr Rev Publ RAdiol Soc N Am Inc.* 2019;39(6):1598-610.

Aso Escario J, Martínez Quiñones JV, Martín Gallego A, Arregui Calvo R, Suarez Mier MP. Hernias encefálicas. Clasificación, neuropatología y problemas medicolegales. *Rev Esp Med Legal.* 2015;41(3):91-102

Capítulo 2

PATRONES DE REALCE CEREBRAL EN TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA EN EL PACIENTE URGENTE

BEATRIZ DOMÍNGUEZ LAGRANJA

1 Introducción

El uso de contraste yodado intravenoso en el estudio de TC cerebral permite diferenciar distintos patrones de captación intraaxial y extraaxial, lo que nos ayuda a clasificar ciertas patologías. Puede resultar fundamental en la atención urgente de los pacientes porque dicho realce nos permite diferenciar con bastante precisión lesiones isquémicas, tumorales, vasculares e infecciosas según el patrón de realce o la ausencia de este, antes de pasar a realizar otros tipos de pruebas de imagen como la RM cerebral o la arteriografía.

Para empezar, podemos dividir los realces en dos tipos.

- El intravascular que se produce por hiperemia, vasodilatación o neovascularización. Se produce un aumento de concentración del contraste yodado en el interior de los vasos en un tiempo de tránsito corto.
- El intersticial o extravascular que se produce por una alteración o una rotura en la barrera hematoencefálica. Se observa tras un retardo de 10-15 minutos en la adquisición de las imágenes.
- Fases de realce intermedias con adquisición de las imágenes a los 180 segundos, donde se puede observar una composición de realce variable de ambos compartimentos, intravascular e intersticial.

Antes de valorar el realce intracraneal en una TC urgente se debe conocer las estructuras que presentan un realce en paciente sano, que son las estructuras

arteriales y venosas, la hipófisis y el infundíbulo, las membranas durales (tentorio y hoz cerebral), los plexos coroideos, y la glándula pineal.

También podemos clasificar los realces en función de la localización y su morfología, diferenciando varios patrones que se explicaran posteriormente.

2 Objetivos

Se pretende realizar una revisión y resumen de los diferentes patrones de realce intracraneal en TC tras la administración de contraste yodado intravenoso y cómo pueden ayudar a diferenciar con bastante precisión diferentes tipos de lesiones en la atención urgente.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura sobre el tema expuesto, en bases de datos científicas tipo Pubmed y Cochrane, y buscadores académicos como Google Scholar. Se incluyen revisiones sistemáticas, libros, casos clínicos y otros documentos.

4 Resultados

Tras recordar las estructuras anatómicas que pueden captar contraste en pacientes sanos, se va a explicar los diferentes tipos de realce intracraneal que podemos encontrar en una TC, utilizando la localización y morfología para su clasificación.

Los realces intraaxiales o parenquimatosos se clasifican en:

- Giriforme: definido por el realce de la sustancia gris de las circunvoluciones corticales, sin captación en espacios subaracnoideo ni en surcos. Puede ser de origen vascular, que suele asociar clínica abrupta y el realce suele asociarse a un territorio vascular. Algunos de los procesos vasculares son la vasodilatación tras reperusión en una isquemia cerebral aguda, la vasodilatación en el contexto de migraña, el síndrome de encefalopatía posterior reversible o PRES, vasodilatación en crisis comiciales. Otra de las etiologías de este tipo de realce es el origen inflamatorio como en una encefalitis o meningoencefalitis, y finalmente, el origen tumoral, aunque infrecuente que produzca este tipo.
- Nodular: se aprecia en forma de nódulos bien delimitados, con edema asociado y en diferentes localizaciones. Si se localiza cortico-subcortical se debe sospechar

émbolos sépticos y metástasis, mientras que, si es de localización en profundidad y periventricular, se debe pensar en origen metabólico-tóxico y enfermedades desmielinizantes.

- En anillo: realce periférico con centro hipodenso (necrótico), pudiendo ser fino o grueso, completo o incompleto, de contornos irregulares, multiloculados, etc., todas ellas características que ayudan a profundizar en el diagnóstico diferencial. Las causas son múltiples y variadas, destacando abscesos, neoplasias (glioblastoma multiforme), hematomas, infarto, aneurisma trombosado y esclerosis múltiple.
- Periventricular: observado como engrosamiento y realce de distribución periventricular conocido como “en lana de cordero”, por el realce anular heterogéneo alrededor del sistema ventricular. Puede apreciarse un realce fino, más habitual en ependimitis y ventriculitis, o un realce grueso más típico de linfoma, astrocitoma de alto grado o diseminación secundaria.
- Vascular: el contraste en fase intravascular permite detectar patologías como aneurismas arteriales y venosos, malformaciones arteriovenosas, y fistulas arteriovenosas durales.

El realce extraaxial o meníngeo se puede clasificar en:

- Paquimeníngeo o dural-subaracnoideo: implica un realce de la duramadre adyacente al hueso y/o de las reflexiones durales (hoz cerebral, tentorio, hoz cerebelosa). Puede presentar morfología lisa o nodular con extensión focal o difusa. Existen diferentes causas, tanto benignas como cirugía o punción lumbar reciente, hipotensión, meningioma... como malignas del tipo metástasis o linfoma.
- Leptomeníngeo o pial-aracnoideo: por realce de la aracnoides o piamadre. Puede presentar una morfología serpinginosa, lisa o nodular, con distribución focal o difusa. Igualmente puede ser de origen benigno, como meningitis infecciosa, o de origen maligno, como la carcinomatosis meníngea.

5 Discusión-Conclusión

La inyección intravenosa de contraste yodado en un estudio de TC cerebral urgente ayuda a identificar y diferenciar distintos patrones de captación intra y extraaxial, que reducen el diagnóstico diferencial de la patología subyacente, acercándonos al diagnóstico de la enfermedad que padece el paciente.

De esta forma la patología neurológica urgente puede ser clasificada con bastante precisión. Nos permite diferenciar lesiones isquémicas, tumorales, vasculares e infecciosas antes de la realización de otros estudios como la RM o la arteriografía.

Los diferentes patrones de realce intracraneal pueden clasificarse fundamentalmente en intraaxiales y extraaxiales, orientando a una u otra etiología según el contexto clínico y la sospecha de la patología que padece el paciente. En ocasiones, la TC cerebral con contraste puede ser insuficiente para filiar correctamente una lesión cerebral por lo que se precisará la realización de una RM, si bien, los hallazgos en TC cerebral con contraste en urgencias, permitirá la toma de decisiones iniciales en el manejo de los pacientes con mayor seguridad.

6 Bibliografía

- Patterns of contrast enhancement in the brain and meninges. James G. Smirniotopoulos, MD. Radiographics 2007; 27:525-551
- Guía de diagnóstico rápido de lesiones cerebrales en TC craneal de urgencias. SERAM 2012. M.L. Parra Gordo.
- Provenzale JM, Mukundan S, Dewhurst MW. The role of blood barrier permeability in brain tumor imaging and therapeutics. AJR 2005; 185:763-767
- Sinclair AG, Scoffings DJ. Imaging of the post-operative cranium. Radiographics 2010; 30:2 461-482
- Del Cura JL, Pedraza S, Gayete À, Rovira À. Radiología Esencial 2ª ed. Editorial Médica Panamericana 2019

Capítulo 3

MANEJO ANESTÉSICO EN PACIENTE GESTANTE DIAGNOSTICADA DE MALFORMACIÓN DE ARNOLD-CHIARI TIPO UNO Y MIASTENIA GRAVIS CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO

ANA IGLESIAS ALONSO

VANESA ARGÜELLES FERNÁNDEZ

MARINA PEREZ DE DIEGO GOMEZ

AIDA CALLEJA MUÑIZ

MARTA LLANEZA GARCÍA

1 Introducción

La Miastenia Gravis es una patología de tipo neuromuscular autoinmune crónica, diagnosticada de forma más frecuente en el género femenino en torno a los 40 años. Su característica principal es la presencia de un tipo de anticuerpos Anti-Receptor de Acetilcolina, que están presentes en la unión neuromuscular a nivel de la membrana postsináptica. Su función principal consiste en reducir la capacidad de transmisión del impulso nervioso al tejido muscular, produciendo

fatiga y disminución de la fuerza. La sintomatología más frecuente de dicha patología es la debilidad muscular a nivel ocular, pudiendo provocar diplopía y ptosis parpebral, también produce dificultades en la masticación, deglución y habla. Esta clínica se incrementa con la actividad y mejora con el reposo.

Por otra parte, la malformación de Arnold-Chiari es una anomalía congénita poco frecuente, menor a 5 entre 10.000, caracterizada porque a través del foramen magno se produce una herniación del tronco del encéfalo y el cerebelo. Esta patología puede llevar asociado de forma más frecuente la siringomelia y menos frecuente hidrocefalia entre otras. El síntoma prínceps es la nuchalgia. A raíz de esta malformación se genera una alteración del flujo de líquido cefalorraquídeo, incrementando la presión intracraneal que aumenta con las maniobras de Valsalva.

2 Objetivos

Determinar mediante un equipo multidisciplinar formado por el servicio de Anestesiología y Ginecología tanto la vía de parto como el manejo anestésico de una paciente con malformación de Arnold Chiari y Miastenia Gravis.

Valorar las posibles complicaciones.

3 Caso clínico

Paciente mujer de 29 años, 38+6 semanas de gestación, con antecedentes de Malformación de Arnold Chiari tipo I asintomática y Miastenia Gravis congénita con debut a los 3 años de edad, a tratamiento desde 1996 con Mestinon® (Bromuro de Piridostigmina) 720 mg/día por clínica de caída de párpados y dificultad para la deglución. Es trasladada al Hospital de Referencia por inicio espontáneo de trabajo de parto con dinámica uterina regular cada 5 minutos.

EVOLUCIÓN Y CONCLUSIONES

El caso es analizado conjuntamente por el servicio de Obstetricia y Anestesiología decidiendo la realización de una cesárea urgente tras valorar el riesgo de enclavamiento y/o progresión de la enfermedad al elevar la presión del líquido cefalorraquídeo a consecuencia de pujos maternos. En cuanto al manejo anestésico y teniendo en cuenta riesgo/beneficio, se decide realizar una anestesia epidural (estómago lleno, respuesta alterada a los Relajantes Musculares). Se explica a la paciente situación y actitud a seguir, así como las posibles complicaciones de la

técnica. Insistimos en la necesidad de colaboración por su parte, ya que cualquier movimiento brusco podría desencadenar una punción dural accidental, con el riesgo de herniación cerebelosa que esto supondría.

Se monitoriza a la paciente (ECG, TA no invasiva, Pulsioximetría). La técnica se realiza de forma aséptica, paciente en sedestación, espacio L3-L4. Utilizamos la técnica de pérdida de resistencia con Suero Fisiológico. Tras localizar el Espacio Epidural a 6 cm de piel, se introduce catéter epidural, introduciéndolo 3,5 cm dentro del espacio epidural. Prueba de aspiración negativa para sangre. Se administra dosis test con 3cc de Bupivacaína 0,25% + Epinefrina (1:200000), siendo esta negativa, y por lo tanto, descartando que el catéter se encuentre en Espacio Subaracnoideo ni en un vaso sanguíneo. Una vez fijado, procedemos a administrar 15cc de Ropivacaína 0,75% a través de catéter epidural en bolos de 5cc cada 5 minutos, obteniendo un nivel anestésico óptimo (T4-T5).

La cesárea tiene lugar sin incidencias.

La paciente es trasladada a Reanimación, permaneciendo monitorizada y estrechamente vigilada durante las siguientes 8 horas. Ante la ausencia de complicaciones, es dada de alta a planta tras retirar catéter epidural para evitar posibles complicaciones.

4 Discusión-Conclusión

Las recomendaciones para el manejo anestésico de una gestante afectada por la malformación de Arnold-Chiari y una Miastenia Gravis basadas en nuestra experiencia y en la bibliografía existente serían:

- Es fundamental la realización de una historia preanestésica completa.
- En la mayoría de los casos, será de elección un parto por cesárea.
- En caso de optar por un parto vaginal, se recomienda el uso de fórceps durante el expulsivo para eliminar todo pujo voluntario materno.
- La anestesia epidural no está contraindicada, siempre que la técnica sea realizada por manos expertas con el fin de evitar complicaciones.
- La anestesia intradural no está contraindicada, pero su realización podría producir cambios en la presión del LCR que propiciasen un empeoramiento de la sintomatología o la herniación cerebelosa.
- Si se opta por una Anestesia General, se debe intentar minimizar las variaciones intraoperatorias de la presión del LCR.
- En la medida de lo posible debe evitarse el uso de bloqueantes neuromusculares, por el riesgo de bloqueo neuromuscular prolongado.

- En caso de ser imprescindible, utilizaremos BNM no despolarizantes tipo éster, como Rocuronio o Vecuronio, revirtiendo su efecto al final de la intervención con Sugammadex a dosis de 2 mg/kg.

5 Bibliografía

1. Allepuz A. Efectividad de la sección del filum terminale para el tratamiento de la malformación de Chiari tipo I. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2009.
2. G. K. Bejjani and K. P. Cockerham, "Adult Chiari malformation," Contemporary Neurosurgery, vol. 23, no. 26, pp. 1–7, 2001.
3. Bhavna G, Anshul G. Anesthetic considerations in A case of Arnold Chiari Malformation type II. Glob J Anes & Pain Med. 2019;1- 2
4. Ramsis FG, Tatiana T, Kenneth DC, Nebojsa NK. Management of parturients in active labor with Arnold Chiari malformation, tonsillar herniation, and syringomyelia. Surg Neurol Int. 2017;19:8- 10
5. Salunke P, Sahoo SK, Deepak AN, et al. Redefining congenital atlantoaxial dislocation: objective assessment in each plane before and after operation. World Neurosurg. 2016;95:156–64

Capítulo 4

CUIDADOS ENFERMEROS DE LA APENDICECTOMÍA

VERÓNICA BASTANTE RODRÍGUEZ

1 Introducción

El proceso quirúrgico llamado apendicectomía consiste en la extirpación del apéndice, situado en la parte inferior derecha del abdomen y no tiene ninguna función conocida.

Se debe extirpar cuando se produce una inflamación del apéndice, la cual provoca dolor abdominal, aunque es frecuente que este dolor comience en el ombligo y se vaya desplazando hacia el lado derecho.

Suele ocurrir con mayor frecuencia entre los 10-30 años, pero puede ocurrir a cualquier edad.

La causa más común es la obstrucción del recubrimiento del apéndice, lo que desemboca en una infección que, si no se trata con urgencia, éste podría romperse y derivar en complicaciones tales como la peritonitis.

Los procedimientos a realizar para su diagnóstico son: exploración física (para valorar el dolor), análisis de sangre (para comprobar el recuento elevado de glóbulos blancos que indica infección), análisis de orina (para comprobar que el dolor no proviene de una infección urinaria o de un cálculo renal) y, pruebas de imagen (para confirmar el diagnóstico).

Una vez confirmada se procederá a realizar la cirugía, que puede ser por laparoscopia o por cirugía abierta, también llamada apendicectomía abierta.

En este capítulo hablaremos de los distintos tipos de cuidados enfermeros y diferentes recomendaciones en los distintos tipos de cirugía existentes.

2 Objetivos

- Explicar los cuidados enfermeros necesarios para una buena recuperación tras una apendicectomía.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica y una búsqueda de libros y artículos sobre la literatura científica existente. También se han consultado artículos y revistas en las principales bases de datos como Medline o Pubmed.

4 Resultados

Existen dos tipos de cirugías para la apendicectomía, la primera y más sencilla es por laparoscopia, donde se realiza con pequeñas incisiones en el abdomen a través de instrumentos quirúrgicos especiales para este fin, y se utiliza una videocámara para poder extraer el apéndice.

En la segunda, la cirugía abierta, se realiza una incisión de 5 a 10 centímetros.

Hay que tener en cuenta que en algunos casos aunque la laparoscopia tenga una más rápida recuperación y un mejor proceso de cicatrización, no siempre se puede emplear. En casos como un absceso o drenaje del apéndice, el cirujano deberá realizar una cirugía abierta para así poder limpiar exhaustivamente la cavidad abdominal.

En determinados casos puede ocurrir que el apéndice haya reventado y se forma alrededor de él un absceso que es preciso drenar, por lo que el cirujano inserta un drenaje a través de la piel, lo que significa que la cirugía definitiva para extirpar el apéndice debe posponerse a unas semanas después de insertar el drenaje, una vez la infección esté bajo control.

Los cuidados enfermeros y recomendaciones tras una apendicectomía son los descritos a continuación:

- Manejo del dolor.
- Comenzar con tolerancia oral 6 horas tras la cirugía.
- Dieta rica en proteínas y vitaminas para favorecer la cicatrización de la herida.
- Dieta rica en fibra para favorecer el tránsito intestinal.
- Beber abundantes líquidos.

- Vigilar apósito (comprobar posible sangrado, mal olor, mal aspecto, abundante exudado, inflamación o enrojecimiento) y realizar curas según prescripción médica o necesidad.
- No hacer sobreesfuerzos o levantar pesos hasta 10-15 días tras una cirugía abierta, o tras 5 días al menos en caso de realizarse una laparoscopia.
- Controlar la temperatura, ya que si aumenta puede avisar de una infección.
- No mojar la herida los primeros días tras la intervención ni vestir ropa ceñida para evitar rozar la herida.
- Administrar antieméticos en caso de náuseas o vómitos.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha descrito en este capítulo, el papel de la enfermería es fundamental en los cuidados del postoperatorio de una apendicectomía.

Algunos, tales como el aspecto de la herida o el control de constantes vitales nos hacen tener la oportunidad de realizar una pronta intervención en caso de complicaciones postoperatorias, como administrar antibióticos de manera precoz, limpiar la herida y evitar la sobreinfección, o minimizar el riesgo de que progresen y se hagan más difíciles de tratar.

Una mala praxis de estos cuidados y recomendaciones podría suponer fatales consecuencias para el estado del paciente y, por ende, también para nosotros y nuestro trabajo.

Es igual de importante hablar con el paciente, explicarle el tipo de proceso al que se va a someter, que lo entienda y dejarlo expresarse y que exponga sus dudas y preguntas. De esta forma disminuiríamos la ansiedad y los miedos preoperatorios, haciendo incluso más fácil y llevadero el proceso de recuperación.

6 Bibliografía

1. [mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/appendicitis/symptoms-causes](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/appendicitis/symptoms-causes)
2. rythas.es/wp-content/uploads/vthpdfs/Guia-Apendicetomía.pdf

Capítulo 5

GUÍA SOBRE DONACIÓN DE SANGRE DE CORDÓN PARA ENFERMERÍA Y MATRONAS

MIREN IZCO OREJA

EVA ZULET MURILLO

IRAIA SERRANO ALONSO

MIREN AZNAREZ IBÁÑEZ

SARAY ADAN RODRIGUEZ

1 Introducción

A lo largo de los años era práctica habitual que tras el nacimiento del recién nacido, se clampa y cortaba el cordón umbilical y se desechara junto con la placenta. Con ello se desechaba la sangre que contenía. Con los años se ha visto que la sangre del cordón umbilical y la placenta contienen gran cantidad de células madre, especializadas en la renovación de las células sanguíneas.

Las células madre pueden ser igual o mas beneficiosas si se trasplantan a otros pacientes cuya médula ósea no funcione o este enferma.

La primera donación de sangre de cordón umbilical se hizo 1988. Gluckman y compañeros de trabajo informaron sobre la cura de la anemia de Fanconi en un

niño de 5 años, utilizando sangre del cordón umbilical de su hermana recién nacida HLA compatible, en París, Francia.

Más tarde en 1993 se realizó el primer trasplante no emparentado de sangre de cordón umbilical a un niño con leucemia mieloide.

Desde el primer trasplante en el año 1993 hasta 2018 se han realizado más de 30.000 trasplantes para tratar al rededor de 70 tipos de enfermedades (entre ellas leucemias, síndromes mielodisplásicos, linfoma de Hodgkin y no Hodgkin, talasemia, otras anemias...). Parte importante de los receptores han sido pacientes pediátricos no relacionados con el donante, afectos de enfermedades hematológicas, gracias a la disponibilidad de unas 711.000 unidades disponibles en los bancos de cordón públicos.

2 Objetivos

- Incrementar el número de donaciones de sangre de cordón umbilical en los partitorios de la España.
- Concienciar de la importancia de las donaciones de sangre de cordón a las gestantes y a sus parejas.

3 Metodología

Para dicha guía que trata sobre donación de sangre de cordón umbilical, he buscado en las bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y la ONT (Organización Nacional de Trasplantes). También he revisado los protocolos que se utilizan en las áreas de partos.

4 Resultados

La sangre de cordón es aquella sangre residual que queda retenida en la placenta después del nacimiento del bebé.

La sangre del cordón umbilical contiene un número apreciable de Progenitores Hematopoyéticos y es una fuente fácilmente disponible de células madre hematopoyéticas que se utilizan como alternativa a la médula ósea o las células madre periféricas para el trasplante no emparentado en el tratamiento de enfermedades malignas y no malignas en niños y adultos.

SELECCIÓN DONANTES DE SCU:

Embarazadas sana con un embarazo que no sea de riesgo puede ser donante si cumple estos criterios:

- Tener 18 años o más
- Estar informada sobre la DSCU y el consentimiento informado firmado.
- Criterio de inclusión recomendable: > 37 semanas de gestación con percentil estimado de peso > 50%
- Historia de viajes conocidos.
- Ausencia de enfermedades potencialmente transmisibles
- Ausencia de enfermedades genéticas en la historia familiar en familiares de primer grado
- Ausencia de embarazo de riesgo como puede ser: embarazo gemelar, diabetes mellitus pregestacional, crecimiento intrauterino retardado (CIUR), hipertensión en el embarazo o hipertensión arterial crónica y patología fetal.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- < 34 semanas de gestación o peso del recién nacido inferior a 2500gr.
- Serología positiva para VIH, VHC, VHB, Htlv 1 y 2, sífilis, chagas
- Patología materna subyacente que aparezca o se agrave en el parto.
- Anemia no gestacional (Hb <7 gr/dl en la última analítica)
- Plaquetopenia (< 100x 10⁹ en la última analítica)
- Uso de drogas por vía parenteral
- Relaciones sexuales durante los últimos 4 meses con varias parejas.
- Si ha recibido transfusiones sanguíneas en los últimos 4 meses.
- Si se ha realizado tatuajes en los últimos 4 meses.
- Si le han tenido que realizar una endoscopia en los últimos 4 meses.
- Enfermedades autoinmunes maternas
- Enfermedad hemolítica del recién nacido
- Parto con riesgo neonatal
- Fiebre > 38°C durante el parto
- Si ha vivido más de un año en el Reino unido entre 1980 y 1987
- En caso de donación de óvulos, esperma o embriones es necesario verificar que el Banco dónde provienen está autorizado.
- Volumen recogido inferior a 100ml

EN QUE CONSISTE LA DONACION DE SANGRE DE CORDON

La sangre del cordón umbilical se recoge tras del nacimiento del recién nacido y después del clampaje y sección del cordón umbilical. Se punciona el cordón umbilical previa desinfección para extraer la sangre mientras la placenta está

todavía en el útero materno. No conlleva ningún peligro tanto para la madre como para el recién nacido.

El pinzamiento del cordón se realiza a partir de los 60 segundos tras el nacimiento del recién nacido.

La OMS recomienda pinzamiento y corte tardío de cordón (entre 1 y 3 minutos) en todos los nacimientos.

5 Discusión-Conclusión

Los trasplantes de progenitores hematopoyéticos (TPH) constituyen una terapia consolidada y eficaz para un número importante de enfermedades hematológicas, y de otros tipos.

Las células madre de progenitores hematopoyéticos se encuentran en la médula ósea, circulando por la sangre, en este último caso en menor medida.

En cambio en el cordón umbilical se encuentran en gran cantidad. Por ello, la sangre de cordón umbilical es la gran alternativa a la médula ósea para trasplante en casos de enfermedades congénitas, hemoglobinopatías o enfermedades de la médula ósea.

Por ello en los paritorios de toda España, se está trabajando en la recogida de sangre de cordón, ya que cualquier gestante sana con un embarazo no de riesgo, puede ser donante de sangre.

Para ello debe de dar su autorización y estar informada de dicha donación

6 Bibliografía

- 1.http://www.ont.es/infesp/TejidosPHCelulas/Plan_Nacional_de_Sangre_de_Cord%C3%B3n_Umbilical_2020-2025.pdf.
2. Programa Concordia Banc de Sang y Teixits. Área profesionales https://www.bancsang.net/professionals/es_concordia/.
3. Barcelona. <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/recogida-sangrecordon.pdf>.

Capítulo 6

GUÍA SOBRE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LA GESTACIÓN DIRIGIDO A ENFERMERAS Y MATRONAS

MIREN IZCO OREJA

EVA ZULET MURILLO

IRAIA SERRANO ALONSO

MIREN AZNAREZ IBÁÑEZ

SARAY ADAN RODRIGUEZ

1 Introducción

La anemia por carencia de hierro es un tipo de anemia frecuente en el embarazo. La anemia ferropénica consiste en una falta de glóbulos rojos en nuestra sangre. La función de los glóbulos rojos es transportar oxígeno para los tejidos y órganos de nuestro cuerpo.

Los glóbulos rojos, también llamados eritrocitos o hematíes son células sanguíneas producidas en la médula ósea, viven alrededor de cuatro meses en el sistema sanguíneo y después son destruidos por el sistema mononuclear fagocítico. El oxígeno que captamos al respirar es fijado en el hematíe, gracias a la proteína hemoglobina. Cuya función es la de transportar oxígeno.

Con la deficiencia de hierro nuestro organismo es incapaz de producir la proteína hemoglobina.

Con ello derivan gran cantidad de signos y síntomas, como pueden ser aumento de la frecuencia cardíaca, sentirse cansados, dificultad para respirar, etc.

Durante el embarazo, se producen varias modificaciones en nuestro organismo. Un de ellos es a nivel hematológico. Se produce un incremento de volumen sanguíneo y en menor medida la citemia (aumento de glóbulos rojo) por ello se da una hemodilución fisiológica.

La anemia por déficit de hierro durante el embarazo aumenta el riesgo de tener un parto prematuro. La anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo incrementa la morbilidad materna, fetal y del recién nacido. Sus efectos incluyen retardo en el crecimiento intrauterino con bajo peso al nacimiento, retraso cognitivo y/o psicomotor en el niño, mayores tasas de partos pretérmino y cesáreas, así como menor tolerancia a la hemorragia durante el parto y mayor riesgo transfusional.

2 Objetivos

- Conocer cómo afecta la anemia ferropénica en gestantes.
- Conocer las causas y los signos y síntomas de la anemia ferropénica.

3 Metodología

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

4 Resultados

El riesgo de desarrollar anemia ferropénica durante el embarazo aumenta si:

- El intervalo gestacional es menor de un año
- Embarazo múltiple
- Hiperemesis
- Vegetarianas
- Adolescentes

- Mujeres con riesgos adicionales de hemorragias
- Infección por *Helicobacter Pylori*
- Padecer menstruaciones cuantiosas anteriores al embarazo.
- Padecer anemia antes del embarazo.

Los signos y síntomas que podemos detectar con la anemia ferropénica son:

- Fatiga o cansancio
- Debilidad muscular
- Mareo
- Migrañas
- Aumento de la frecuencia cardiaca
- Piel pálida
- Falta de aire o dificultad para respirar.

Los síntomas de la anemia ferropénica grave pueden ser:

- Taquicardia.
- Hipotensión
- Dificultad para concentrarse.

Como profesionales sanitarios debemos saber que los síntomas de la anemia ferropénica suelen ser similares a los síntomas que puede producir el embarazo. Por ello en los controles del embarazo se piden análisis de sangre en cada trimestre y así poder detectar la anemia.

Prevenir y tratar la anemia ferropénica:

- Durante el embarazo, es necesario ingerir 27 miligramos de hierro al día.
- Una buena alimentación (sana y variada) es clave para prevenir la anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo.

Los alimentos que contienen gran cantidad de hierro son: la carne roja, hígado, moluscos bivalvos (almejas, berberechos, mejillones), legumbre (lentejas, garbanzos, alubias blancas) y frutos secos(pistachos, almendras, cacahuetes etc.), verduras de hoja verde como las espinacas.

- El hierro que proviene de origen animal (hierro hemo) se absorbe en mayor cantidad que el hierro de origen vegetal (hierro no hemo). Además el hierro aumenta su absorción si lo tomamos junto a la vitamina C. Como puede ser un zumo de naranja.
- El calcio es un micronutriente esencial durante el embarazo, puede disminuir la absorción de hierro. Por ello debe tomar separado del resto de las comidas .Así conseguimos mayor absorción

5 Discusión-Conclusión

La anemia en el embarazo es un problema grave que afecta a nivel mundial, un 38.2% de las mujeres embarazadas tiene dicho problema.

La OMS, Organización Mundial de la Salud, nos dice que unos 56 millones de mujeres embarazadas sufren anemia y el 75-80% de ellas tienen como causa principal la ferropenia.

La prevalencia varía en función del área geográfica siendo mayor en los países menos desarrollados y en hogares con bajos ingresos.

La OMS define anemia en la mujer gestante cuando el nivel de Hb desciende 11gr/dL.

La Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia define la anemia en el embarazo con un nivel de Hb <11 gr/dL o un hematocrito <33% en primer y tercer trimestre y < 10,5gr/dL o hematocrito <32% en el segundo. Adicionalmente la define en el posparto, como un nivel de Hb <10gr/dL.

6 Bibliografía

- World Health Organization. WHO, 2015.

Capítulo 7

ACTUACIÓN DE MATRONAS Y ENFERMERAS EN LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO Y REANIMACIÓN NEONATAL

MIREN AZNAREZ IBAÑEZ

SARAY ADAN RODRIGUEZ

MIREN IZCO OREJA

EVA ZULET MURILLO

IRAIA SERRANO ALONSO

1 Introducción

El nacimiento de un bebé es un momento único e irrepetible tanto para la madre como para el recién nacido, y por ello merece una atención de excelente calidad. Es un momento íntimo y especial, que requiere de profesionales actualizados con el fin de que ambos reciban los mejores cuidados. Para ello, es esencial que todos los trabajadores que se ven implicados en el proceso del parto y atención al neonato conozcan los cuidados a realizar y el porqué de los mismos.

El paso de un ambiente intrauterino a uno extrauterino es un proceso complejo y estresante para el neonato que requiere un gran esfuerzo por su parte. De forma general, el recién nacido sano es capaz de adaptarse por sí solo al medio nuevo

extrauterino. Sin embargo, se estima que en un 10% de los casos los recién nacidos precisan de alguna medida de estabilización inicial, y en un 1% de los casos precisarán de una reanimación neonatal más avanzada (1,4).

El vínculo materno-filial, es algo que todavía hoy continúa siendo estudiado por los psicólogos de manera especial (aunque también por otros especialistas). Y, a pesar de que todavía faltan preguntas por responder en este campo a día de hoy ya es más que evidente que darle la oportunidad a un recién nacido de comenzar su andadura en nuestro mundo en un ambiente tranquilo, calmado y con su madre piel con piel, tiene múltiples beneficios en la creación de un apego seguro y en su desarrollo posterior (11) tratándose de un acto casi innato (como se puede ver en multitud de especies en el mundo animal).

Además de todo lo anteriormente mencionado, es básico conocer la normalidad en una exploración de un neonato, para poder valorar la desviación de la misma e indicar el seguimiento o intervenciones necesarias en cada caso (sin olvidar que no son inocuas), aspecto que también se debe de estudiar.

2 Objetivos

Mediante el siguiente trabajo se pretenden conseguir los siguientes objetivos:

- General:

- Adquirir una visión global de los aspectos más importantes en la atención inmediata al nacimiento del recién nacido.

- Específicos:

- Conocer las últimas recomendaciones de reanimación neonatal, así como la asistencia a la transición en todo su contexto.

- Repasar los procedimientos profilácticos a realizar en el recién nacido.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática de protocolos, guías, manuales y artículos en las bases de datos Pubmed y Medline, que reúne el conocimiento actual sobre la atención inmediata de los profesionales de Enfermería y Matronas al recién nacido y reanimación neonatal.

4 Resultados

ATENCIÓN EN EL ÁREA DE PARTOS (4,6,8,9,10)

Todos los partos (aunque hayan sido considerados de bajo riesgo) deberán contar con un profesional encargado del recién nacido y entrenado en reanimación neonatal. Además, si se prevé pueda tener complicaciones, o tiene factores de riesgo que se conozcan anteparto, se avisará de antemano al pediatra para ponerlo en conocimiento. El profesional pediatra debería garantizar estar fácilmente localizable en todo momento y los profesionales que trabajan en el área de partos deben conocer cómo localizarlo.

En la medida de lo posible (pueden existir situaciones que requieren de rapidez en la actuación que lo impidan como puede ser un parto precipitado) en todos los partos debería existir una persona que se encargue con la suficiente antelación de la revisión del historial clínico del neonato. Esto permitirá revisar si el recién nacido tiene algún factor de riesgo y si es así, poder avisar al pediatra con antelación para que esté presente en el momento del parto.

En todos los turnos de trabajo debería haber un responsable de revisar las cunas de reanimación y su funcionamiento, así como que haya disponible el material suficiente necesario por si existiese la necesidad de reanimación inesperada. Existen hospitales, en donde se dejan preparadas día a día o turno tras turno las diluciones de adrenalina para disponer con rapidez de ellas en caso necesario. Además si existe algún factor de riesgo, la enfermera encargada de la atención inmediata del recién nacido, deberá preparar con antelación el material necesario para ese caso en concreto (por ejemplo, disponer de bolsas de polietileno en partos prematuros).

En todos los centros de maternidad se debería disponer de un sistema de identificación madre-recién nacido que garantice con toda seguridad la identificación de ambos en caso de separación. Antes de que exista ningún tipo de separación madre-neonato se deberá crear una “cadena” de identificación que normalmente suele constar de un código numérico y con colores que constará en la historia de la madre, en la historia del recién nacido, en una pulsera de la madre, en una pulsera del recién nacido y en la pinza del cordón del recién nacido.

Justo tras el nacimiento, se realizará una valoración inicial del neonato. Si la valoración es adecuada a los minutos de vida que tenga, se pasará con su madre a realizar contacto piel con piel (si lo desea) y se seguirá valorando al bebé en esta forma. Los cuidados que se hagan de forma sistemática y no urgente según el protocolo de cada centro (medidas antropométricas, profilaxis de enfermedad hemorrágica y oftálmica, constantes, etc.) no interrumpirán el contacto piel con piel.

De forma sistemática se realiza el test de Apgar al minuto y a los cinco minutos de vida. Si existiese la necesidad de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada,

se realizará el Apgar a los diez minutos o más si así se valora.

De manera sistemática se realizará pinzamiento tardío del cordón umbilical, al menos dos minutos o hasta que deje de latir. Solo si el neonato precisa de algún tipo de medida de reanimación/estabilización se realizará pinzamiento precoz.

En todos los partos, se realizará una extracción de muestra de sangre del cordón para:

- Identificación materno filial.
 - Si la madre tiene grupo sanguíneo Rh negativo, para determinar grupo sanguíneo del neonato y coombs directo.
 - Para gasometría tanto de vena como de arteria del cordón. En estas muestras los valores más importantes serán el pH, el exceso de bases y el lactato.
- Otro de los aspectos importantes a realizar y que en muchas ocasiones no se le da la suficiente importancia es registrar todos los cuidados realizados y acontecimientos ocurridos en la sala de partos antes del alta de la madre y recién nacido a la planta de maternidad.
- Por último, es esencial que la persona encargada de la atención del recién nacido conozca las causas por las que debería avisar con antelación al pediatra para que esté presente en el parto. Varían ligeramente según el protocolo de cada centro, pero en esencia son las siguientes:

- cesáreas (tanto programadas como urgentes) y partos instrumentales.
- partos pretérminos (cualquiera que sea la edad gestacional requerirá una valoración por parte del pediatra antes de subir a la planta de maternidad).
- CIUR con diagnóstico anteparto.
- embarazos múltiples
- presentación anómala (nalgas, cara).
- líquido amniótico meconial y teñidos.
- riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- malformaciones conocidas.
- siempre que el profesional responsable del parto lo considere.

PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD HEMORRÁGICA DEL RECIÉN NACIDO Y OFTALMIA NEONATAL (2,3,5)

De forma generalizada existen dos procedimientos profilácticos que se realizan en la mayoría de hospitales de España, el de la Enfermedad hemorrágica del recién nacido y el de oftalmía neonatal.

El déficit con el que nacen todos los neonatos se considera un factor de riesgo para desarrollar la Enfermedad hemorrágica del recién nacido. Se trata de una enfermedad poco frecuente pero que puede producir sangrados graves principalmente a nivel cutáneo, gastrointestinal y cerebral. Se administrará tras el contacto piel

con piel y siempre antes de las 12 horas de vida.

Por lo general se recomienda la pauta de 1mg intramuscular en recién nacidos mayores de 2 kg y de 0,4mg/kg en menores de 2 kg. En el caso de que los padres no deseen la administración intramuscular (la recomendada), existe la posibilidad de administrarla vía oral. Si tampoco desean la vía oral se les explicarán los riesgos de la no administración y se les hará firmar un consentimiento.

Con respecto a la profilaxis de la oftalmía neonatal, se realiza con el objetivo de prevenir el desarrollo de conjuntivitis neonatal.

La conjuntivitis neonatal u oftalmía neonatal es una inflamación de la conjuntiva de inicio en los primeros 28 días de vida. Con frecuencia es la exposición a la flora vaginal la responsable de su desarrollo y los agentes causales más frecuentes son la chlamydia y el gonococo (también pueden ser causados por otras bacterias y virus). Puede provocar una lesión ocular permanente y ceguera.

La profilaxis de la misma se recomienda realizarla con pomada de eritromicina al 0,5%. Como segunda opción podría realizarse con pomada de tetraciclina al 1%. Si los padres se niegan a la profilaxis, se les hará firmar un consentimiento.

REANIMACIÓN NEONATAL (1)

La Sociedad Española de Neonatología, adaptándose a las recomendaciones internacionales, establece una serie de pautas.

El primer minuto se considera “minuto de oro” y en él se estabiliza y estimula al neonato y se inicia la ventilación con presión positiva si la frecuencia cardíaca es menor de 100 lpm o presenta gasping o apnea.

1- EVALUACIÓN INICIAL

Está basada en la respuesta a tres preguntas:

- ¿La gestación es a término?
- ¿El recién nacido respira o llora?
- ¿Tiene buen tono muscular?

Si todas las respuestas son afirmativas, el recién nacido puede ser colocado piel con piel con su madre, secar con una toalla.

Los cuidados de rutina pueden esperar y no hay necesidad de interferir el primer contacto con su madre. El procedimiento piel con piel con valoración continua del RN es preferible a cualquier otra fuente de calor, al evitar pérdidas de calor del 50-90% y favorecer el vínculo materno.

En los recién nacidos que no necesitan reanimación se recomienda el pinzamiento tardío del cordón (alrededor de 2 minutos o hasta que deje de latir).

Sin embargo si cualquiera de las tres primeras preguntas no es afirmativa se pasará a la estabilización.

2- ESTABILIZACIÓN INICIAL

En la transición a la vida fuera del útero los neonatos pueden requerir alguna medida de estabilización inicial/ apoyo a la transición, que se diferencia de las medidas de reanimación.

Si alguna de las respuestas a las preguntas de la evaluación inicial no es afirmativa, se comienzan a realizar las siguientes medidas en orden:

Clampaje del cordón y mantener la temperatura óptima del neonato con el uso de toallas/paños calientes o fuente de calor.

Optimizar vía aérea mediante una posición neutra o ligera extensión. Valorar necesidad de aspiración de secreciones. Si se precisa, siempre se aspirará con una presión menor a <100mmHg, durante máximo 5 segundos y empezando primero por la boca y después por la nariz.

Secar la piel con toallas precalentadas, retirando las toallas húmedas que van a favorecer la pérdida de calor. Se debe de evitar tanto la hiper- como la hipotermia, teniendo como objetivo una temperatura a mantener de entre 36,5 a 37,5°C.

Frotar la espalda del neonato para realizar estimulación táctil.

Reposicionar la cabeza y revalorar todo lo anteriormente mencionado.

3- VALORACIÓN

- Respiración: el neonato debe llorar al nacimiento para que se garantice una ventilación adecuada. Se debe descartar la ausencia de respiración, o patrones respiratorios anómalos (gasping, tiraje, quejido, etc.). Para valorar el correcto intercambio gaseoso, se debe de poner el sensor de pulsioximetría preductal (mano derecha del neonato).

- Frecuencia cardíaca: tomar el pulso en la base del cordón umbilical o auscultar el latido cardíaco y si es preciso electrocardiograma (ECG).

- Color: puede existir al nacimiento cianosis periférica.

4- VENTILACIÓN

Si la frecuencia cardíaca es <100 lpm a pesar de todas las actuaciones anteriormente mencionadas, no ha iniciado respiración espontánea o presenta gasping, se procede a la ventilación.

Inicialmente, el FiO_2 que se usará será de 21% (concentración de aire ambiente), y según orden de pediatría se podrá subir en caso necesario si a pesar de una ventilación efectiva se mantiene en rangos inadecuados.

Es imprescindible en este punto, que se haya monitorizado la pulsioximetría del recién nacido en su mano derecha (preductal).

Un error muy común en este punto es confundir los valores de saturación de oxígeno de los adultos con los valores de normalidad de los neonatos.

Para una ventilación adecuada, se colocará al neonato en decúbito supino con la cabeza ligeramente extendida o neutra (posición de olfateo), se abrirá la vía

aérea (llegados a este punto revalorar necesidad de aspiración de secreciones), y se colocará la mascarilla (es de vital importancia para una correcta valoración la elección de una mascarilla del tamaño adecuado para el neonato, debe cubrir nariz, boca y mentón, sin apoyarse en los ojos). El ritmo de ventilación será de 30 a 60 rpm. En el caso de que el dispositivo permita predeterminar el límite pico (PIP), se iniciará a 20 cmH₂O, y la presión al final de la espiración (PEEP) será de 5cmH₂O.

Teniendo en cuenta que la primera causa de paro cardíaco en el neonato es la asfixia, la reanimación siempre se iniciará con la ventilación (a no ser que se conozca la causa exacta del paro cardíaco por diagnóstico previo de alguna patología cardíaca).

5- INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

El pediatra valorará la necesidad de intubación si a pesar de la ventilación realizada el neonato mantiene frecuencias cardíacas por debajo de 100 latidos por minuto al minuto del nacimiento. Recordar que el laringoscopio se introduce por la derecha con la mano izquierda (en los niños a término la pala suele ser del número 1 y en los prematuros del número 0, siempre recta).

6- COMPRESIONES TORÁCICAS

Si tras 30 segundos de ventilación con presión positiva la frecuencia cardíaca se mantiene por debajo de 60 lpm se iniciará masaje cardíaco. Si hay ausencia de latido cardíaco, las compresiones se iniciarán en cualquier momento.

La profundidad de las compresiones debe ser $\frac{1}{3}$ del diámetro anteroposterior del tórax (un error muy frecuente es realizar las compresiones a una profundidad mayor), y el ritmo compresiones/ventilaciones debe de ser 3/1 respectivamente. Es esencial respetar la expansión del tórax durante las ventilaciones.

7- FÁRMACOS

Aunque existen muchos más fármacos que pueden usarse durante la reanimación neonatal, veo esencial conocer el uso de adrenalina al ser el fármaco más frecuentemente usado. Llegar al paso de usar fármacos en una reanimación neonatal es raro, pero todo el personal que se pueda ver implicado en la misma debe conocer su uso.

Se usa si tras 30 segundos de compresiones torácicas y ventilación adecuada con presión positiva la frecuencia cardíaca sigue siendo menor de 60 lpm.

La dosis es de 0,01 a 0,03mg/Kg vía endovenosa. La dilución que normalmente se suele hacer es 1ml de adrenalina (si la ampolla es de 1ml/1mg) junto con 9ml de suero fisiológico se convierte en una dilución de 1:10000, y de la misma se usará 0,1 a 0,3 ml/kg, según peso del neonato. Se puede repetir la dosis cada 3-5 minutos.

5 Discusión-Conclusión

Todas las personas que trabajan en un área de partos deben conocer el material y procedimiento de actuación ante la necesidad de estabilización o reanimación neonatal.

Si el estado de la madre y neonato lo permite, idealmente se realizará contacto piel con piel por todos los beneficios que se obtienen tanto en la madre como en el recién nacido.

Se deberá realizar una exploración exhaustiva a todo recién nacido antes del alta hospitalaria e incorporación a las revisiones de salud infantiles protocolizadas en cada comunidad. Esta exploración tiene como objetivo la detección de desviaciones de la normalidad que requieren un seguimiento especial o vigilancia.

Todos los recién nacidos recibirán con el fin de evitar la Enfermedad hemorrágica del recién nacido vitamina K al nacimiento (ya sea en su pauta intramuscular como en al oral) a no ser de que sus padres se nieguen (en cuyo caso firmarán un consentimiento y quedará reflejado en la historia clínica del neonato y se tomarán las medidas oportunas).

Todos los recién nacidos recibirán con el fin de evitar la Oftalmia neonatal, pomada de eritromicina (como primera opción) al nacimiento, a no ser de que sus padres se nieguen (en cuyo caso firmarán un consentimiento y quedará reflejado en la historia clínica del neonato y se tomarán las medidas oportunas).

6 Bibliografía

1. G. Zeballos Sarrato, A. Avila-Alvarez, R. Escrig Fernández et al., Guía española de estabilización y reanimación neonatal 2021. Análisis, adaptación y consenso sobre las recomendaciones internacionales, Anales de Pediatría, <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.06.003>.
2. Sánchez Luna M, Pallás CR, Botet F, Echániz I, Castro JR, Narbona E. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr (Barc)* 2009; 71 (4): 349-361.
3. American Academy of Pediatrics Committee on fetus and newborn. Controversies concerning vitaminK and the newborn. *Pediatrics* 2003;112 (1): 191-192 (Reaffirmed 2015).
4. Asociación Española de Pediatría [Internet]. Madrid; consultado el 3 de octubre de 2022. Disponible en: <https://www.aeped.es/>.
5. American Academy of Pediatrics. Prevention of Neonatal Ophthalmia. In: *Red Book 2018 Of COMmittee on Infectious Diseases*, 31 st ed. Kimberlin DW, Brady

MT, Jackson MA, Long SS (Eds), American Academy of Pediatrics , Itasca III 2018. p 1046.

6. Ministerio de Sanidad. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. [Internet] Madrid: Central de publicaciones: 2010.[Consultado el 1 de octubre del 2002]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>.

7. Herrera A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. Index Enferm [Internet]. 2013 Jun [citado 2022 Oct 13] ; 22(1-2): 79-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100017&lng=es.

<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100017>.

8. Sociedad Española de Neonatología [Internet].Madrid; consultado el 1 de octubre del 2022. Disponible en: <https://www.seneo.es/>.

9. Sanz A, Raso Y, Santander S. Cuidados inmediatos de enfermería al recién nacido a término sano en la sala de partos. Revista Sanitaria de investigación.2021. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-inmediatos-de-enfermeria-al-recien-nacido-a-termino-sano-en-la-sala-de-partos/>.

10. Espinilla Sanz, B., Tomé Blanco, E., Sadornil Vicario, M.E. et al. (Eds.) Manual de obstetricia para matronas. 4ª ed. Valladolid: Difacil.

11. Sierra García P, Carrasco Ortiz MA. Psicología perinatal: vínculo materno-fetal y apego. 1 ed. Madrid: Síntesis.

Capítulo 8

PAPEL DE LA MATRONA Y ENFERMERA EN EL MANEJO DEL DUELO PERINATAL

EVA ZULET MURILLO

IRAIA SERRANO ALONSO

MIREN AZNAREZ IBAÑEZ

SARAY ADAN RODRIGUEZ

MIREN IZCO OREJA

1 Introducción

El duelo perinatal tiene aspectos compartidos con el duelo como proceso general. No existen dos duelos iguales, ni duelos "normales" y se sufre cómo cualquier otra pérdida.

El duelo perinatal es el que se produce tras la muerte de un bebé durante el embarazo, en el parto o en los momentos previos o posteriores al parto. En este tipo de duelo se producen dos momentos vitales antagónicos: la vida y la muerte. Este hecho marca un proceso que tiene matices específicos. Para la madre esta vivencia significa un choque brutal en el que los dos extremos de la vida se hacen realidad.

Por ser un momento tan importante para la mujer, la pareja y la familia, debemos prestar especial cuidado todos los profesionales de salud. Siendo de especial importancia por su trato directo con la mujer, el equipo de enfermería y matronas.

La falta de formación del profesional sanitario acerca de cómo actuar ante situaciones de duelo y la tendencia de forma inconsciente de evitar situaciones no positivas, da lugar a una actitud no siempre adecuada ante una pérdida gestacional creando frustración e impotencia en el propio profesional sanitario.

Con este trabajo se pretende ayudar a manejar el duelo perinatal a enfermeras y matronas.

2 Objetivos

Revisar la evidencia científica actual disponible para conocer los mejores recursos para matronas y enfermeras de manejo del duelo perinatal.

3 Metodología

Identificación de los artículos mediante un procedimiento de búsqueda en la siguiente base de datos: Dialnet.

Se recogieron aquellos artículos publicados desde 2013 a la actualidad, con texto disponible libre. En español e inglés. Palabras clave: Manejo, Duelo, Perinatal, enfermería y matrona.

Se obtuvieron 8 artículos que cumplían todos los criterios de búsqueda. De estos, cuatro fueron eliminados por no poder acceder a su lectura completa. Quedando finalmente 4 de ellos para realizar el trabajo.

4 Resultados

En primer lugar, es importante conocer por parte del personal sanitario las fases del duelo normo evolutivo. Una primera fase de choque e incredulidad. Una segunda fase de nostalgia. Una tercera fase de desorganización y una cuarta y última fase de reorganización y aceptación.

Una vez sabiendo esto, individualizar la atención y cuidados a cada mujer. (1) Prestar especial atención a signos que demuestren una evolución del duelo diferente, pudiendo llegar a crear un duelo patológico. (1)

Dicho duelo patológico puede darse secundariamente a evitar las despedidas con su hijo muerto. Conseguir una sedación de la madre en el momento del parto, dar información insuficiente... (2) Por todo ello, es importante, crear estrategias interdisciplinares (enfermeras, matronas, ginecólogos...) para facilitar el duelo. (4)

Las acciones dirigidas a la creación de memoria se han visto como elementos importantes en la experiencia positiva de los padres, por lo que deberíamos darle más importancia (4).

Los artículos analizados coinciden en la necesidad de formación del equipo de enfermería y matronas para poder ayudar de forma holística a la mujer. También ayudar a crear un duelo normo evolutivo no solo a la madre, también a la pareja y familia del bebé que ha fallecido.

Para ello es necesario revisar los currículos de enfermería y capacitar en ejercicio sobre el manejo del duelo. Asimismo, también se podrían formar grupos de apoyo para los profesionales de salud que se enfrentan a estos casos y para los padres que sufren una pérdida perinatal. (2)

Hay que tener en cuenta que, para las personas que están sufriendo el duelo, el apoyo de la familia y de los amigos es muy importante, especialmente la oportunidad de hablar de lo que ha pasado y tener un lugar para el bebé fallecido en el entorno social. Por parte de los profesionales sanitarios, es importante facilitar este encuentro y animar a mantener las relaciones sociales. (5)

5 Discusión-Conclusión

En todos los artículos analizados se ve la falta de preparación en el personal sanitario para ser capaces de enfrentarse al duelo perinatal. Con esta revisión recalco la importancia de la capacitación de los profesionales sanitarios para el abordaje espiritual, apoyo emocional y psicológico de la mujer que ha perdido a su hijo.

Se debe conseguir una atención holística que ayude a seguir las fases del duelo siendo enfermería y en especial las matronas los profesionales de referencia para ello.

Para lograr esta atención es necesario realizar una valoración muy completa de la mujer, crear para ella un diagnóstico enfermero que se adapte a sus necesidades individuales. Lo enfocaremos en conseguir un duelo normal, evitando el duelo patológico.

Para terminar, es necesario continuar investigando.

6 Bibliografía

1. González Castroagudín, S et al. Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cad Aten Primario*, 2013 Volume 19. 113-117
2. Martínez CS. El profesional de enfermería ante el duelo por muerte perinatal. *Enferm Inv.* 2018;3(1):10-15.
3. Carolina Serrano D, et al. Muerte fetal anteparto. Duelo perinatal. *Prog Obstet Ginecol.* 2015;58(8):368—372
4. Rodríguez Villalón M, García Quirós P, Núñez García A, Merino Martín S, González Berrocal P. Role of the midwife in perinatal mourning in the current context of a pandemic. Clinical case. *Enferm. Cuid.* 2022;5(2): 8-16. <https://doi.org/10.51326/ec.5.2.4070427>.
5. El Parto es Nuestro, Umamanita. Guía para la Atención a la muerte perinatal y neonatal. Madrid; 2015.

Capítulo 9

MANEJO DE HEMORRAGIAS EN EL POSPARTO PARA ENFERMERÍA Y MATRONAS. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

IRAIA SERRANO ALONSO

MIREN AZNAREZ IBAÑEZ

SARAY ADAN RODRIGUEZ

MIREN IZCO OREJA

EVA ZULET MURILLO

1 Introducción

La definición de hemorragia posparto (HPP) no está consensuada. Para algunos autores es toda pérdida sanguínea tras un parto por vía vaginal de 500 ml o de 1.000 en caso de cesárea. Esta definición no es del todo precisa, pues en la práctica, a la hora de realizar una estimación del sangrado, es habitual el subestimar la pérdida hemática hasta en un 50%. También hay que tener en cuenta que muchas mujeres presentan clínica con pequeñas pérdidas hemáticas. (1)

Por ello la SEGO ha establecido la definición de hemorragia postparto como sangrado vaginal > 500 ml tras un parto vaginal o > 1.000 ml tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en

la mujer. (1) Se trata de un tema de gran importancia, ya que se considera una urgencia vital y es causa de casi un cuarto de las muertes maternas en todo el mundo. (2)

Podemos clasificar la hemorragia postparto según el momento de su aparición en:

- Primaria o precoz: hemorragia que tiene lugar en las primeras 24 horas tras el parto. Es la más frecuente y de mayor gravedad.
- Secundaria o tardía: hemorragia que tiene lugar entre las primeras 24 horas del parto y las 6-12 semanas postparto.

Si la pérdida de sangre es abundante o existen otros factores que pueden influir en el estado hemodinámico, como por ejemplo, anemia previa, la hemorragia puede dar lugar a un shock hipovolémico, disfunción multiorgánica y muerte materna. Cualquier mujer es susceptible de desarrollar una HPP, y por lo tanto, los profesionales, entre ellos los profesionales de enfermería y matronas, deben estar preparados para hacer un manejo adecuado y eficaz del problema.

2 Objetivos

- Realizar una búsqueda en bases de datos sobre el manejo de las hemorragias en el postparto precoz tras un parto vaginal.
- Hacer una lectura crítica de los artículos recopilados y seleccionar aquellos que sean pertinentes para esta revisión.
- Exponer resultados y conclusiones sobre dicha bibliografía.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane, Cuiden y Dialnet. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda (en términos Decs en Español e Inglés) con los operadores booleanos AND y OR fueron:

- Hemorragia postparto → postpartumhemorrhage
- Immediatepostpartumhemorrhage. → hemorragia postparto precoz
- Manejo → management
- Earlyintervention → intervención precoz
- Midwifery → enfermería obstétrico-ginecológica

En esta búsqueda inicial se obtuvieron 357 artículos. Para seleccionar los artículos que fueran más recientes y de mayor evidencia científica se refinó la búsqueda en función de los siguientes criterios:

- Antigüedad: publicaciones correspondientes a los 8 últimos años.
- Idioma: Inglés, Francés, Español.
- Tipo de estudio: revisiones, metanálisis, ensayos clínicos y estudios de cohortes.
- Acceso a texto completo.

Tras el refinamiento se obtuvieron 92 artículos. Para finalizar entre estos 92 resultados se seleccionaron 22 artículos que, tras realizar la lectura del resumen, se consideró que cumplían los objetivos de la revisión.

4 Resultados

El manejo de la HPP debe ser secuencial y rápido. Su tratamiento debe realizarse desde un enfoque multidisciplinar e incluye diversas opciones: fármacos uterotónicos (oxitocina, ergometrina, misoprostol...), fármacos hemostáticos (ácido tranexámico, factor VII recombinante), medidas de reanimación y técnicas quirúrgicas.

Medidas generales y reanimación:

La conducta inicial se centra en mantener y/o recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente con medidas de sostén básicas.

Algunos autores recomiendan como pautas iniciales de manejo de la hemorragia: monitorización materna, mantener la vía aérea permeable, aplicar oxígeno a razón de 4 l/min en gafas nasales manteniendo una saturación superior a 95%, obtener uno o dos accesos venosos, extraer hemograma y pruebas cruzadas, mantener tensión arterial > 100/50 con infusión de cristaloides calentados a 39°, uso de fármacos uterotónicos endovenosos, masaje uterino, vejiga vacía mediante sondaje vesical y compresión aórtica.(3, 4, 6)

Otro factor importante es buscar la posible causa del sangrado y dar tratamiento específico según la etiología. (4)

En cuanto a la reposición de volumen algunos autores precisan un volumen máximo a infundir de 3,5l por riesgo de coagulopatía dilucional. También se pueden usar coloides, como hidroxietil-almidones (voluven). Otros autores recomiendan reponer tres litros por cada litro de sangre perdido). (5,6)

Tratamiento etiológico:

Es primordial conocer la causa de la hemorragia para poder tratarla de forma adecuada. Para ello hay que realizar una evaluación inicial de la causa del sangrado y aplicar tratamiento específico.

Si la hemorragia comienza antes del alumbramiento hay que hacer una extracción manual de la placenta bajo analgesia seguida de masaje uterino. En caso de sangrado tras el alumbramiento se debe realizar una revisión de la cavidad uterina, masaje uterino y profilaxis antibiótica. Si la hemorragia persiste después de la revisión se debe examinar el canal del parto y suturar las heridas. (7)

En caso de sospecha de atonía uterina la oxitocina es el tratamiento de elección. Si la hemorragia persiste tras la oxitocina se recomienda la administración de sulprostona. En caso de fallo de la infusión de sulprostona, está indicado la colocación de balón intrauterino. (8)

Otros autores especifican el siguiente manejo de la HPP según la causa: atonía uterina: (uterotónicos, balón, cirugía), restos placentarios (legrado, uterotónicos, extracción manual de restos), inversión uterina (evitar uterotónicos, no alumbrar antes de reposicionar el útero), desgarros/laceraciones (reparación del canal del parto). (3)

Medidas físicas:

Las medidas físicas en el control de la HPP es otro recurso del que se puede disponer en caso necesario. Diversos estudios han analizado la eficacia de estas medidas.

Una revisión analiza la eficacia de la compresión del segmento inferior del útero. Como resultado se concluye que es un método simple y útil cuando no se dispone de recursos avanzados, pero que hace falta más investigación, ya que dicha revisión solamente incluye un ensayo clínico. (9)

Otra medida estudiada es el enfriamiento de la zona baja del abdomen. Un ensayo clínico aleatorizado evalúa su efectividad aplicando un paquete de gel congelado a 8,6C°, cubierto con una toalla, en la parte baja del abdomen durante las primeras dos horas tras el alumbramiento. En los resultados se observó que la pérdida media de sangre no se reducía con la congelación frente a la no congelación. (10)

Otra medida estudiada es el traje antichoque no neumático, especialmente dis-

ñado para pacientes obstétricas. Consta de: tres componentes para cada miembro inferior, componente pélvico, componente abdominal con una bola de hule espuma y componente de tensión-fijación. Ejerce presión circunferencial en los miembros inferiores y la pelvis incrementando la presión en el sistema venoso y generando una derivación de la sangre a la circulación central.(11)

Un ensayo clínico de pacientes con shock por hemorragia resultó que la aplicación del traje se asociaba con una recuperación más rápida del shock en hemorragia grave, aunque el resultado no fue estadísticamente significativo. (12) En una revisión sobre su uso se concluye que puede ser útil en algunos centros con menos recursos como estrategia para traslado seguro a unidades de segundo y tercer nivel.(11)

Fármacos uterotónicos:

Los fármacos uterotónicos son la opción tratamiento principal en HPP por atonía uterina. Varios estudios han analizado el uso de diferentes fármacos uterotónicos para la prevención/manejo de la HPP. a) Oxitocina (syntocinon):

La activación de los receptores por la oxitocina provoca la contracción del miometrio. Su tiempo de latencia es inferior a 1 minuto en vía endovenosa y de 2 a 4 minutos por la vía intramuscular.

Una revisión sobre el uso de la oxitocina para el tratamiento de la hemorragia concluye que, una vez ésta ya se ha establecido, no hay evidencia que demuestre su eficacia. (4)

Sin embargo, otros autores la recomiendan como tratamiento de primera línea mediante una inyección de 5 a 10 UI de oxitocina, intravenosa lenta o intramuscular, seguida de una infusión de mantenimiento de 5 a 10 UI / h durante 2 horas. (7) Otra revisión especifica una pauta de 5-10 UI im o iv en bolo y repetir la dosis si es preciso mediante infusión de 20-40 UI de oxitocina en suero fisiológico o Ringer a 60-125 ml/h. Por su vida media corta, para evitar atonías secundarias es necesario continuar con una perfusión IV durante 4-6 horas. (14) b) Misoprostol (cytoteq):

Tras analizar varios ensayos clínicos que evalúan su uso los autores concluyen que la efectividad del misoprostol es menor que la de la oxitocina para el tratamiento de la hemorragia postparto y que el uso de misoprostol utilizado simultáneamente a la oxitocina no proporciona beneficios adicionales en la mejoría del efecto uterotónico. Sin embargo, sí se recomienda la administración de miso-

proistol si la oxitocina no está disponible, en dosis de 800 µg vía sublingual. (9)

En otra revisión se afirma que es igual de eficaz que la oxitocina si se ha realizado un alumbramiento dirigido. Sin embargo, su uso combinado con otros uterotónicos no demuestra un beneficio adicional. Sí que se recomienda su uso en caso de no disponer de oxitocina. (15) c) Metilergometrina (Methergin):

Se recomienda su uso como medida de segunda línea, cuando la oxitocina no es efectiva, por vía intramuscular, en dosis de 0,2mg (5) o en dosis de 0.25 mg repetidas cada 2-4 horas hasta un máximo de 1,25 mg. (14) d) Carboprost (Hemabate):

Como medida de segunda línea tras la oxitocina y la metilergometrina. Se utiliza por vía intramuscular (250mg) y se repite cada 15-30min, hasta una dosis máxima de 2g. Está contraindicado en mujeres asmáticas, ya que puede provoca broncoespasmo (5) Otros autores también sugieren la vía intramiometrial, en la misma dosis. (14)

Agentes hemostáticos:

En caso de hipofibrinogenemia durante la hemorragia, se puede iniciar la administración precoz de fibrinógeno y otros agentes hemostáticos. (5) a) Ácido tranexámico (Amchafibrin):

Es un antifibrinolítico sintético que se utiliza para el tratamiento de hemorragias por aumento de fibrinólisis. Hay varios estudios y resultados diversos con respecto a su eficacia.

Algunos autores afirman que su uso todavía debe ser sometido a investigación, ya que hay pocos estudios y éstos no observan diferencias significativas entre el uso de este fármaco y el placebo. (9) Otros autores en sus revisiones con varios ensayos clínicos sí que concluyen que el AT reduce la pérdida de sangre posparto y previene la HPP. (16) Parece que podría tener un papel prevención y el tratamiento de la HPP. Sin embargo, la evidencia disponible de los ECA, es de calidad insuficiente para establecer conclusiones válidas. (17,18)

Un metaanálisis demuestra su eficacia en pacientes con cesárea pero para el parto vaginal no habría evidencia suficiente de calidad.(19)

Existe un ensayo clínico con especial relevancia sobre el uso de este fármaco, el ensayo WOMAN. Coordinado por la London School of Hygiene & Tropical Medicine (Universidad de Londres), se lanzó para aclarar toda esta incertidumbre

clínica. Es un ensayo aleatorizado, doble ciego, con una amplia muestra (20.002 mujeres) controlado con placebo en mujeres con diagnóstico clínico de hemorragia posparto y evalúa el efecto de la administración del fármaco en la muerte, histerectomía y otra morbilidad. Como resultados se observó que las muertes por hemorragia eran significativamente menores en el grupo de ácido tranexámico. La tasa de histerectomía no fue menor. (20)

Debido a que el ensayo WOMAN se llevó a cabo en países con bajos recursos, se realizó otro ensayo en países desarrollados. Un estudio de cohortes retrospectivo en Holanda con una muestra de 1260 mujeres con HPP severa (sangrado persistente tras las medidas de primera línea). No hubo diferencias significativas en la media de sangre perdida entre el grupo que sí recibió el fármaco y el que no. (21)

b) Plaquetas:

Se recomienda que se las plaquetas se mantengan por encima de 50×10^9 durante la hemorragia. Hay que iniciar la administración de concentrado plaquetario cuando alcancen 75×10^9 . (5)

c) Concentrado de fibrinógeno:

Niveles bajos de fibrinógeno durante la hemorragia se asocian con un sangrado excesivo posterior y necesidad de transfusión. (22) Por eso el concentrado de fibrinógeno se utiliza en la práctica para corregir la hipofibrinogenemia durante el sangrado postparto. (5)

Un ensayo clínico aleatorizado que evalúa el tratamiento preventivo con concentrado de fibrinógeno, concluye que no hay diferencias significativas entre el grupo placebo y control para evitar la transfusión de sangre y en la cantidad de pérdida hemática. (22)

Contrariamente otro metaanálisis al respecto, indica que su administración disminuye la cantidad de la hemorragia y la necesidad de transfusión, aunque no la mortalidad. Sin embargo, en sus estudios no se incluía ninguna paciente obstétrica. (5)

d) Factor VII activado recombinante:

Este factor activa la coagulación generando una cascada de trombina. Algunos autores la recomiendan sólo para casos en los que la vida de la mujer corra peligro, debido a los graves efectos secundarios asociados a su uso (fenómenos trombóticos arteriales y venosos). (17)

Tratamiento de la hemorragia refractaria:

En caso de una hemorragia persistente a pesar de la adopción de las medidas

anteriores se podrían llevar a cabo los siguientes procedimientos: Embolización arterial selectiva, taponamiento uterino mediante una sonda con balón, sutura transmural del útero (sutura de B-LYNCH) e histerectomía en última instancia.

Con respecto al taponamiento, los autores afirman que habitualmente es eficaz para disminuir la necesidad de radiología intervencionista o cirugía, pero no debe retrasar la adopción de otras medidas más agresivas que sean necesarias. (8)

Autores que comparan las distintas técnicas no observan diferencias significativas en la efectividad entre los procedimientos. Parece que ninguna de ellas se destaca como superior a otra en la hemorragia refractaria. (14)

5 Discusión-Conclusión

La hemorragia postparto es una urgencia vital para el cual las enfermeras/matronas y demás profesionales deben estar adecuadamente preparados. El tratamiento debe iniciarse de forma rápida, multidisciplinar y eficaz.

Inicialmente hay que estabilizar hemodinámicamente a la paciente con medidas de soporte: pedir ayuda, monitorización de constantes vitales, canalizar 2 vías periféricas, mantener niveles de tensión arterial mediante la infusión de cristaloides/coloides, masaje uterino, sondaje vesical y oxigenoterapia.

No hay que olvidar realizar una evaluación y tratamiento etiológico de la hemorragia. Hay consenso sobre el uso de uterotónicos como primera línea de tratamiento en la atonía uterina. La extracción manual está indicada en caso de restos placentarios/retención de placenta. Si ninguna de estas opciones es la causa del sangrado se debe revisar el canal del parto en busca de desgarros y repararlos.

Sobre el uso de medidas físicas de tratamiento (compresión del segmento inferior del útero, congelación del abdomen y traje antishock) se ha encontrado muy poca evidencia científica al respecto. Parece que son necesarios más estudios que evalúen la eficacia de estas medidas.

La utilización de oxitocina como uterotónico es esencial. Son necesarios más estudios sobre su uso una vez que la hemorragia ya ha comenzado, ya que el autor una revisión de calidad afirma que no hay evidencia que demuestre su eficacia. Sobre el uso de misoprostol no hay consenso claro, excepto en la afirmación de que el uso de misoprostol combinado con otros uterotónicos no demuestra un benefi-

cio mayor que el uso únicamente de uterotónicos. Como fármacos secundarios se recomienda la administración de metilergometrina y carboprost intramuscular (250mg).

Se han encontrado diversas referencias sobre el ácido tranexámico. Algunos sugieren que su uso disminuye la cantidad de pérdida sanguínea y la mortalidad (ensayo woman). Parece necesario continuar investigando en uso de este fármaco en la situación de hemorragia postparto ante la falta de evidencia de calidad y algunos resultados dispares, al igual que el uso de concentrado de fibrinógeno y factor VII activado recombinante.

Respecto a las medidas más invasivas en caso de sangrado persistente el uso de balón de taponamiento podría ser una opción para intentar evitar la cirugía. Entre las diferentes técnicas que se pueden utilizar (taponamiento, embolización arterial selectiva, suturas compresivas) ningún método es superior a otro.

6 Bibliografía

1. Hemorragia postparto precoz. Protocolos SEGO ProgObstetGinecol. 2008;51:497-505.
2. Organización mundial de la salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. 2014.
3. Solari A, Solari C, Wash A, Guerrero M, Enríquez O. Hemorragia del postparto. principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Medicina clínica Condes. 2014;25(6):993-1003.
4. Camacho Castro F, Rubio Romero J. Recomendaciones internacionales para el tratamiento médico de la hemorragia posparto. Revista de la Facultad de Medicina. 2016;64(1):87-92
5. Guasch E, Gilsanz F. Hemorragia masiva obstétrica: enfoque terapéutico actual. Medicina intensiva. 2016;40(5):263-326.
6. Morillas Salazar R, Iglesias Moya J. Abordaje y plan de cuidados de la hemorragia postparto. Enfermería de urgencias. 2017;57.
7. Dolley P, Beucher G, Dreyfus M. Prise en chargeobstétricaleinitiale en cas d'hémorragie du post-partumaprès un accouchementparvoiebassee. Journal de GynécologieObstétrique et Biologie de la Reproduction. 2014;43(10):998-1008.
8. Morel O, Perdriolle-Galet E, Mézan de Malartic C, Gauchotte E, Moncollin M, Patte C et al. Prise en chargeobstétricale en cas d'hémorragie du post-partum qui persiste malgré les mesures initialesou qui est sévère d'emblée, après accouche-

ment par voie basse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2014;43(10):1019-1029.

9. Mousa H, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014

10. Masuzawa Y, Kataoka Y, Nakamura S, Yaju Y. Cooling the lower abdomen to reduce postpartum blood loss: A randomized controlled trial. *PLOS ONE*. 2017;12(10):e0186365.

11. Meade-Treviño PF, Fernández-Lara JA, Lizaola-Díaz de León H, Mendoza-Mares R, Grimaldo-Valenzuela PM. Traje antichoque no neumático: una opción en el tratamiento de la paciente con hemorragia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex*. 2018 marzo;86(3):200-207. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i3.1991>

12. Magwali TL, Butrick E, Ayadi AE, Bergel E, Gibbons L, Huong NT, Meriandi M, Mambo V, Miller S (2015). A cluster randomized controlled trial of the non-pneumatic anti-shock garment for obstetric haemorrhage: sub-analysis of the Zimbabwean Arm. *Cent Afr J Med*. 2015 May-Aug;61(5-8):27-32.

13. Weeks A. The prevention and treatment of postpartum haemorrhage: what do we know, and where do we go to next?. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2014;122(2):202-210.

14. Gallardo C, Salguero R. Ciberrevista - Página 8 [Internet]. *Enfermeriadeurgencias.com*. 2019 [cited 19 February 2019]. Available from: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2014/pagina8.html>

15. Garrigue A, Pierre F. Misoprostol : utilisation hors AMM dans la prise en charge de l'hémorragie du post-partum. 2019.

16. Novikova N, Hofmeyr G, Cluver C. Tranexamic acid for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015.

17. Sentilhes L, Lasocki S, Ducloy-Bouthors A, Deruelle P, Dreyfus M, Perrotin F et al. Tranexamic acid for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. *British Journal of Anaesthesia*. 2015;114(4):576-587.

18. Ker K, Shakur H, Roberts I. Does tranexamic acid prevent postpartum haemorrhage? A systematic review of randomised controlled trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2016;123(11):1745-1752.

19. Li C, Gong Y, Dong L, Xie B, Dai Z. Is prophylactic tranexamic acid administration effective and safe for postpartum hemorrhage prevention?. *Medicine*. 2017;96(1):e5653.

20. Shakur H, Roberts I, Fawole B, Chaudhri R, El-Sheikh M, Akintan A et al. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet*.

2017;389(10084):2105-2116.

21. Gillissen A, Henriquez D, van den Akker T, Caram-Deelder C, Wind M, Zwart J et al. The effect of tranexamic acid on blood loss and maternal outcome in the treatment of persistent postpartum hemorrhage: A nationwide retrospective cohort study. PLOS ONE. 2017;12(11):e0187555.

22. Wikkelsø A, Edwards H, Afshari A, Stensballe J, Langhoff-Roos J, Albrechtsen C et al. Pre-emptive treatment with fibrinogen concentrate for postpartum haemorrhage: randomized controlled trial †. British Journal of Anaesthesia. 2015;114(4):623-633.

Capítulo 10

ALIMENTACIÓN Y VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA DEL PACIENTE CIRRÓTICO

MARIA ROSA BEASAIN ARANDA

NURIA FERNÁNDEZ LEÓN

CRISTINA VELA LUMBRERAS

1 Introducción

La cirrosis hepática es consecuencia de muchas enfermedades hepáticas crónicas con alteraciones fisioanatómicas del hígado generando una disminución progresiva de sus funciones.

Las alteraciones anatómicas que aparecen, fundamentalmente son: Necrosis hepatocelular, fibrosis y los nódulos de regeneración, siendo las principales causas por el consumo excesivo de alcohol (cirrosis etílica) y la hepatitis crónica por virus C, siendo la responsable del 80% de los casos en España.

Más del 50% de los pacientes cirróticos presentan desnutrición debido a la ingesta inadecuada de nutrientes, por un aumento del catabolismo de lípidos y proteínas y debido a una malabsorción.

La desnutrición se inicia en fases tempranas de la enfermedad, donde es muy difícil su diagnóstico.

Un diagnóstico temprano disminuirá las complicaciones y aumentará la esperanza de vida y supervivencia de estos pacientes, mejorando su pronóstico.

El estado nutricional de los pacientes cirróticos se realizará mediante parámetros antropométricos, de los cuales los más significativos serán el perímetro braquial y los depósitos de grasa (pliegue tricipital y subescapular).

Se tendrá en cuenta que el peso en estos pacientes y el índice de masa corporal puede estar falsamente incrementado por la presencia de ascitis o edemas.

La dieta para tratar la cirrosis debe asegurar todos los nutrientes para prevenir las deficiencias nutricionales y complicaciones de la enfermedad.

2 Objetivos

1. Exponer la importancia de hacer una valoración del estado nutricional del paciente cirrótico mediante métodos antropométricos.
2. Estudiar cómo aplicar un adecuado tratamiento y asesoría nutricional para evitar deficiencias y complicaciones de la enfermedad.

3 Metodología

Las fuentes de información utilizadas son: Revistas científicas, catálogos, libros científicos, trabajos de fin de grado.

Bases de datos: Pudmed, MedLine, CUIDEN, ENFISPO, CUIDATGE, SCIELO, Fis-terra, SCIELO.

GUIASALUD: Catálogo de guías de práctica clínica del sistema nacional de salud (SNS).

ESPEN: Guidelines, European Society for clinical nutrition and metabolism

4 Resultados

1. EVALUACIÓN NUTRICIONAL: a) Historia clínica y exploración física.
b) Antropometría y composición corporal:

-Peso: Poco fiable ya que puede estar falseado por la ascitis y/o edemas

-Masa muscular:

Perímetro braquial (PB): Corresponde al perímetro medio en el punto medio entre el acromion y el olecranon de la extremidad superior derecha. Se calcula a qué porcentaje corresponde del percentil 50 del estándar según género y edad. Este perímetro es importante porque valora la masa celular.

-Depósitos subcutáneos de grasa:

Pliegue tricipital(PT):Se mide a la misma altura del perímetro del brazo, en la cara posterior con un lipocalibre

Pliegue subescapular:Debajo del ángulo inferior del omoplato, medido con lipocalibre.

-IMC: poco fiable por riesgo de ascitis o edemas. c) Valoración de escala subjetiva global: Recomendada por ASPEN (American Society for parenteral and enteral nutrition) d)Para el cálculo de la ingesta recomendada utilizaremos:

-Recordatorio de 24h: Se anotarán los alimentos con las cantidades y a la hora que lo consume.

-Cuestionario de frecuencia de consumo por grupos de alimentos: los agrupará según consumo: al mes/a la semana/ al día.

- Realización de un diario de alimentación durante 3 días.

2. MANEJO NUTRICIONAL:

-ENERGÍA:

El gasto energético, lo calcularemos por calorimetría indirecta, nos da la información sobre las calorías que gasta el organismo en una situación de reposo, nos orienta a cerca del metabolismo basal, midiendo las necesidades nutricionales de la persona. Se realiza a través de una espirometría que mide secuencialmente el consumo de oxígeno y la producción de dióxido de carbono

Gracias a estos datos se calculará que calorías consume el paciente

Fórmula para calcular el gasto energético total:

GET: MB(metabolismo basal)+FA(actividad física)+ETA (efecto termogénico de los alimentos).

ETA:10% del gasto total

FA: hombres:ligera:1,55/moderada/1,78/alta:2,10

Mujeres:ligera:1,56/moderada:1,64/alta:1,82

Cálculo del metabolismo basal según la OMS:

Hombre= $(11.3 \times \text{peso en kg}) + (16 \times \text{talla en metros}) + 901$

Mujer= $(8.7 \times \text{peso en kg}) + (25 \times \text{talla en metros}) + 865.$

Los requerimientos de energía para una cirrosis compensada son: 25-35 Kcal/Kg/día

Pacientes desnutridos o críticos: 30-42Kcal/Kg/día

-PROTEÍNAS:

El aporte de proteínas será entre 1,0-2,0 g/Kg.

Los pacientes cirróticos tienen aumentadas sus necesidades para el mantenimiento de un balance nitrogenado adecuado.

El limitar la cantidad de proteínas podría empeorar el estado clínico de estos pacientes.

En pacientes con la enfermedad hepática compensada, según las guías ESPEN recomiendan 1,0-1,2g/Kg/día

Los pacientes que estén malnutridos con buena función renal pueden necesitar hasta 2g/Kg/día.

Si hay una disminución de la función renal se aportará hasta 1g/Kg/día.

Los suplementos de aminoácidos ramificados y aminoácidos enriquecidos con leucina se aportarán en pacientes desnutridos descompensados cuando no se logre una ingesta adecuada de la dieta por vía oral.

-HIDRATOS DE CARBONO:

Se aportarán hidratos de carbono complejos, ricos en fibra y con un bajo índice glucémico.

-GRASAS:

La cantidad dependerá de si hay esteatorrea, si está presente se limitará el aporte y se darán en forma de triglicéridos de cadena media (TCM)

-VITAMINAS Y OLIGOELEMENTOS:

Es importante suplementar con complejos vitamínicos.

La deficiencia de vitaminas liposolubles, las presentarán aquellos pacientes con malabsorción de grasas y esteatorrea.

La deficiencia de vitaminas hidrosolubles, en especial la tiamina(B1), piridoxina(B6), folato(B9)cobalamina(B12), aparece por la disminución del almacenamiento hepático.

El déficit del cinc y selenio es constante en estos pacientes, por lo que hay que suplementarlo, ya que hay evidencia de que se asocia con una mejora del metabolismo de los aminoácidos. La deficiencia del selenio se relaciona con la gravedad de la fibrosis hepática en pacientes con hepatitis C.

-AGUA Y SODIO:

La restricción hídrica no está indicada en pacientes con hepatopatía compensada, solo se aconseja la restricción de sodio (Na) en pacientes con edemas o ascitis que no responden a diuréticos.

La restricción de agua se realizará en pacientes con hiponatremia severa($\text{Na} < 120 \text{ mmol/l}$), en este caso será necesario en aumentar la densidad calórica de la dieta.

5 Discusión-Conclusión

La desnutrición en los pacientes con cirrosis hepática es una de las complicaciones más frecuentes que está relacionada con el pronóstico de la enfermedad, por lo que el tratamiento nutricional es fundamental para aumentar la supervivencia y calidad de vida de estos pacientes, y para prepararle un trasplante hepático con éxito, llegando a disminuir los días de estancia hospitalaria y el riesgo de infecciones postoperatorias.

1. Hay que realizar una evaluación nutricional con un equipo multidisciplinar, para ayudar al paciente a conseguir un aporte proteico y calórico adecuado.
2. La ingesta de energía diaria no será inferior a 35 kcal/Kg
3. La ingesta proteica será de 1,2-1,5 g/día
4. Si en pacientes con desnutrición no se logra una ingesta dietética adecuada con la dieta oral, se recomendará un periodo de nutrición enteral.
5. Se deberá realizar actividad física, para evitar la sarcopenia
6. Una dieta moderadamente hipocalórica con una ingesta proteica adecuada (>1,5 g/kg), es apta para la pérdida de peso en pacientes obesos sin alterar las reservas de proteínas.

6 Bibliografía

1. <https://www.espen.org/guidelines-home/espen-guidelines>
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000600030&script=sci_arttext&tlng=en
3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000200003
4. http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/guia_cuidados_pacientes_familiares_cirrosis.pdf
5. Baccaro F, Sánchez A. Determinación de la desnutrición hospitalaria: comparación entre la valoración global subjetiva y el índice de masa corporal. *Rev Gastroenterol Mex* 2009;74(2):105-9.
6. Castellanos M, Santana S, García E, Rodríguez A, Barreto J, López PY cols. Influencia de la desnutrición en la aparición de complicaciones y mortalidad en pacientes cirróticos. *Nutr Hosp* 2008;23:68-74.
7. Garrido Chamorro, R. P. (2005). *Manual de Antropometría*. Sevilla: Wanceulen

Capítulo 11

LA DESINFECCIÓN ANTE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

PAULA FERNÁNDEZ TOLOSA

1 Introducción

Miles de pacientes fallecen diariamente en el mundo a causa de infecciones adquiridas durante la atención sanitaria, son las llamadas infecciones nosocomiales, que aparecen en los pacientes después de haber recibido atención sanitaria hospitalaria en las últimas 48-72 horas.

El lavado de manos es una de las actividades más importantes para solventar este problema, desde el prisma de la prevención, ya que las manos del personal sanitario son la principal vía de transmisión de gérmenes.

Una vez instaurada la infección nosocomial, se aborda desde muchos frentes, uno de ellos desde la desinfección, aunque sigue siendo un problema relevante de salud pública.

La desinfección consiste en eliminar o minimizar el número de agentes patógenos infecciosos que pueden instalarse en cualquier superficie, instrumento, material, piel y mucosas de las personas.

Se distinguen 3 tipos de desinfección:

- limpieza: es la eliminación física de restos y suciedad
- desinfección: la disminución de microorganismos potencialmente patógenos a través de métodos físicos y químicos
- esterilización : se desea alcanzar la eliminación de todos los organismos, incluyendo las esporas

El tipo de desinfección dependerá de 3 factores: la naturaleza de la contaminación potencialmente existente, la dimensión de la contaminación y la relación del instrumento u objeto que se ha de desinfectar con el paciente (individualizando si el paciente es inmunodeprimido o no).

2 Objetivos

Identificar los distintos tipos de desinfectantes para poder minimizar los potenciales riesgos de infecciones nosocomiales.

Conocer la utilidad de los distintos desinfectantes para su uso y aplicación en el trabajo hospitalario.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica de publicaciones y artículos relacionados con los desinfectantes en las infecciones nosocomiales, utilizando palabras clave como: desinfectantes, infección nosocomial, esterilización, patógenos, microorganismos.

Se ha realizado la búsqueda en distintas bases de datos como Scielo, Cuiden, Pubmed, Medline y Google Académico.

Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

Los métodos de desinfección se pueden clasificar en 4 grupos:

1. Calor: húmedo o seco

Uno de los métodos más efectivos para la destrucción de todos los microorganismos es, el calor húmedo, lo conocemos por Esterilización y necesita un calentamiento a 121 grados, en un autoclave, de vapor de agua saturado, bajo presión de al menos 15 minutos de duración, una vez haya alcanzado la temperatura deseada. El material a esterilizar debe estar en contacto con el vapor saturado y caliente para ser efectivo. Hay distintos tipos de autoclave, que disponen de diferentes sistemas de control, el más eficaz son los que llevan indicadores biológicos, dentro de los cuales destaca el que controla las esporas de *Bacillus stearothermophilus*. El calor seco utiliza temperaturas más altas y durante mayor tiempo, de aproximadamente 160 a 170 grados y de 2-4 horas de tiempo. Es menos eficaz que el húmedo porque no se consigue que la temperatura del horno sea homogénea y

que alcance la temperatura idónea para esterilizar el objeto deseado. Se ha intentado subsanar con hornos con sistemas de ventilación que permitan que la temperatura sea la misma y llegue a todos los sitios por igual. Este método se suele utilizar para aquellos objetos que se dañan con la humedad, aunque hay que tener en cuenta la posible fragilidad de los metales debido a los distintos coeficientes de dilatación de los mismos.

2. Radiación

La radiación ultravioleta se utiliza para inactivar virus, bacterias y hongos, y es eficaz para la destrucción de los microorganismos que se encuentran en el aire, y en menor grado cuando se encuentran en la superficie o en los materiales que no responden a otros métodos. No es el método de elección en los hospitales, aunque si se utilizan los rayos gamma para la esterilización de algunos productos de uso médico. Para que la desinfección sea eficaz se debe facilitar que el espacio esté libre de objetos que puedan provocar zonas inaccesibles que dificulten la esterilización. Riesgo de uso: quemaduras en córneas y piel de las personas comprometidas.

3. Gases y vapores

Existen distintos gases y vapores que son germicidas, entre ellos se encuentra el óxido de etileno, el formaldehído y el peróxido de hidrógeno.

El óxido de etileno es un gas que actúa impidiendo los procesos de reproducción de los patógenos, por lo que es un buen elemento esterilizador, utilizado sobre todo para aquellos materiales que no soportan temperaturas elevadas.

El formaldehído se utiliza como fumigaciones que se realizan a temperaturas ambiente, con una humedad relativa al 70% y durante unas 8 horas de contacto; y es generado por la vaporización de soluciones acuosas que contengan entre un 37 y un 40% de formaldehído. Posteriormente hay que realizar una ventilación intensa antes de permitir la ocupación de esos espacios. Muy utilizado en la desinfección de espacios hospitalarios.

El peróxido de hidrógeno según refleja la literatura viene para sustituir a los dos gases anteriores

4. Líquidos desinfectantes

Un desinfectante debería tener varias propiedades: eliminar de la forma más rápida los microorganismos, no dañar los materiales, soluble en agua, permitir la conductividad eléctrica, ser estable al calor y a la variación del pH, mantener su actividad durante periodos prolongados de tiempo, no tener efectos nocivos sobre la salud. Debe estar registrado y etiquetado correctamente, acompañado de

información sobre uso y manejo del producto.

Entre los distintos líquidos desinfectantes encontramos:

- Alcoholes: etílico e isopropílico, son muy utilizados para la desinfección de la piel, son eficaces frente a las formas vegetativas de las bacterias gram (+) y gram (-), pero su eficacia es menor en virus y nula frente a las esporas. Se usan principalmente para la desinfección de termómetros, agujas, equipos de anestesia y deben usarse diluidos en agua, preferentemente en concentraciones entre el 60 y el 70% y se pueden mezclar con otros desinfectantes.
 - Aldehídos: formaldehído. El formol es la disolución de formaldehído en agua, la solución que contiene concentraciones superiores al 5% de formaldehído son considerados eficaces desinfectantes contra casi todos los microorganismos. Además también se utiliza como esterilizante en frío para algunos instrumentos y como conservante de tejidos. Presenta como efectos negativos: opresión torácica, taquicardia y en concentraciones muy altas edema pulmonar e incluso la muerte
 - Aldehídos: Glutaraldehído. Es eficaz frente a las formas vegetativas de bacterias, hongos, virus y esporas; se utiliza principalmente para la esterilización en frío de instrumental, tubos y equipos utilizados en endoscopias. Efectos nocivos : irritante para la piel y mucosas, dermatitis, cefalea y problemas respiratorios.
 - Compuestos halogenados: Cloro-Hipoclorito sódico. Desinfectante universal, actúa contra todos los microorganismos incluidas las esporas, ya que interrumpe los procesos de germinación. Se utiliza en forma de hipoclorito sódico, es un agente oxidante y corrosivo para los metales. Se utiliza en concentraciones de 1g/litro (1000ppm de cloro libre). Se utiliza como desinfectante universal en los baños, lavabos, depósitos de agua, suelos, etc. Efectos nocivos: irritación leve de las mucosas
 - Compuestos halogenados: Yodo- Yodóforos Es eficaz ante todos los microorganismos excepto de las esporas e inactivos para la materia orgánica. Se pueden mezclar con alcohol etílico. Efectos nocivos : irritación de ojos y de mucosas, cefalea y dificultad respiratoria.
 - Compuestos fenólicos. Cada día están más en desuso, se utilizan para la desinfección de suelos, paredes, muebles, cristalería e instrumentos. Su actividad aumenta en medios ácidos y no se inactivan por la materia orgánica o los jabones.
- Compuestos de amonio cuaternario : eficaces contra bacterias y hongos, no así contra virus y esporas.

Perióxido de hidrógeno : se utilizan en concentraciones entre el 3 y el 6% como desinfectantes y entre el 7 y el 25% como esterilizantes. Es de uso tópico. En esterilización se utiliza como sustituto del óxido de etileno, del formaldehído y

del ácido peracético.

Diguanidas. Clorhexidina. Es un desinfectante de piel y mucosas, más eficaz contra las bacterias gram (+) que frente a las (-), por lo que las pseudomonas pueden crecer en este compuesto.

5 Discusión-Conclusión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las infecciones nosocomiales serían aquellas que no se habían manifestado ni estaban en periodo de incubación, es decir, se adquieren durante su estancia hospitalaria y no son la causa del ingreso; también entrarían en esta categoría las que contraen los trabajadores del centro debido a su ocupación o exposición.

La manera más eficaz para combatir las infecciones nosocomiales es la prevención, pero dado el problema, hay que saber atajarlo para reducirlo a su mínima expresión

Una manera eficaz de reducir las infecciones nosocomiales es el uso y aplicación de los desinfectantes, por tanto es muy importante el identificar los distintos tipos así como conocer su manera de actuar, su manera de aplicar y el alcance que pueden llegar a tener, para realizar una correcta desinfección.

El personal sanitario tiene a su alcance una serie de productos, y deberá hacer uso de ellos de una manera correcta, para contribuir con una buena práctica sanitaria, donde la salud es lo más prioritario.

6 Bibliografía

- (1)Ducel.G. Fabry,J. Nicolle,L. Prevención de las infecciones nosocomiales.GUÍA PRÁCTICA. OMS.2003
- (2)Olaechea, PM. Insausti, J. Blanco, A. Luque, P. Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. Med intensiva.2010;34(4): 256-267
- (3) Perez Montoya, LH.et al.Infecciones intrahospitalarias:Agentes, manejo actual y Prevencion.Rev cient cienc Med.2010;13(2):94-98.
- (4) Condiciones de Trabajo en Centros Sanitarios (INSHT):Desinfectantes 103-121.
- (5) Guía de la Prevención de la Infección Nosocomial. Servicio Cántabro de Salud. 2008

Capítulo 12

ALTERACIÓN DEL PATRÓN DEL SUEÑO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARÍA ARAMBURU ZAPATERO

1 Introducción

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) los pacientes están expuestos a lo largo de toda su estancia y de forma ininterrumpida a multitud de agresiones externas que perturban su bienestar, su descanso y en consecuencia su recuperación.

El sueño y reposo son esenciales para la salud. Las personas enfermas con frecuencia requieren más reposo y sueño de lo habitual. El sueño restaura la energía de la persona, permitiendo al individuo recuperar su funcionamiento óptimo.

El paciente en estas unidades, se encuentra rodeado de un ambiente y de un entorno de estrés, de urgencia y de sobrecarga sensorial. Esto ya de por sí puede tener una serie de repercusiones en una persona sana, pero en esta situación debemos añadir que se trata de enfermos, con una alteración de su estado emocional y fisiológico (ansiedad, estrés, depresión). Perciben una situación de amenaza de dolor y una sensación de pérdida de control sobre sí mismo. A raíz de esta situación es cuando puede aparecer una alteración física y también emocional que puede derivar a un estado de angustia o estrés, una respuesta fisiológica y conductual del individuo que pretende adaptarse a la situación.

La luz, que suele permanecer encendida muchas horas, puede hacer perder la sensación de día y noche. También puede perderse la noción del tiempo, del ciclo del sueño y de la rutina de las comidas. Los pacientes en la UCI raramente completan un ciclo entero de sueño debido a las constantes interrupciones.

Las alteraciones en el descanso de los pacientes son una de las disfunciones más visibles en la UCI y representan un factor muy importante a corto y a largo plazo en la favorable recuperación de los pacientes.

Una de las labores de enfermería es cubrir las necesidades de los patrones funcionales del enfermo. Uno de ellos es el patrón de sueño descanso. En él se describen las necesidades de sueño descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

Es interesante intentar mantener los mismos ritmos de descanso a los que el paciente esté acostumbrado.

Se debe partir del patrón de sueño habitual del enfermo, si es una persona que descansa una media de 6 horas al día será difícil pretender que descanse 10.

La medicina considera el descanso como proceso de vital importancia dentro del concepto salud-enfermedad.

2 Objetivos

- > Conocer los aspectos y circunstancias que afectan al descanso según los pacientes ingresados en la UCI
- > Identificar problemas más habituales que derivan de la falta de descanso en pacientes ingresados en UCI, según su perspectiva.
- > Estudiar las intervenciones de enfermería que pueden beneficiar en la mejoría del patrón sueño descanso.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre literatura científica ya existente. Se ha efectuado una revisión sistemática de libros y también se ha consultado las principales bases de datos, Pubmed, Medline, Scielo. Se han seleccionado artículos científicos de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las circunstancias que existen en las UCI y que más habitualmente generan un trastorno en el sueño se dividen en

Factores extrínsecos:

Ruido: es una constante en estas unidades, aparatos de monitorización, bombas de percusión, generan ruido de manera casi constante.

Luz: el exceso de luz durante muchas horas al día provoca una pérdida de la orientación temporal en concreto del día y a noche.

Actividades de enfermería: en estas unidades la vigilancia del paciente es tan estrecha que hay personal sanitario cerca del paciente en todo momento.

Medicación: la administración de sedantes, analgésicos y otros tipos de fármacos alteran el ciclo natural del sueño.

Factores intrínsecos

Edad. El descanso no es igual de reparador en todas las etapas de la vida.

Tipo de cirugía: depende de la localización,

Estado psicológico del paciente.

Trastornos previos del sueño

Los problemas más habituales producidas por falta de sueño derivan en estas alteraciones:

Cambios cognoscitivos y de comportamiento:

Es habitual percibir un cambio en el carácter y en la concentración de un paciente con un mal descanso. En casos extremos y más evolucionados, pueden aparecer alteraciones en la memoria a corto plazo en incluso fenómenos alucinatorios.

Síndrome de la unidad de cuidados intensivos:

En relación con el ingreso en la unidad y con la imposibilidad de descansar y conciliar el sueño, las vivencias de los pacientes se pueden exacerbar.

El síndrome de cuidados intensivos refiere unos síntomas que consisten en una fluctuación de los niveles de conciencia, disminución de la orientación, ilusiones y alucinaciones, alteraciones en el comportamiento, alteraciones de la memoria...

Comprende una serie de cambios cíclicos en el estado de conciencia, desorientación, aparición de alucinaciones y cambios de comportamiento que oscilan entre la agresividad y la pasividad los cuales pueden llegar a incrementar la estancia hospitalaria.

Los mecanismos patogénicos de este síndrome no están muy bien descritos y está considerado como un problema controvertido

Cambios fisiológicos por las alteraciones del sueño:

Refieren alteraciones neurológicas como enlentecimiento de los reflejos corneanos, aumento del reflejo nauseoso y disminución del umbral del dolor.

Se describen alteraciones bioquímicas como la pérdida del ritmo circadiano de hormonas que guarda este patrón de secreción como la prolactina, la hormona de crecimiento y la melatonina.

El profesional de enfermería debe realizar una valoración del paciente y determinar si su patrón de sueño descanso está alterado, cuáles son los factores que lo alteran de esta manera programar una serie de intervenciones para minimizar el impacto de los mismos.

- Preguntar al paciente por sus hábitos de sueño
- Conocer como afronta su proceso de enfermedad
- Averiguar si su situación actual le produce nerviosismo, ansiedad, etc.
- Asegurar un buen manejo del dolor
- Identificar los factores ambientales a los que está expuesto y que repercuten en su descanso
- Programar intervenciones del personal sanitario para reducir las interrupciones del sueño.
- Valorar con el médico si es necesario el uso de hipnóticos o ansiolíticos para favorecer el descanso.

5 Discusión-Conclusión

El sueño y el descanso son dos factores imprescindibles para mantener la salud de las personas y que se ven alterados cuando los pacientes ingresan en unidades de cuidados intensivos.

Es responsabilidad del profesional de enfermería promover cuidados y planificar intervenciones que favorezcan un descanso óptimo. Garantizar una adecuada pauta de analgesia es también una clave.

Es imprescindible realizar una valoración de las repercusiones que tiene la falta de descanso en los enfermos ingresados en unidades de cuidados intensivos. Se persigue alcanzar una mejora del confort, la satisfacción de las necesidades, la disminución de la ansiedad y a posibilidad de que la recuperación siga su ritmo óptimo. Para alcanzar esta situación es imprescindible desarrollar la escucha al paciente. Ellos son los que mas información nos va a ofrecer a través de su propia experiencia. Es importante brindarles una situación de tranquilidad y comodidad para que ellos puedan expresarse libremente.

6 Bibliografía

- 1.Basco Prado L.; Fariñas Rodríguez S.; Hidalgo Blanco M. (2018). Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. Revista cubana de Enfermería, 26 (2).
- 2.Carrillo R., Carrillo Córdova D., (2017). Ruido en la Unidad de cuidados Intensivos: El silencio en la unidad de Cuidados Intensivos es la mejor terapia.31 (6), 339-344.
- 3.Gómez C. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería Intensiva. 2012;24(1):3-11.

Capítulo 13

EL ACOSO LABORAL DENTRO DEL SECTOR SANITARIO. MOBBING

DIANA SUAREZ RUBIO

OLAYA RIVAS PEREZ

VERÓNICA MENÉNDEZ SUÁREZ

ITZIAR FUENTES SUÁREZ

SARA PORRES FERNÁNDEZ

1 Introducción

En 1976 Brodsky fue el primer autor que, en su libro y tras las nuevas leyes laborales acerca de las condiciones de trabajo de los trabajadores en Suecia, comenzó a dar difusión acerca de problemas y cuestiones por todo el mundo conocidas pero que nadie había dado constancia escrita sobre ellas. Entre los temas que trataba se encontraba el agotamiento que sufrían los trabajadores, el hostigamiento, los horarios excesivos o la realización de tareas repetitivas comenzando a abordar también temas como el estrés, pero ninguno de ellos tuvo excesiva repercusión a la hora de tratar el tema del mobbing.

Posteriormente y en su origen la palabra mobbing se utilizó para definir como un grupo de animales pequeños acosaban a uno de mayor tamaño. Fue entonces cuando el médico sueco Heineman, al estar interesado en el comportamiento de los escolares en el aula, vio que ese término definía exactamente el comportamiento que se observaba cuando en las pandillas de niños había comportamien-

tos destructivos de un grupo de niños contra otro único niño. En los años ochenta sería Leymann el que puliría el concepto en el mundo laboral, ya que observó que estas mismas situaciones que pasaban en el mundo animal y en el escolar también se estaban dando en los trabajos y fue él mismo quien determinó que no se debería de utilizar el concepto que se estaba usando (bullying) porque está asociado más bien a actos que resultan físicamente agresivos sino mobbing, en el que prima la comunicación destructiva.

El acoso laboral o mobbing se define como aquellas acciones injustificadas que ejercen una violencia psicológica sobre la víctima, tales como insultos, humillaciones, aislamiento o incluso violencia de tipo física o sexual, realizadas de una forma abusiva y premeditada con el objetivo de que de forma consciente se está degradando a una persona hasta que finalmente abandone su puesto de trabajo.

2 Objetivos

- Estudiar las causas del mobbing tal en el sector sanitario.
- Describir las principales consecuencias que puede tener el acoso laboral sobre un trabajador perteneciente al sector sanitario.
- Analizar los mecanismos de prevención que se pueden utilizar para evitar el acoso laboral.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo un análisis bibliográfico sobre la literatura científica existente sustentándose principalmente en dos pilares, el proceso de búsqueda y, por otro lado, el criterio de selección utilizado. En cuanto a la búsqueda bibliográfica se realizó a través de bases de datos como Scielo o Google Académico, que permitieron ser mucho más específicos a la hora de seleccionar los artículos, desde el enfoque sanitario. En cuanto al proceso de búsqueda se utilizaron palabras que resultaban claves para la obtención de información precisa y se dieron prioridad a aquellos artículos que eran más actuales para entender el problema en la sanidad actual, además de seleccionar aquellos que disponían de una mayor calidad en su contenido.

4 Resultados

Las causas del acoso laboral de los trabajadores del sector sanitario vienen dadas, en muchas ocasiones, por la envidia o celos de un grupo de personas hacia otra cuando la víctima posee alguna característica o cualidad diferente al resto que la hace destacar, ya sea frente a sus superiores o iguales. Otro de los motivos de este acoso puede ser que los pacientes o usuarios le tengan aprecio, que su forma de trabajar sea más eficiente que la del resto... pero también puede ocurrir cuando no se deje manejar ni manipular por sus compañeros y se mantenga firme en sus propias decisiones. De la misma manera, estas cualidades no solo pueden estar relacionadas con el ámbito laboral, sino que, debido a la experiencia laboral, a la edad, al poder adquisitivo o a cualquier otra cosa que la diferencie respecto a los compañeros puede ser motivo de acoso.

El objetivo de las personas que llevan a cabo el acoso laboral es que la víctima abandone su puesto de trabajo pues no quieren tenerlo trabajando con ellos, por lo que se dedican a destruirlo psicológicamente, le dificultan el desempeño de su actividad y lo aíslan provocando que el trabajador entre en un círculo vicioso en el que tendrá errores, bajo rendimiento y ausentismo. De esta manera lograrán que deje su trabajo y no se le tenga que pagar ninguna indemnización.

Las consecuencias para el profesional sanitario o no sanitario van a ser, fundamentalmente, psicológicas, minando a la persona, haciendo que se aíse, que sufra ansiedad, depresión, miedo al trabajo e incluso, si los problemas se prolongan, puede llevar al suicidio. También aparecerán consecuencias en la salud físicas, pues el estrés causado por este acoso va a provocar que se somaticen los efectos psicológicos convirtiéndolos en físicos, apareciendo dificultades en el sueño, problemas digestivos, dolores de cabeza, problemas en la alimentación y debilitándose así el sistema inmune. Otra de las consecuencias del acoso laboral viene marcada por problemas en el ámbito familiar pues la víctima tiende a ocultar el problema o a quitarle importancia autoconvenciéndose de que se trata de problemas puntuales, pero con resultado de largos silencios en casa, de cambios de humor, de ser irascible... afectando esto en la vida familiar. Las consecuencias en la vida social también se harán patentes, pues la víctima tiende a aislarse o incluso a manifestar conductas agresivas que hacen que pierda amistades. En última instancia, las personas que sufren acoso verán su vida degradada, tanto personal como laboral.

Para prevenir el mobbing en el sector sanitario es importante realizar planes de formación entre los trabajadores, dirigiéndose también a los encargados de

cada área y a los mandos intermedios, prestando mayor atención a aquellas áreas donde se puede dar un mayor acoso. La prevención también se conseguirá gracias a la sensibilización. Es por eso que se deben de realizar campañas en forma de folletos, charlas, reuniones o actividades en las que se informe sobre las distintas formas de acoso y la forma de detectarlas concienciando de la importancia que tiene evitar estos comportamientos. Una vez que el acoso laboral no se haya podido evitar y los mecanismos de prevención no hayan resultado eficaces es importante disponer de unos protocolos de actuación en los que la comunicación sea fluida y en las que queden especificados unos sistemas eficientes de actuación.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día el mobbing se establece como una forma de violencia en la sociedad, y en concreto en el mundo laboral, que afecta a la salud de los profesionales y a todo el sistema sanitario, en forma de bajas, una menor producción y una disminución de la eficacia, traducido en mayores costes. El acoso laboral en la actualidad no tiene una regulación específica por eso es esencial tomar conciencia del problema que atañe al sector y hacer que cada miembro de la organización forme parte del equipo. Esta concienciación poco a poco está llegando y en enero de 2022 la seguridad social ya reconoció como enfermedad profesional el acoso que sufrió una trabajadora, que permanecía de baja desde 2021. Es importante que se dé visibilidad a estos problemas, que se comuniquen a la organización el hecho de estar sufriendo acoso en el trabajo y que se establezcan unos protocolos que sean conocidos por todos los trabajadores, para saber detectar los primeros síntomas de mobbing y saber también cómo actuar.

6 Bibliografía

1. Los hospitales basan su fórmula ante el acoso laboral en la mediación en <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/los-hospitales-basan-su-formula-ante-el-acoso-laboral-en-la-mediacion-4903>
2. Acoso laboral o mobbing: qué es <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/psicologia-psiQUIATRIA/acoso-psicologico/acoso-laboral-que-es.html>
3. Mobbing: historia, causas, efectos [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-50512007000100004#:text=El%20t%C3%A9rmino%20ingl%C3%A9s%20mobbing%20est%C3%A1,tam%C3%B1o%20\(Lorenz%201991\)](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-50512007000100004#:text=El%20t%C3%A9rmino%20ingl%C3%A9s%20mobbing%20est%C3%A1,tam%C3%B1o%20(Lorenz%201991)).

4. La Seguridad Social reconoce como enfermedad profesional el acoso laboral a una trabajadora <https://www.rtve.es/noticias/20220125/seguridad-social-reconoce-enfermedad-profesional-acoso-laboral/2268980.shtml>

Capítulo 14

LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

OLAYA RIVAS PEREZ

VERÓNICA MENÉNDEZ SUÁREZ

ITZIAR FUENTES SUÁREZ

SARA PORRES FERNÁNDEZ

DIANA SUAREZ RUBIO

1 Introducción

Desde la infancia de las personas, en el colegio o en los hogares, siempre se ha promovido el lavado de manos como medida de higiene básica, convirtiéndose en uno de los hábitos esenciales de la humanidad para el cuidado propio y la prevención de enfermedades. La pandemia de Covid 2020 fue también un golpe de realidad que vino para seguir advirtiendo de la importancia del lavado de manos, haciendo que todos fuéramos conscientes que con este sencillo gesto se podrían salvar gran cantidad de vidas.

El origen de la cultura del lavado de manos data de mediados del siglo XIX cuando el médico Ignaz Semmelweis, especializado en obstetricia, logró descubrir el origen de la fiebre del parto observando que con la aplicación medidas antisépticas era capaz de controlarlo pero, a pesar de trasladar estos datos al resto de sus

compañeros con estadísticas estos no consideraron sus observaciones, ya que de alguna manera pensaban que se estaba insultando y perjudicando su imagen, pues se les estaba culpando a ellos de la gran cantidad de muertes que se estaban produciendo. Ignaz Semmelweis sería una víctima de la ignorancia del mundo de la época y no sería hasta 1950 cuando se vería reconocido su gran descubrimiento a través de Louis Pasteur, bacteriólogo que reconocería el mérito de Ignaz en aquel 1879, pues ninguno de los remedios que se había puesto a la fiebre del parto, como ventilación, había surgido efecto y únicamente el lavado de manos había demostrado su eficacia en este sentido.

2 Objetivos

- Analizar por qué es tan importante el lavado de manos en el ámbito sanitario.
- Describir los pasos a seguir para realizar un correcto lavado de manos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo un análisis bibliográfico sobre la literatura científica existente sustentándose principalmente en dos pilares, el proceso de búsqueda y por otro lado el criterio de selección utilizado. En cuanto a la búsqueda bibliográfica se realizó a través de bases de datos como Scielo o Google Académico, que permitieron ser mucho más específicos a la hora de seleccionar los artículos, desde el enfoque sanitario. En cuanto al proceso de búsqueda se utilizaron palabras que resultaban claves para la obtención de información precisa y se dieron prioridad a aquellos artículos que eran más actuales, para entender el problema en la sanidad actual además de seleccionar aquellos que disponían de una mayor calidad en su contenido.

4 Resultados

Las infecciones contraídas durante la estancia en un hospital o en un centro de salud siguen constituyendo un gran problema de salud pública a nivel mundial. Tales son los datos que estas infecciones que han adquirido nombre propio y se denominan infecciones nosocomiales, que son aquellas que se han adquirido en el propio hospital tras un periodo de estancia y que anteriormente no estaban presentes ni tampoco se estaban incubando. A simple vista se puede creer que, con la información de la que se dispone y las medidas de higiene adoptadas por

la sociedad, hoy en día las enfermedades nosocomiales se han visto reducidas cuantiosamente, y aunque esto no es del todo incierto si cabe destacar que se han originado nuevos factores que han contribuido a que los índices de contagios no sean todo lo bajos que se esperaban. Está claro que la sociedad está cada vez más envejecida y globalizada con una esperanza de vida mucho más larga y en donde los avances tecnológicos han permitido que los servicios médicos no se presten únicamente en un marco hospitalario, sino que se lleven a otros lugares, como por ejemplo centros sanitarios en donde ya se realizan operaciones ambulatorias, o centros de día donde ya se tratan enfermedades crónicas e incluso en el propio domicilio, en donde se realizan también diversos tratamientos intravenosos y donde es posible adquirir una enfermedad infecciosa contraída a través de los propios profesionales o de otro pacientes.

Es por todo esto que la higiene de manos ha supuesto una herramienta sin precedentes para poder evitar infecciones dentro del ámbito sanitario ya que la Organización Mundial de la Salud estima que 7 de cada 100 pacientes en los países más desarrollados sufren algún tipo de infección cuando están sometidos a cuidados intensivos, cifra que aumenta a 15 en el caso de los países más subdesarrollados estimándose que una de cada 10 pacientes en el mundo perderá la vida por haber contraído una infección nosocomial. Las personas con mayor riesgo de contraer una enfermedad nosocomial son los recién nacidos y lactantes, unido a las personas de edad más avanzada, personas con un sistema inmunitario débil y aquellas que llevan dispositivos invasivos como pueden ser sondas o tubos en las vías respiratorias.

Todos los profesionales del ámbito sanitario y, en concreto, todas las personas que entran en contacto con un paciente deben de tener una correcta limpieza de manos para prevenir las infecciones antes mencionadas. Es por eso que se realizará especial hincapié en el lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente y antes de ponerse los guantes para realizar cualquier práctica invasiva, con catéter, sondajes...de la misma forma, inmediatamente después del explorar a un paciente, después de utilizar el aseo, de manipular fluidos, líquidos, apósitos y después de quitarse los guantes es imprescindible realizar también un lavado de manos.

La duración de un correcto lavado de manos comprende unos 50 segundos, en los que se mojarán las manos con agua y se aplicará jabón para frotar las manos durante 15 o 30 segundos sin olvidarse hacerlo entre los dedos y el pulgar. Una vez finalizado este proceso se procederá a aclarar las manos y a secarlas con toallas que sean siempre desechables o papel. Para cerrar el grifo se utilizará esa misma toalla evitando así el contacto con cualquier superficie que pueda estar

contaminada. En la actualidad, también se está utilizando mucho el lavado de manos con gel hidroalcohólico que facilita la higiene de manos cuando no es tan fácil disponer de agua. La desinfección con gel hidroalcohólico debe durar aproximadamente 25 segundos en los que se aplicará el gel y se frotarán las manos cubriendo su totalidad hasta que se queden secas, pero sin necesidad de secarlas con una toalla.

5 Discusión-Conclusión

En los dos últimos años, tras la pandemia de la Covid 19 se han vivido momentos convulsos por la negación de algunas personas ante el uso de mascarilla por ejemplo o el lavado de manos, a pesar de que su eficacia constituye un hecho probado a lo largo de muchos años, demostrado con estadísticas. Quizás la propia ignorancia junto con una sociedad que a veces no desea asumir responsabilidades ha hecho que algunas personas no estén implicadas suficientemente en este aspecto unido a una cierta relajación que se va dando con el paso del tiempo, cuando la enfermedad es más conocida. Es por eso que desde todos los ámbitos sanitarios se debe reforzar la idea de la importancia del lavado de manos, no solo de los propios sanitarios, sino de todas las personas, demostrando y concienciando de que a través de ellas se pueden contraer enfermedades y también transmitir las, evitando así la pérdida de vidas.

6 Bibliografía

1. Adherencia a la higiene de manos por el personal de enfermería http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000400464
2. Higiene de manos en profesionales sanitarios https://seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/HM_profesionales_sanitarios.pdf
3. La importancia del lavado de las manos en la atención sanitaria http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000600001
4. La higiene de manos salva vidas <https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2021-higiene-manos-salva-vidas>
5. La historia de Semmelweis, el doctor que descubrió que lavarse las manos salva vidas [https://www.betelgeux.es/blog/2020/10/15/historia-de-semmelweis-doctor-que-descubrio-que-lavarse-las-manos-salva-vidas/#:::text=Semmelweis%2C%20en%20el%20a%C3%B1o%201847,I\)%2C%20era%20de%20tres%20a](https://www.betelgeux.es/blog/2020/10/15/historia-de-semmelweis-doctor-que-descubrio-que-lavarse-las-manos-salva-vidas/#:::text=Semmelweis%2C%20en%20el%20a%C3%B1o%201847,I)%2C%20era%20de%20tres%20a)

6. La OMS publica el primer informe mundial sobre prevención y control de infecciones (PCI) <https://www.who.int/es/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-report-on-infection-prevention-and-control>

Capítulo 15

CASO CLÍNICO EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO POR UN SANGRADO UTERINO ANORMAL

PAULA PALMA FERREIRO

SARA MEJÍAS SEGURA

ALCORA HERNÁNDEZ MARTÍN

LORENA LÓPEZ MESA

1 Introducción

La valoración postoperatoria realizada en el área de despertar al paciente tiene una gran importancia para conocer la respuesta del individuo al problema de la salud presente, que puede ser tratado por enfermería, para poder llegar al diagnóstico enfermero adecuado y abarcar la situación de manera que sea siempre mejorable para el paciente. La paciente presentará diferentes patrones alterados:

- Frecuencia respiratoria alterada, presenta disnea debido a la ansiedad que le causa la situación dolorosa sin cese que está sufriendo tras la intervención quirúrgica.

- Problemas circulatorios, ya que presenta alteraciones constantes de la presión arterial y frecuencia cardíaca las primeras horas tras la intervención.

- Problemas de salud limitantes incapacidad para la actividad habitual por el fuerte dolor presente en el abdomen.

- Presencia de síntomas físicos fuerte dolor de cabeza, dolor de espalda tras una intervención quirúrgica prolongada, agotamiento y fatiga por la presencia de dolor, palidez cutánea las primeras horas tras la intervención por la anestesia.
- Evaluación continua del dolor presente, la intensidad (localización: abdomen principalmente), tipo, y si está o no controlado ESCALA DEL DOLOR EVA

Identificación del patrón funcional alterado de Marjor Gyordon en esta paciente sometida a una histerectomía total abdominal. Este paciente presenta alteración del patrón cognitivo perceptivo debido a una gran intervención quirúrgica causante de un dolor intenso, tras la extracción completa del aparato reproductor femenino.

2 Objetivos

Exponer un caso clínico de sangrado uterino anormal.

3 Caso clínico

Paciente femenina de 54 años de edad, ingresa al servicio de urgencias por un abundante sangrado vaginal. Tras la realización de diferentes pruebas es ingresada en el servicio de ginecología con diagnóstico de sangrado uterino anormal, para la realización de histerectomía total abdominal de urgencias tras la realización de la intervención quirúrgica el paciente permanece en el área de cirugía, en la cual se le realiza constantemente una valoración postoperatoria. El tiempo de estancia en esta área es mayor del previsto por el fuerte dolor que presenta. Aspectos personales: menopáusica y tumor en la parte derecha del útero, afectando en su totalidad al aparato reproductor femenino.

La elección de este caso se debe principalmente por el papel que tiene enfermería con un paciente en el área de quirófano.

En el área de quirófano, enfermería valora al paciente antes, durante y después de la cirugía antes de su subida a planta. Lo habitual es que los pacientes tras la intervención quirúrgica pasen al área de cirugía, denominada “el despertar”, donde permanecen aproximadamente 4 - 12 horas. Aquí son valorados constantemente para ver su mejoría en horas posteriores tras la intervención.

La función que tiene enfermería en este caso es muy amplia, ya que se le administrara todo el tratamiento prescrito por el médico que sea necesario para evitar empeoramientos, se le tomara las constantes vitales continuamente, ya que tras la anestesia se encuentra en valores anormales, etc.

La función que tiene enfermería en este caso es muy amplia, ya que se le administrara todo el tratamiento prescrito por el médico que sea necesario para evitar empeoramientos, se le tomara las constantes vitales continuamente, ya que tras la anestesia se encuentra en valores anormales, etc.

- Administración de analgesia:

Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.

Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.

- Manejo del dolor:

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.

Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes y proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.

- Apoyo emocional:

Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.

Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Animar al paciente a que exprese los sentimientos.

Contacto adecuado con el paciente para proporcionarle apoyo.

- Manejo ambiental: confort

Ajustar la temperatura ambiental adecuada para evitar desequilibrio en la temperatura corporal.

Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, férulas para la parte dolorosa del cuerpo).

Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.

Proporcionar un ambiente limpio y seguro.

4 Discusión-Conclusión

La ejecución de un plan de cuidados individualizado en este paciente principalmente para aliviar el dolor tras la intervención quirúrgica que ha tenido, nos permitirá marcar unos objetivos con el paciente, para conseguir unos resultados positivos.

En el caso clínico planteado, se demuestra claramente, que el proceso de atención de enfermería en el área quirúrgica es una herramienta útil para la solución de los problemas de salud, aumentando la calidad en los cuidados enfermeros y mejorando con ello la relación enfermero paciente.

Tras finalizar la cirugía, se desplazó al paciente hasta el área de despertar. Donde se le monitorizó al completo, se le administró tratamiento analgésico postoperatorio y recupero el nivel de consciencia total tras la anestesia. Una vez que su nivel de consciencia era el adecuado, se le dieron diferentes pautas:

1. Ofrecimos al paciente la información necesaria para evitar situaciones que aumentasen el dolor y otras que lo aliviaran, tras la intervención quirúrgica que se le había realizado.
2. Le explicamos que su recuperación estará acompañada desde este momento por un tratamiento analgésico prescrito por el médico, para aliviar el dolor y que a medida que el dolor disminuya se irán eliminando analgésicos de su tratamiento y se irán reduciendo las pautas y cambiara la forma de administración.
3. Le enseñamos al paciente las técnicas adecuadas para afrontar la situación en la que se encontraba, aumentando su motivación para evitar empeoramientos y así poder darle el alta en el área de cirugía y subirla a planta.
4. Le hicimos saber que tendría nuestro apoyo y ayuda por parte de todo el personal sanitario cada vez que hiciese falta.

5 Bibliografía

- Luís Vila Ballester . Revista española de abordaje teórico del dolor humano. Dianelt [internet] 2005; ISSN 1135 3074, Vol. 11, N°. 4, págs. 188 195.. Disponible en : http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972003000100006
- Wannamethee SG1, Shaper AG, Perry IJ, Alberti KG . Principios básicos para el control total del dolor . Pubmed [internet] 2002 Jul;56(7):542 8. Disponible en: [http://www.Mapfre.com/ccm\(content/documentos/fundacion/salud/revista](http://www.Mapfre.com/ccm(content/documentos/fundacion/salud/revista)

locomotor/vo102 n3 art3 dolor postoperatorio.pdf

•Juan Carlos Jiménez. Escala de valoración dolor[internet]. [Actualizada 2008; citado 14 de enero de 2017] disponible en : <http://www.redalyc.org/htm/1951/195117838006>

Capítulo 16

CASO CLÍNICO DE UNA COLOSTOMÍA EN LA INFANCIA

PAULA PALMA FERREIRO

ALCORA HERNÁNDEZ MARTÍN

SARA MEJÍAS SEGURA

LORENA LÓPEZ MESA

1 Introducción

La colostomía es un proceso quirúrgico en el que se realiza una apertura en el vientre en la pared abdominal, sacando un extremo del intestino grueso al exterior denominado estoma. En el estoma es adherida una bolsa donde se acumulan las heces que se movilizan a través del intestino. La colostomía puede ser de dos tipos, temporal, para un tiempo determinado, o permanente para siempre.

Son muchas de las razones por la que se lleva a cabo dicho procedimiento quirúrgico, siendo las siguientes las mas comunes: Infección abdominal, como es en el caso de diverticulitis perforada o un absceso. Una lesión al colon o al recto. Bloqueo parcial o completo del intestino grueso. Algún tipo de cáncer como es el cáncer colorrectal. Heridas o lo que se conoce como fistulas anales en la zona del perineo.

Enfermería juega un papel importante en este caso clínico, centrándose en diferentes puntos, instruir al paciente en la utilización del equipo y cuidados de la ostomía, vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo

de ostomía, dar información sobre la dieta adecuada que debe llevar antes y después del procedimiento quirúrgico. Explicar al paciente lo que supondrá los cuidados de la ostomía en su rutina diaria.

2 Objetivos

Estudiar la colostomía en la infancia a través de un caso clínico.

3 Caso clínico

Niña de 12 años ingresada en la planta de medicina interna del hospital infantil del virgen del Rocío en la provincia de Sevilla, presenta una colitis ulcerosa y ha sido intervenida quirúrgicamente para realizarle una colostomía temporal terminal. Tras la intervención quirúrgica la niña evoluciona adecuadamente, la funcionalidad del estoma es correcto y la mucosa tiene buen color, defeca heces semipastosas. Próximamente se le dará el alta médica, pero antes de esto, se le debe enseñar a la niña junto a su familia, todos los cuidados del estoma que debe realizar.

La paciente muestra bastante interés en aprender, pero refiere que no sabe como hacerlo a pesar de que se lo han estado realizando todos los días. Antecedentes personales a tener en cuenta: diabetes tipo I diagnosticada a los 2 años de edad, estreñimiento continuo por malas conductas alimentarias y problemas de autoestima. Se le realizan una serie de estudios complementarios previos a la intervención, siendo de gran importancia tanto para el anestesta y el propio equipo de cirugía. Entre ellos destaca la analítica posquirúrgica Analítica: Hb 12 g/dl, Grupo sanguíneo A positivo. HIV PCR: negativo. VDRL: no reactivo. HCV: negativo, HBsAg: negativo, electrocardiograma, TAC abdominal-rectal, valoración por psiquiatría infantil debido a sus problemas de autoestima.

Enfermería juega un papel fundamental en la educación del paciente ostomizado y en este caso en sus familiares. Psicológicamente también es importante educar y ayudar a los padres para concienciarlos.

La educación a la paciente se centrará en diferentes puntos entre ellos cabe destacar:

Explicación del funcionamiento del estoma y los distintos tipos de sistemas de bolsa que existen.

La higiene del estoma, se debe realizar con agua, esponja y papel de celulosa suave.

La bolsa se vaciará cuando este llena por la mitad, así evitar su rebosamiento.

Se le explica como debe medir el tamaño del estoma, teniendo en cuenta que el tamaño puede cambiar al principio, ya que la zona está mas inflamada.

4 Discusión-Conclusión

La labor de enfermería es fundamental en el cuidado de los pacientes con colostomía, teniendo en cuenta que también tiene un papel fundamental en el apoyo a dicho paciente antes de la intervención quirúrgica. La enfermera ayuda y apoya la nueva situación a la que se enfrenta la paciente, favoreciendo la comprensión de lo presente, enseñando las diferentes habilidades y destrezas para el cuidado del estoma y evitar así posibles complicaciones. También aportará información acerca de temas en relación con su imagen corporal, ya que puede verse alterada y proporciona redes de apoyo. La enfermera acompaña y facilita la adaptación a la vida cotidiana de la paciente, en este caso debemos tener en cuenta que es una menor de edad por lo que las formas de actuar serán diferentes y adaptadas a la edad de la menor.

5 Bibliografía

- Observatorio Metodología Enfermera [Página Principal de Internet] Madrid: Fundación para el desarrollo de la enfermería. [Acceso 28 de Octubre 2017] Patrones Funcionales de Majory Gordon. Disponible en:http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391#ancla
- Biblioteca de la salud “NNN consult” [Internet]. Disponible en: <http://0www.nnnconsult.com.fama.us.es/>
- Salido Moreno M, Rodríguez Úbeda R. Revista Inquietudes [Internet] Julio-Dic. 2014 [acceso 28 de octubre de 2017]; (48). Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1409223301.pdf>

Capítulo 17

COMPLICACIONES POTENCIALES TRAS UNA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

ROCÍO PALACIO ALONSO

1 Introducción

Una intervención quirúrgica supone un acontecimiento estresante en la vida de cualquier individuo. Las nociones previas, los miedos y las dudas que el paciente pueda tener en la etapa anterior a la cirugía van a influir de forma determinante en su recuperación durante el postoperatorio. La actuación ante estos pacientes debe ser integral. Se individualizará el plan de cuidados estándar, para determinar en cada caso los problemas o diagnósticos de enfermería que presente el paciente.

La artroplastia de cadera, también conocida como prótesis de cadera, se trata de una cirugía ortopédica para reemplazar una articulación dañada de la cadera de forma total o parcial, por un implante artificial. Con esta operación se logra la recuperación del paciente, afectado de enfermedades o daños en su cadera, así como una mejora significativa en la calidad de vida.

La recuperación tras una prótesis de cadera suele durar entre 3 y 6 meses hasta que el paciente ha recuperado toda la movilidad, aunque dependiendo del paciente y de la intensidad de la rehabilitación estos tiempos pueden aumentar hasta un año. Sin duda, la rehabilitación tras la cirugía de reemplazo de cadera es casi tan importante como la operación, dependiendo de ella en gran parte el éxito de la intervención.

2 Objetivos

- Reconocer las posibles complicaciones producidas tras una intervención quirúrgica de cadera.
- Identificar las intervenciones de enfermería correspondientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Google académico y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Durante y después de cualquier intervención quirúrgica pueden aparecer complicaciones relacionadas con la técnica quirúrgica en sí o con la anestesia utilizada en ella: alergias a fármacos, hemorragias, infección de tejidos, problemas en la cicatrización de las heridas, etc.

Complicaciones potenciales tras un reemplazo de cadera:

- Riesgo de infección: Vigilar aspecto de la piel. Comprobar temperatura de la piel. Anotar cambios en el aspecto de la herida. La prótesis de cadera se puede infectar con una probabilidad del 1 % - 3 %. El riesgo de que esto suceda, aumenta con la gravedad de las enfermedades asociadas al paciente como: diabetes, sistema inmunológico débil, etc. Aunque es muy común pensar que las infecciones suceden en la sala quirúrgica, no siempre es ahí donde radica su origen.
- Tromboflebitis: Detectar signos y síntomas de tromboflebitis. Protocolo antitrombótico. Vigilar en MM.II: dolor, ausencia o presencia de pulsos, aumento de temperatura.

Debido a la anestesia y a que los pacientes pasan varios días en cama tras la intervención, es posible la formación de coágulos sobre todo en las extremidades inferiores. Este tipo de complicación es muy poco común ya que se llevan a cabo algunos ejercicios tras la cirugía para favorecer la circulación sanguínea y evitar este problema.

- Hemorragia: Detectar signos y síntomas de hemorragia. Vigilar apósito herida quirúrgica. Vigilar cantidad y características del drenaje. Vigilar palidez, sudoración, taquicardia. Etc

- Septicemia: Detectar signos y síntomas de infección. Tomar temperatura Vigilar / aplicar protocolo de herida quirúrgica y drenaje. Vigilar s. y s. de infección local: dolor, calor, rubor, etc. Aplicar protocolo de mantenimiento de vía venosa
- Retención urinaria: Detectar signos y síntomas de retención urinaria. Controlar y anotar primera micción. Vigilar globo vesical. Aplicar medidas de ayuda para fomentar la micción.
- Luxación: Detectar signos y síntomas de luxación Informar: No cruzar las piernas ni flexionar E.I intervenida. Vigilar acortamiento E.I, rotación interna deter. de movilidad. Mantener en posición funcional al E.I. intervenida.

5 Discusión-Conclusión

Los objetivos fundamentales que debemos plantearnos ante un paciente con fractura de cadera son básicamente, disminuir la mortalidad y conseguir recuperar la situación funcional previa a la fractura procurando conseguir estos logros en el menor tiempo y al menor coste posible, y estableciendo las estrategias necesarias para que estos beneficios se mantengan a medio y largo plazo.

Desde la disciplina enfermera, los cuidados son esenciales para el paciente intervenido quirúrgicamente de cadera, desde la prevención de la infección, el control del dolor mediante la administración de medicación, etc... Todo un conjunto de actividades destinadas a promover la asistencia de cuidados plenos, eficaces y profesionales.

6 Bibliografía

1. Antonio. Complicaciones tras una operación de prótesis de cadera [Internet]. Operarme.es. 2014 [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.operarme.es/noticia/123/complicaciones-tras-una-operacion-de-protesis-de-cadera/>
2. Investigación RS. Plan de cuidados: prótesis de cadera [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-protesis-de-cadera/>
3. D T [Internet]. Docencia traumatología.uc.cl. [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.docencia traumatología.uc.cl/artroplastia-total-de-cadera-de-revision/>
4. Complicaciones [Internet]. Dr. José Ignacio Ortega Martínez, Cirujano Plástico. 2016 [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.drortega.com/>

la-intervencion/despues-la-intervencion/complicaciones/

Capítulo 18

IMPORTANCIA DE LA PULSERA IDENTIFICATIVA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

CARMEN MARIA VIÑA GUTIERREZ

NATALIA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

CLAUDIA VIÑA ÁLVAREZ

1 Introducción

Las intervenciones dirigidas a promover la atención sanitaria para beneficiar al paciente no están exentas de poder causarles un daño. La asistencia sanitaria cada vez más compleja, con multitud de prestaciones y por la que pasan numerosos profesionales y usuarios, hace inevitable que se produzcan efectos secundarios no deseados, que son causantes de importantes tasas de morbilidad y mortalidad. Un componente fundamental dentro de la calidad asistencial de nuestros hospitales, es la seguridad del paciente, en un proceso que proporcione atención y cuidados seguros a los usuarios, minimizando así los riesgos derivados de la asistencia sanitaria.

De los problemas más importantes que atañen a la seguridad del paciente es el derivado de una identificación errónea de estos, y que puede dar lugar a múltiples efectos adversos y a consecuencias irreversibles.

Con una identificación correcta de los pacientes se puede evitar diversos errores tales como la realización de pruebas diagnósticas erróneas, la administración de medicamentos equivocados, así como la aplicación de técnicas, intervenciones

quirúrgicas y transfusiones de sangre y hemoderivados a pacientes que no corresponden.

Una manera fácil y eficaz para evitar estos errores, es la correcta identificación de los pacientes con la colocación de pulseras o brazaletes identificativos en los que conste al menos dos códigos de identificación no variables diferentes.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la pulsera identificativa en las unidades de hospitalización.

3 Metodología

Procedimiento sistemático de revisión de la literatura. Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos: BVS, MEDLINE, CUIDEN, CINAHL, NICE, Guíasalud, Google scholar, búsquedas referenciales y organizaciones específicas como OMS, Joint Commission, fundación Avedis Donabedian y Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.

4 Resultados

Los errores provocados por una incorrecta identificación, sigue siendo uno de los problemas con mayor riesgo de provocar efectos adversos en el paciente.

La forma habitual de dirigirse al paciente por identificadores variables y no seguros como pueden ser el número de habitación, la cama, el diagnóstico o las características físicas o psicológicas, hace que la confianza en estos nos lleve a no verificar antes de realizar cualquier atención al paciente la correcta identificación, no confirmando así que estemos atendiendo a la persona correcta, en el momento oportuno y con la técnica o procedimiento adecuado.

Si bien es cierto que eliminar por completo el riesgo de error es prácticamente imposible, si es posible reducirlos en gran medida mediante la adopción de métodos y estrategias de fácil aplicación.

Dentro de la práctica asistencial diaria, la identificación verbal parece no ser suficiente para garantizar la correcta identificación del paciente. Muchas veces, los pacientes no están capacitados para responder por estar confusos, por presentar déficit de atención o por estar sedados. En otras ocasiones pueden presentar barreras de lenguaje, problemas de audición, ser menores de edad o muy jóvenes

para responder. A esto hay que añadir que pueden coincidir en el mismo centro sanitario, e incluso en el mismo servicio, pacientes con el mismo nombre y apellidos.

La colocación de una pulsera o brazalete identificativo que permita comprobar la identidad del paciente en todo, dará al profesional la seguridad de que estamos prestando la asistencia a la persona correcta, minimizando así el riesgo de error.

La seguridad del paciente y dentro de ella, la correcta identificación del paciente, sigue siendo un objetivo prioritario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que promovió prácticas seguras para evitar estos errores en las Soluciones para la Seguridad del Paciente que emitió en 2007 ³ así como de la Joint Commission entre organismos.

5 Discusión-Conclusión

La incorrecta identificación conlleva errores que pueden poner en riesgo la salud o tener consecuencias irreversibles para el paciente.

Un primer paso con el objetivo de minimizar estos efectos adversos, es el uso de la pulsera identificativa, que debe contener al menos dos identificadores no variables como pueden ser nombre y apellidos, fecha de nacimiento y número de historia clínica.

Además de todo esto, se debe educar al paciente y su familia en la importancia de que participen en su identificación y en cómo los profesionales de la salud deben verificar su identidad durante su ingreso hospitalario.

La pulsera debe mantenerse desde el momento del ingreso que será colocada y verificada por el personal de enfermería que recibe al paciente, hasta el momento del alta, que será retirada una vez en el domicilio. Siempre que se compruebe que la pulsera está deteriorada, rota o se ha extraviado, debe pedirse otra y volver a colocarla.

Se debe comprobar la identidad del paciente siempre antes de cualquier atención, técnica, procedimiento o administración de medicamentos. Así mismo, no se realizará ninguna técnica invasiva a ningún paciente que no lleve pulsera identificativa.

6 Bibliografía

1. Morís de Tassa J, Fernández de la Mota E, Aibar-Remón C, Castan S, Ferrer JM. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud. Med Clínica. 2008; 131: 72-78.

2. World Health Organization. Patient Identification [documento en línea]. Ginebra. 2007. En: <http://www.jcipatientsafety.org/fpdf/presskit/PS-Solution2.pdf> [consultado el 18 de julio de 2009].
3. Ministerio de Salud y Política Social [sede Web]. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2007. En: <http://www.msps.es/.../sns/planCalidadSNS/home.htm> [consultado el 17 de julio de 2009].
4. American Hospital Association. Quality management. Chicago. 1992. Management Advisory Catalog N° 049735.
5. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla. [sede Web]. 2006. Estrategia para la Seguridad del Paciente. En: <http://www.csalud.juntaandalucia.es/contenidos/profesionales/procesos/PlandeSeguridadparaCD.pdf> [consultado el 20 de julio de 2009].
6. Junta de Extremadura. Consejería de sanidad y Dependencia. Identificación de Pacientes [documento en línea]. Plasencia. 2005. En: http://www.areasaludplasencia.es/3/35/pdf/130/identificacion_de_pacientes.pdf [consultado el 21 de julio de 2009].
7. Department of Health WA. Health Patient Identification Policy [Internet] WA: Government of Western Australia. ; 2014 [cited 2018 Ago 18]. Available from: <http://www.health.wa.gov.au/circularsnew/attachments/842.pdf>.

Capítulo 19

CASO CLÍNICO: PLAN DE CUIDADOS EN UN PACIENTE CON VM EN DECÚBITO PRONO EN UCI

MARIA ROSA BEASAIN ARANDA

CRISTINA VELA LUMBRERAS

NURIA FERNÁNDEZ LEÓN

1 Introducción

La ventilación mecánica (VM) en posición prono ha sido usada desde hace varias décadas en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) con el objetivo de mejorar la oxigenación pulmonar. En la actualidad, y tras la pandemia por Covid-19 es claramente reconocido que la pronación se asocia con una mejoría importante de los índices de oxigenación al ser comparada con la posición supina.

La posición prono en paciente con intubación orotraqueal (IOT) conectado a VM se asocia a una disminución de la mortalidad cuando se mantiene 16 horas al día y si se inicia antes de las 48h tras la aparición del SDRA.

Esta posición no es inocua y tiene sus efectos adversos y/o posibles complicaciones como neumonía asociada a la ventilación mecánica, extubación accidental o no planeada, desplazamiento del tubo o intubación selectiva, obstrucción del tubo, aparición de úlceras de presión, neumotórax durante la pronación y pérdida de acceso venoso entre otras.

Es por ello, que debemos tener en cuenta los cuidados de enfermería indicados en esta intervención para poder evitar potenciales complicaciones y proporcionar a su vez seguridad al paciente.

Así pues, debemos revisar el protocolo de nuestra unidad para realizar la maniobra de posición a decúbito prono en paciente con ventilación mecánica.

2 Objetivos

1. Planificar los cuidados individualizados para un paciente con ventilación mecánica en posición prono en UCI.
2. Identificar las complicaciones potenciales e incrementar la seguridad del paciente.

3 Caso clínico

Mujer de 59 años, acude al servicio de urgencias del Hospital derivada por su MAP por presencia de disnea y accesos de tos no productiva nocturna, comenzando con astenia y presencia de disnea de mínimos esfuerzos y ortopnea.

Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y obesidad grado I. PCR Covid positiva 26/09/2020

A su llegada al servicio de urgencias, sus constantes vitales son:

TAS: 115 mmHg, TAD:65 mmHg, Pulso: 120x , T^a ótica: 35°C , Frecuencia respiratoria: 40 rpm , Saturación de oxígeno: 72%.

Trabajo respiratorio, disnea de reposo.

Auscultación pulmonar: Disminución del murmullo vesicular.

Presencia de sibilantes al final de la inspiración y roncus dispersos.

Consciente y orientada las tres esferas (tiempo, espacio y persona)

Pruebas complementarias:

- Radiografía de tórax: infiltrados intersticiales bilaterales.
- Analítica de sangre: elevación de parámetros inflamatorios: fibrinógeno: 631, DD:5289, Ferritina:1883, PCR 130,4 , LDH: 725.

Se inicia tratamiento respiratorio con mascarilla reservorio a 15litros/minuto llegando a saturaciones de oxígeno del 94%. Persistiendo taquicardia, taquipnea e importante trabajo respiratorio, por lo que se decide ingreso en UCI, con diagnóstico de neumonía bilateral por covid-19.

A su llegada en UCI gasometría : Ph: 7,49, PO2: 57, PCO2: 29,9 , Lactato : 2,9.

Tras esta gasometría se decide administrar Oxígeno de alto flujo (OAF) a 50 lpm O₂ + 10 lpm aire: FiO₂ 86 % . Primeras horas en UCI con mala evolución, pese a mejoría discreta de oxigenación con OAF con FiO₂ al 86%, persistencia de taquicardia 110 lpm, taquipnea entorno a 40 rpm e importante trabajo respiratorio, gran disnea que no permite la conversación y muy sudorosa por lo que finalmente se decide IOT y conexión a VM .

Bien adaptada al respirador con perfusión de Midazolam, Fentanilo, en modalidad Volumen control (CV) con FiO₂: 70% + PEEP :11. La saturación no sube del 90% y su PAFI: PaO₂/FiO₂ $\times$ 90/70 $\times$ 100= 128. Menor a 200 se considera un SDRA severo, por ello se decide pronación, con mejoría inmediata de la saturación hasta 99-100%.

VALORACION SEGUN PATRONES MARJORY GORDON:

1. Patrón percepción -control de la salud:

Antecedentes personales: Diabetes mellitus, dislipemia y obesidad

No fumadora ni bebedora. Autónoma para las actividades de la vida diaria.

Alergias: AINE ,amoxicilina-clavulánico , AAS, anestésicos locales y buscapina.

Exploración física:

Peso: 84 Kg, Altura: 1,58 m. TA:115/65 mmhg, Fc: 120 lpm. Fr:40 rpm y Saturación de oxígeno:72%

2. Patrón Nutricional - metabólico:

Peso: 84 Kg, Talla: 1,58 cm e IMC: 33,6 (obesidad grado I)

Buen estado de hidratación. Se mantiene con fluidoterapia: 2000cc /24 h plasma-lyte.

Piel íntegra, sin alteraciones, buena coloración de piel y mucosas. BRADEN: Percepción sensorial:1, Exposición a la humedad: 3, Actividad:1, Movilidad:1, Nutrición:1, Roce y peligro de lesiones:1. Puntuación: 10, Riesgo alto de lesiones por presión.

Sondaje nasogástrico tras IOT, para evitar distensión abdominal e inicio precoz de nutrición enteral (NE) a dosis bajas hasta comprobar la tolerancia y dejar a dosis plenas según pauta.

Control de glucemias cada 8h y monitorización continua de signos vitales: hipotensión relacionada con sedación, por lo que precisa dosis mínimas de noradrenalina para contrarrestar. Ritmo sinusal en torno a 80 lpm. Afebril. Saturaciones mantenidas en decúbito prono en torno a 95%.

3.Patrón eliminación:

Paciente portadora de sonda vesical Foley nº16 para el control estricto de diuresis

horaria, y balance hídrico diario. Buenas diuresis espontaneas sin precisar forzar con diuréticos.

Control peristaltismo intestinal, durante la estancia en UCI y bajo sedación la paciente puede presentar diarrea asociada a nutrición enteral, no precisó sonda rectal.

4. Patrón actividad - ejercicio :

Independiente para las AVD, desde hace 9 días comienza con accesos de tos no productiva nocturna, y desde hace un día refiere astenia y presencia de disnea de mínimos esfuerzos con ortopnea.

Se realiza sedoanalgesia con Midazolam y fentanilo, relajando con cisatracurio para IOT.

Iniciamos decúbito prono como terapia para mejorar la ventilación pulmonar.

5. Patrón reposo - sueño:

Paciente sedoanalgesiada con perfusiones de midazolam, propofol y fentanilo.

6. Patrón cognitivo-perceptual:

Paciente a su llegada en UCI consciente y orientada. Sin alteraciones visuales ni auditivas.

Tras IOT y sedoanalgesiada manteniendo un índice bispectral (BIS) de 45.

Valoración del dolor mediante la escala de conductas indicadoras de dolor, ES-CID:0.

7. Patrón Autopercepción - autoconcepto:

A su ingreso, nerviosa por su situación basal y verbaliza su miedo.

8. Patrón rol - relaciones:

Casada, madre de 3 hijos, apoyo familiar eficaz durante todo el proceso de hospitalización.

Acude dos días a la semana con su grupo de amigas a caminar 1 hora al día. Ama de casa.

9. Patrón sexualidad-reproducción:

Casada, con 3 hijos.

10. Patrón adaptación y tolerancia al estrés:

Al ingreso en nuestra unidad nerviosa, intranquila, una vez que se intuba a la paciente no expresa miedo ni ansiedad.

11. Patrón valores y creencias:

La paciente es católica practicante.

PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE EN POSICIÓN DECÚBITO PRONO:

DIAGNÓSTICO: Deterioro del intercambio de gases (00030)

DEFINICIÓN: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono.

Deterioro del intercambio de gases relacionado con Patrón respiratorio ineficaz, Cambios en la membrana alvéolo–capilar y Desequilibrio ventilación–perfusión manifestado por Hipoxia, Alteración del ritmo respiratorio, Taquicardia y Taquipnea

NOC:RESULTADO: Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402)

DEFINICIÓN: Intercambio alveolar de CO₂ y O₂ para mantener las concentraciones de gases arteriales.

- Equilibrio entre ventilación y perfusión
- Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (PaO₂)
- Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO₂)
- pH arterial
- Saturación de O₂

NIC: INTERVENCIÓN: Monitorización respiratoria CÓDIGO: 3350

DEFINICIÓN: Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado.

ACTIVIDADES:

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones
- Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados (p. ej. SaO₂, SvO₂, SpO₂) siguiendo las normas del centro y según esté indicado.
- Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales.
- Monitorizar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos de presiones inspiratorias y las disminuciones de volumen corriente, según corresponda.
- Vigilar los valores de las PFR, sobre todo la capacidad vital, fuerza inspiratoria máxima, volumen espiratorio forzado en un segundo (VEMS) y VEMS/CVF, según disponibilidad.

INTERVENCIÓN: Manejo de la ventilación mecánica: invasiva (3300)

DEFINICIÓN: Ayudar al paciente a recibir soporte respiratorio artificial a través de un dispositivo insertado en la tráquea.

ACTIVIDADES:

- Asegurarse de que las alarmas del ventilador están conectadas.

- Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado.
- Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador.
- Administrar los agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos que sean apropiados.
- Realizar aspiración, en función de la presencia de sonidos adventicios y/o aumento de las presiones inspiratorias.
- Observar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica (p. ej., desviación traqueal, infección, barotraumatismo, volutrauma, gasto cardíaco reducido, distensión gástrica, enfisema subcutáneo).
- Establecer el cuidado bucal de forma rutinaria con gasas blandas húmedas, antiséptico y succión suave.
- Documentar todos los cambios de ajustes del ventilador con una justificación de los mismos.

INTERVENCIÓN: Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neumonía (3304)

DEFINICIÓN: Cuidados de un paciente con riesgo de desarrollar una neumonía asociada al ventilador.

ACTIVIDADES:

- Lavarse las manos antes y después de los cuidados del paciente, sobre todo después de vaciar los líquidos del circuito del ventilador.
- Cepillar los dientes y la lengua con dentífrico o un colutorio bucal antiséptico, mediante movimientos circulares con un cepillo suave o un cepillo de aspiración.
- Facilitar la aspiración subglótica antes de recolocar al paciente en decúbito supino (cama, silla, viaje por carretera), la recolocación del tubo endotraqueal (ET) y el desinflado del balón del tubo ET.
- Considerar el uso de la aspiración y drenaje subglóticos continuos con tubos ET diseñados específicamente en pacientes que llevan más de 72 horas con ventilación mecánica.
- Mantener el cabecero de la cama elevado a 30-45°, salvo que esté contraindicado (p. ej., inestabilidad hemodinámica), sobre todo durante la alimentación por sonda enteral.
- Mantener las cintas del tubo ET limpias y secas.

DIAGNÓSTICO: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 00047

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con personas en unidades de cuidados intensivos, disminución del nivel de consciencia, Inmovilización e Infecciones,

DEFINICIÓN: Susceptible de padecer una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud.

NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas. CÓDIGO: 1101

DEFINICIÓN: Integridad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

Pigmentación anormal

Hidratación

Integridad de la piel

Lesiones cutáneas

Eritema

NIC: INTERVENCIÓN: Cambio de posición. CÓDIGO: 0840

DEFINICIÓN: Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.

ACTIVIDADES:

- Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
- Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición, según corresponda.
- Colocar en la posición terapéutica especificada.
- Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo escrotal), según corresponda.
- Colocar en una posición que facilite la concordancia ventilación/perfusión («el pulmón bueno abajo»), si resulta apropiado.
- Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente.
- Girar al paciente en bloque.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico, según corresponda.

INTERVENCIÓN: Cuidados del paciente encamado. CÓDIGO: 0740

DEFINICIÓN: Fomento de la comodidad y la seguridad, así como prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.

ACTIVIDADES:

- Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos.
- Subir las barandillas, según corresponda.
- Cambiar de posición al paciente, según lo indique el estado de la piel.
- Aplicar medidas profilácticas antiembólicas.

INTERVENCIÓN: Prevención de úlceras por presión (3540)

DEFINICIÓN: Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.

ACTIVIDADES:

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo.
- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Aplicar protectores para los codos y los talones, según corresponda.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.

4 Discusión-Conclusión

La posición en decúbito prono, en un paciente con ventilación mecánica, con sesiones de 16 horas ha demostrado una disminución en la mortalidad en pacientes síndrome de distrés respiratorio agudo moderado y/o grave.

La posición en decúbito prono puede mejorar la oxigenación, la mecánica respiratoria, mejorar el reclutamiento alveolar y por ende, puede disminuir la lesión pulmonar asociada a la ventilación mecánica.

Para realizar el cambio a posición de decúbito prono hay que seguir un protocolo para reducir las complicaciones de esta maniobra.

Los efectos adversos asociados a esta posición son las úlceras por presión, edema facial, obstrucción del tubo orotraqueal, pérdida del catéter venoso entre otros.

5 Bibliografía

1. Sánchez Casado M, Quintana Díaz M, Palacios D, Hortigüela V, Marco Schulke C, García J, et al. Relación entre el gradiente alveolo-arterial de oxígeno y la PaO₂/FiO₂ introduciendo la PEEP en el modelo. Med Intensiva. junio de 2012;36(5):329-34.

2. Concha P, Treso-Geira M, Esteve-Sala C, Prades-Berengué C, Domingo-Marco J, Roche-Campo F. Invasive mechanical ventilation and prolonged prone position during the COVID-19 pandemic. *Med Intensiva*. 1 de marzo de 2022;46(3):161-3.
3. Mora-Arteaga JA, Bernal-Ramírez OJ, Rodríguez SJ. Efecto de la ventilación mecánica en posición prona en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda. Una revisión sistemática y metanálisis. *Med Intensiva*. 1 de agosto de 2015;39(6):352-65.
4. Fundación Index. EI, SPARC (Organization) F, Zarazúa García JM, Reyes Silva AKS, García Pineda MA, Villarreal De La Cruz JFR, et al. Index de enfermería. [Internet]. Vol. 30, Index de Enfermería. Fundación Index; 2021 [citado 15 de noviembre de 2022]. 184-188 p. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Martínez Ó, Nin N, Esteban A. Evidencias de la posición en decúbito prono para el tratamiento del síndrome de distrés respiratorio agudo: una puesta al día. *Arch Bronconeumol*. junio de 2009;45(6):291-6.

Capítulo 20

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO

LUCIA MUÑIZ CHILLON

1 Introducción

En el quirófano se desempeña una atención al paciente que en ocasiones se considera impersonal. Se ignoran los problemas de cada paciente y en ocasiones tampoco no se cuenta con la familia. El equipo de quirófano a menudo trata a cada enfermo como un caso más de la jornada, realizando una atención y buenas técnicas pero con poco trato de cercanía.

Por ello, aquí hablaremos de lo importante que es la implicación del personal de enfermería de quirófano en el cuidado completo del paciente, atendiendo a diversos ámbitos y no solo realizar un papel técnico.

Un paciente que va a ser intervenido de cualquier tipo de cirugía necesita un apoyo humano y no solo conocimientos técnicos. Una buena atención comienza antes de la cirugía y finaliza mucho después.

En la atención de enfermería humanizada se valora mucho la sensibilidad, ya que es muy necesaria para poder percibir aspectos táctiles, visuales o auditivos. Esto confiere una atención de calidad en la que el ser humano se encontrará mucho más a gusto y tranquilo ante la cirugía y mejora la capacidad de confianza del enfermo ante el equipo médico.

El objetivo fundamental del equipo de salud debe de ser el bienestar, la salud y la seguridad del paciente. Las tendencias actuales en el ejercicio de la profesión de enfermería están encaminadas a conseguir una asistencia más humana.

2 Objetivos

Dar importancia a la humanización del personal de enfermería hacia los pacientes que se someten a intervenciones quirúrgicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos y buscadores como: Google académico, Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tras revisar diferentes artículos se observan diferentes aspectos en la relación paciente-personal de enfermería.

Se ha visto que los pacientes no conocen el nombre del profesional que les atiende. Se obtienen buenas opiniones respecto al trato acogedor del personal, pero estos no suelen dar sus nombres. Consideramos que es importante cambiar esto, pues conocer el nombre de la persona que te cuida mejora tu confianza en ella, ya que se establece una relación más próxima.

El objetivo es disminuir la ansiedad que pueda tener un paciente previo a una cirugía.

Los sanitarios están de acuerdo en la importancia de humanizar la atención y no solo centrarse en las cuestiones prácticas. Es verdad, que muchos de ellos se quejan de la falta de tiempo para poder realizar esto de una buena manera. Muchos de ellos se ven sometidos a una gran presión y una abundante carga de trabajo. Quizás evitan pasar más tiempo cerca del paciente por miedo a "perder el tiempo" que deben emplear en las técnicas. Por lo tanto se debe trabajar también en este aspecto para lograr mejorar este déficit.

La introducción de nuevas tecnologías y los avances terapéuticos en los últimos años han tenido un impacto positivo, pero es necesario saber que no basta con una asistencia altamente tecnológica, sino que también debemos tener en cuenta la importancia de una atención en la que el amor y el calor humano permitan que se obtengan los resultados esperados, no solo en la realización correcta de

la intervención quirúrgica, sino sobre todo en la calidad de vida e integración familiar y social.

La calidad de la relación entre enfermera y paciente marca la diferencia entre una práctica humanizada y otra meramente instrumental.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, podemos concluir que la clave para mejorar la tranquilidad y el trato de los pacientes que se van a intervenir en quirófano es humanizar a los profesionales sanitarios. Probablemente se debe incidir en esto, así como el aprendizaje de nuevas costumbres.

También debemos tener en cuenta la importancia de la familia, contar con ellos y mantenerlos informados.

Otro aspecto a tener en cuenta, tal y como hemos dicho anteriormente, es la necesidad de que el personal se encuentre a gusto en el trabajo y con el tiempo suficiente para poder realizarlo de forma adecuada. Es decir, también hay que humanizar el trato a los trabajadores.

6 Bibliografía

1. SciELO - Scientific Electronic Library Online. (s. f.). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext.
2. Medicos, P. (2022, 1 abril). La práctica de Enfermería y la humanización del cuidado en el quirófano. Revista Electrónica de Portales Medicos.com. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/la-practica-de-enfermeria-y-la-humanizacion-del-cuidado-en-el-quirofano/>

Capítulo 21

CORRECTO MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE CON QUEMADURAS GRAVES

M^a ENCARNACIÓN ROJAS PORRAS

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

1 Introducción

Las quemaduras son el resultado que se produce a partir de un trauma físico que produce una desnaturalización de las proteínas del tejido de la piel. La mayor parte de estas quemaduras ocurren en el ambiente del hogar, causados por llamas o líquidos hirviendo, tiene gran incidencia en la actualidad como uno de los principales accidentes que provoca problemas de salud en el mundo.

El dolor por traumatismo causado por quemadura se puede definir como: dolor intenso que tiene lugar durante una quemadura y luego continúa con incrementos que disminuyen gradualmente.

Este dolor se produce porque los receptores de la piel se dañan y se produce un mayor grado de amplificación de los receptores de dolor.

El dolor en las víctimas de quemaduras se clasifica según el grado de quemadura (en primer, segundo y tercer grado) y el tipo de dolor (quirúrgico, posoperatorio y crónico).

Para poder valorar adecuadamente el dolor se tiene que tener previamente el conocimiento de los mecanismos habituales que lo provocan y recomendar la administración de terapias correctas.

El dolor producido por las quemaduras es un dolor que es difícil de tratar. Es importante conocer los distintos factores que intervienen en la aparición del dolor agudo.

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es mostrar la forma correcta para manejar el dolor en el paciente que presente heridas por quemadura.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca los cuidados enfermeros al paciente con quemaduras graves, empleando como motor de búsqueda Google Académico. Se han consultado distintas fuentes como páginas web, revistas y bases de datos sanitarias.

4 Resultados

Existen algunos principios generales para el manejo del dolor en pacientes con quemaduras como pueden ser el establecimiento de objetivos para el tratamiento, la fase de recuperación de la lesión por quemadura y la fase de evaluación del dolor.

La medicación es la forma más usada y eficaz para manejar el dolor en los pacientes quemados. El manejo inadecuado del dolor es un factor que sigue siendo habitual, por lo que es importante la evaluación continua de la efectividad del tratamiento, junto con el uso de otros sistemas o métodos más agresivos cuando sea necesario para el paciente.

Existen técnicas quirúrgicas, farmacológicas y no farmacológicas en el tratamiento del dolor por quemadura. Durante el tratamiento quirúrgico el principal objetivo es intentar reducir el dolor cerrando las zonas sangrantes.

En cuanto a aplicaciones farmacéuticas se utilizan fármacos como los opioides, los antiinflamatorios no esteroideos, los anticonvulsivos, la lidocaína el paraceta-

mol, la ketamina, las benzodiazepinas, el óxido nitroso, los sulfatos de magnesio y los anestésicos regionales entre otros

La evaluación continua de las posibles reacciones que presente el paciente y el tratamiento precoz de manera rápida y eficaz de los trastornos psiquiátricos deben ser parte inseparable del tratamiento. Por ello, se pueden utilizar terapias no farmacológicas para controlar la ansiedad, la depresión o los ciclos alterados de sueño que pueda tener el paciente. A veces evitar un objetivo que pueda causar dolor es una de las medidas más eficaces que se pueden tomar de manera preventiva, por ejemplo la eliminación de vendajes inadecuados. Diversas técnicas han demostrado su valor junto a otros tratamientos como técnicas de relajación, hipnosis, musicoterapia, entre otras. Estas técnicas deben usarse de manera temprana y preventiva para evitar el futuro empeoramiento de la ansiedad.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los retos del equipo sanitario es el manejo adecuado del dolor en pacientes quemados, es preciso estudiar y evaluar los cambios físicos, psicológicos y bioquímicos del paciente para lograr una buena y completa atención médica y un manejo excelente del dolor.

Hay varios aspectos fundamentales a conocer en el tratamiento del dolor de las quemaduras como son el conocimiento del mecanismo lesivo, los cambios fisiopatológicos en sus distintas fases o su evolución y desarrollo.

En las intervenciones del personal enfermero concretamente, pueden proporcionar tratamiento dirigido del dolor con analgésicos, cuidado de heridas mediante desbridamiento y cuidado de la piel con cremas o mediante el uso de vendajes.

6 Bibliografía

Rocío Jiménez Serrano, Francisco Pedro García Fernández - Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. 2018. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100045
QUEMADURAS: Diagnóstico y tratamiento en las primeras 72 horas. Scielo. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000200012

Capítulo 22

PROTOCOLO DE LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS EN PROFESIONALES SANITARIOS

BEATRIZ CALLE GONZALEZ

1 Introducción

Las infecciones adquiridas por un paciente durante y hasta 48 horas después de su estancia en un hospital se denominan infecciones nosocomiales.

Son un tipo de infecciones que no estaban presentes antes de su ingreso ni en el periodo de incubación y representan un problema importante por la sobrecarga económica en el sistema sanitario y las repercusiones sociales y familiares del paciente por la alta morbilidad y mortalidad que generan.

Las infecciones asociadas con la atención sanitaria afectan a casi uno de cada diez pacientes ingresados en un hospital. En España, durante el año 2019 alrededor de 60.000 personas sufrieron algún tipo de infección nosocomial.

Los microorganismos más habituales que causan este tipo de infecciones son el *Staphylococcus Aureus*, *Staphylococcus Coagulasa Negativos*, *Enterococos*, *Escherichia Coli*, *Pseudomonas Aeruginosa* y *Klebsiella Pneumoniae*.

Existen diferentes tipos de flora bacteriana en la piel de las manos:

- Flora transitoria: son microorganismos que se localizan en la zona superficial y son contraídos de forma accidental. Son los responsables de la mayor parte de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

- Flora residente: son microorganismos que se encuentran de forma natural en la mayoría de las personas y se encuentran localizados en las capas profundas de la piel.

2 Objetivos

- Objetivo principal:

Realizar un protocolo de lavado de manos quirúrgico

- Objetivo secundario:

Conocer en profundidad el protocolo de lavado quirúrgico de manos previo a intervenciones y microorganismos más habituales de las infecciones nosocomiales en el ámbito quirúrgico

3 Caso clínico

LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

1. Definición

Lavado de manos por frotación antiséptica o antisepsia prequirúrgica de manos, realizado por el personal que participa en una intervención quirúrgica

2. Objetivos

Eliminar la suciedad, la materia orgánica, la flora transitoria y la flora residente de las manos y antebrazos del personal sanitario.

3. Indicaciones

Realizar antes de cualquier intervención quirúrgica

4. Precauciones

El cirujano y la enfermera instrumentista, antes de la cirugía, deben realizar un lavado quirúrgico de manos y la colocación de bata y guantes estériles.

- Uñas limpias, cortas y sin esmaltes
- No utilizar uñas artificiales
- Manos y antebrazos sin reloj, anillos, pulseras etc
- No es conveniente utilizar agua caliente ni utilizar cremas hidratantes
- Utilizar siempre el jabón del envase original

5. Procedimiento

El lavado quirúrgico se realiza con cepillo-esponja estéril impregnado en jabón antiséptico.

- Se abre el cepillo estéril y se deja preparado para su uso.
- Regular el agua del grifo y humedecer las manos, antebrazos y codos.

- Con el jabón del cepillo estéril enjabonar manos y antebrazos, sin volver a las zonas limpias ya.
 - Cepillar las uñas para su desinfección, prestando atención en el borde periungueal, eliminando la suciedad de debajo de las uñas. Después se cepilla dedos, zonas interdigitales, palma de la mano y reverso en este orden, primero una mano y después la otra. A continuación, se realiza el cepillado de antebrazos, siempre en sentido ascendente, y después aclarar con agua, de arriba a abajo y teniendo la precaución de mantener las manos elevadas por encima de los codos. Para finalizar, se cierra el grifo con el codo.
 - Secar las manos por contacto a pequeños toques sin frotar empezando por los dedos, manos y antebrazos hasta el codo con un paño estéril de la mesa de quirófano, en campo estéril, utilizando la mitad del paño para cada brazo.
- La duración del lavado quirúrgico será de 5 minutos

CUIDADOS DE LAS MANOS

Es muy importante el cuidado de las manos para evitar que la flora transitoria se convierta en flora residente.

Recomendaciones:

- Evitar el lavado de manos con agua caliente para evitar dermatitis irritativa
- No utilizar cepillos de uñas excepto en el lavado quirúrgico
- Cubrir heridas y cortes de la piel
- Secar cuidadosamente las manos después del lavado para evitar humedad
- Utilizar cremas protectoras de las manos que normalicen la función barrera de la piel al finalizar el turno de trabajo.

4 Discusión-Conclusión

La importancia del correcto lavado quirúrgico de manos como profesionales sanitarios de enfermería es de vital importancia para prevenir cualquier tipo de infección que pueda producirse durante el proceso quirúrgico.

Muchas de estas infecciones son transmitidas a los pacientes por los profesionales sanitarios mediante las manos y está comprobado que una correcta higiene de manos es el método más eficaz para reducir las infecciones nosocomiales. El ámbito quirúrgico supone hasta un 14-30% de las infecciones nosocomiales.

El correcto lavado de manos constituye la primera estrategia para la prevención de infecciones, para lo que es necesario la continua formación del personal sanitario.

5 Bibliografía

1. OMS | Material y documentos sobre la higiene de manos [Internet]. WHO. [citado 10 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>
2. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia | Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica [Internet]. [citado 10 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-epidemiologia-general-infecciones-nosocomiales-sistemas-S0213005X13000025>
3. Epine [Internet]. [citado 10 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://epine.es/>
4. Osieec.osakidetza.eus. 2021 [citado el 7 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://osieec.osakidetza.eus/hospitalcruces/documentos/campanas/GUIA%20HIGIENE%20OSAKIDETZA.pdf>

Capítulo 23

ENFERMERIA EN URGENCIAS DE SALUD MENTAL Y EL INTENTO AUTOLÍTICO

ALICIA FLORES CASARRUBIOS

ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

VERÓNICA SANZ MINGUEZ

1 Introducción

En los últimos años, hemos experimentado un importante crecimiento en nuestros servicios de vigilancia. Estos incluyen kits de emergencia. Servicios de salud mental integrados como parte de la atención general de emergencia para abordar: Los problemas de salud mental son cada vez más necesarios. Históricamente, el "suicidio" se define como otro síntoma de la enfermedad. La psiquiatría a lo largo de la historia y a medida que se profundiza

El estudio encontró que los suicidios consumados eran parte de un "experimento de suicidio". El término "proceso suicida" tiene un significado más amplio, ya que también incluye las acciones físicas, los pensamientos y los comportamientos que conducen al suicidio. Este proceso incluye conceptos de pensamientos automáticos, autolesiones y suicidio. El pensamiento autónomo se refiere a una presencia persistente en el sujeto de ideación suicida o ideación suicida. El suicidio, por su parte, se define como toda muerte que se produce directa o indirectamente como

resultado positivo o negativo de las propias acciones de la víctima, sabiendo que debe lograr ese resultado.

El suicidio fue un comportamiento que identificamos que se detuvo antes de que resultara en la muerte. Hoy, el suicidio es un problema de salud real y la OMS reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública mundial.

En todo el mundo, 800.000 personas se han suicidado y al menos 10 personas se han suicidado.

40 segundos alguien muere. El suicidio viene en segundo lugar. Principal causa de muerte entre los 15 y los 29 años. El suicidio es la décima causa principal de muerte y la séptima causa principal de pérdida de vidas en los países desarrollados. En España, los riesgos aumentan y el número de muertes, incluidos los accidentes de tráfico, aumenta, pero la ciudadanía no presta mucha atención al tema. Los intentos de suicidio son difíciles de investigar porque no existe un procedimiento de denuncia formal para ellos.

Para ese estudio se utilizarán datos de los servicios de emergencia. En 2020, no habrá más enfermos mentales en riesgo de enfermar tras la pandemia de COVID-19

Necesito. Además, algunos intentos de suicidio no terminan en la etapa médica, por lo que no acude a urgencias,

Sin sedimento. Lo mismo es cierto para la ideación suicida si la ideación suicida no está presente. La verificación de por qué el paciente no refirió o documento no se puede incluir en el registro del paciente. Muchos estudios han identificado el sexo femenino, la juventud y la falta de educación como factores de riesgo para la ideación suicida. Presencia de enfermedad psiquiátrica comórbida con la educación.

Las tasas de suicidio son más altas en los hombres. Existen marcadas diferencias entre los métodos de suicidio utilizados por hombres y mujeres. Los hombres son más fuertes en acción. Intentos de suicidio organizado y suicidio cometido.

En ambos casos, las mujeres son más susceptibles a la adicción a las drogas. Entre los hombres, el 87% de los suicidios se deben a la ley de prohibición de beber. Hay varios factores de riesgo para el comportamiento suicida.

80 puede cambiar o no, lo que aumenta la probabilidad de que el sujeto automáticamente intente o se involucre en un comportamiento que sea dañino para el sujeto. Los factores de riesgo incluyen la genética, la edad, el sexo, el empleo y la situación económica, las creencias religiosas, el aislamiento social, el abuso social y las condiciones médicas.

2 Objetivos

Objetivo principal del capítulo :

- Analizar las características clínicas asociadas al paciente que acude al servicio de urgencias por tentativa autolítica.

3 Metodología

En preparación para este capítulo, se llevó a cabo una encuesta, incluyendo una revisión bibliográfica de la literatura científica existente, referenciando, seleccionando y analizando artículos y estudios publicados en este capítulo. Citas seleccionadas de las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Google Academic. Artículos relacionados con el tema de investigación.

4 Resultados

Aunque se considera un grave problema de salud pública y se están implementando políticas y planes estratégicos, es poco probable que este número disminuya como se esperaba originalmente, pero la investigación y los expertos en salud creen que estas condiciones y crear protocolos de atención específicos.

Cuando un paciente con diagnóstico de ideación suicida es ingresado en planta En el servicio de urgencias, siempre se debe realizar una evaluación psiquiátrica antes de que este paciente presente una condición orgánica estable y debe ser tratado por un especialista, incluyendo, por ejemplo, un período de control de síntomas por intoxicación o abstinencia. Doctor de emergencias. Es importante distinguir si el paciente tiene pensamientos con antecedentes de psicosis, o está en el contexto de consumo de drogas, o si el paciente está en riesgo. En este último caso, las imágenes que promuevan la ideación suicida deben ser abordadas para su posterior reevaluación. Si la persona sigue teniendo pensamientos suicidas después de haber sido afectada por los venenos anteriores, se le llama primer caso. Dos situaciones clínicas pueden surgir después de una evaluación psiquiátrica. Por otro lado, una vez que la condición del paciente se estabiliza, se realiza una evaluación adicional y, si es necesario, se determina la idoneidad del tratamiento y se da de alta al paciente del hospital. . Otro escenario relacionado con la hospitalización se basa en la fuerza de las intenciones autodestructivas, el autocontrol y el apoyo familiar y social del que dispone el paciente. En este caso, se registra un informe de alta de emergencia en el historial médico del paciente y se deriva

al paciente al departamento de hospitalización psiquiátrica. Por las características de este grupo de pacientes, suelen rechazar determinados procedimientos considerados necesarios por los médicos de urgencias, solicitar el alta voluntaria antes de finalizar el tratamiento y velar siempre por la autonomía y seguridad del paciente. El tribunal de control respectivo intervendrá en caso de ser necesario. Por ejemplo, negarse a proporcionar ingresos que el profesional considere necesarios. Los intentos de suicidio, al igual que el suicidio, no se dan por casualidad, sino que están condicionados por muchos factores de riesgo y otros factores que protegen frente a ellos. Por esta razón, la OMS ofrece una gama de medidas para reducir el riesgo de estos comportamientos, que incluyen:

- Restringir el acceso a vehículos suicidas (pesticidas, armas, algunas drogas, etc.).
- Responsable de la información de las agencias de medios.
- Intervención escolar. - Introducir políticas para reducir los efectos nocivos del consumo de alcohol. Y prevenir el consumo de otras sustancias nocivas. Detección precoz, tratamiento y apoyo a personas con problemas de salud mental y adicciones, dolor crónico y trastornos emocionales agudos.
- Formación del personal sanitario no profesional en la evaluación y tratamiento de la conducta suicida. - Velar por la atención de las personas con pensamientos suicidas y apoyar a la comunidad.

5 Discusión-Conclusión

Las ideaciones suicidas son una de las urgencias psiquiátricas más frecuentes, pero los intentos de suicidio, cuando requieren de atención médica, suponen un problema para los servicios públicos de salud, ya que a priori son abordados por personal que no está específicamente formado en salud mental, sino en urgencias intra y extra hospitalarias.

Desde el punto de vista Hospitalario, la recepción y valoración inicial de estos pacientes se da en el Servicio de Urgencias, siendo importante la formación de los profesionales en competencias de salud mental para el abordaje.

Otro aspecto crucial es la elaboración de protocolos de actuación en estos casos, donde se trabaje conjuntamente con el Servicio de Salud Mental.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

2. Sánchez MSM, Mata PM, González OP, Gil AMG. Ideación autolítica: Un crecimiento llamativo en nuestras Urgencias. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid :8.
3. Caso clínico: intento autolítico - Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet].. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/caso-clinico-intento-autolitico/>.
4. Osuna E, Pérez F. Protocolo de Urgencias Hospitalarias ante conductas suicidas. Complejo Hospitalario de Jaén: 6.
5. Rueda-Jaimes GE, Bueno PAD, Martínez-Villalba AMR, Castro-Rueda VA, Camacho PA. Diferencias de género en pacientes con suicidabilidad. Revista Colombiana de Psiquiatría. diciembre de 2011;40(4):637-46.
6. Conde Díaz M, Esteban Ortega C, Rosado Jiménez L, Barroso Peñalver MD, Romero González S. La urgencia psiquiátrica en un hospital general: La patología de la agresividad principal motivo de consulta. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009;29(2):303-17

Capítulo 24

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL SINDROME WERNICKE-KORSAKOFF

ALICIA FLORES CASARRUBIOS

ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

VERÓNICA SANZ MINGUEZ

1 Introducción

Es un cuadro neurológico que es ocasionado debido a un déficit de la vitamina B1

“tiamina” (dando lugar a que no pueda llegar suficiente energía al cerebro). En la mayoría de los casos está asociado a pacientes alcohólicos crónicos, en donde la Encefalopatía de Wernicke corresponde a la fase aguda (en donde aparece con alteraciones oculares y ataxia) y la psicosis de Korsakoff asociado a la crónica (que está manifestada con un déficit de memoria que les incapacita para poder realizar una vida social normal). La encefalopatía de Wernicke causa daño cerebral principalmente en las partes bajas del cerebro; concretamente en el hipotálamo y en el tálamo; sin embargo, en la psicosis de Korsakoff se basa en el daño continuo a aquellas zonas del cerebro que están directamente relacionadas con la memoria. Si se lleva a cabo la suspensión del consumo del alcohol, podemos llegar a conseguir prevenir la pérdida de daño a los principales nervios y también a ciertas funciones cerebrales.

Los principales síntomas que se pueden empezar a manifestar serían: dificultad para mantener una adecuada coordinación o una marcha estable, atrofia y debilidad muscular; así como hipotensión, taquicardia o pueden verse afectados los reflejos siendo estos disminuidos anormales.

2 Objetivos

Identificar la diferente sintomatología posible que se pueden manifestar en un paciente con este tipo de patología.

3 Metodología

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

4 Resultados

Con respecto a esta patología se ha demostrado que se puede diagnosticar midiendo los niveles de tiamina en sangre, con Tomografía computerizada o con Resonancia magnética; ya que se ha visto que tiene una mayor sensibilidad para poder detectar la atrofia en este tipo de patología.

Con respecto al tratamiento, se ha observado que si el grado de obnubilación es muy elevado puede llegar a desembocarnos al coma y las principales prioridades a destacar serían: comprobar y mantener la vía aérea permeable, asegurarnos la función ventilatoria y una correcta oxigenación en todo momento; si fuera preciso coger una vía intravenosa. Si tuvieras cualquier sospecha de este síndrome administraremos tiamina IV/IM durante 5 días. Se recomienda la administración conjunta de sulfato de magnesio cuando se diagnostica o sospecha, ya que se han observado casos de fracasos terapéuticos en casos de hipomagnesemia.

La vitamina B1 se puede suministrar de diferentes formas ya sea a través de una inyección intramuscular o de una inyección intravenosa, pero es importante saber que no nos va a ayudar a mejorar la pérdida de la memoria y de la capacidad intelectual que se ha producido durante la psicosis de Korsakoff.

La suspensión del consumo de alcohol puede ayudarnos a prevenir aquella pérdida adicional de las funciones cerebrales y el daño a los nervios. Es recomendable llevar a cabo una dieta nutritiva y bien equilibrada para poder ayudarnos, pero sin olvidar en ningún momento que esto no es la única solución y no es un sustituto para dejar totalmente el consumo de alcohol o tóxicos. De ahí, destaca la importancia de tener una disciplina y una correcta educación sobre el tema y llevar a cabo una vida controlada.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que la mayoría de las personas afectadas con esta patología coinciden con personas que son frecuentemente bebedoras de alcohol (siendo generalmente la cerveza la principal bebida), ya que a su vez el alcohol dificulta la absorción de tiamina de la dieta, destacando la importancia que tiene llevar a cabo un correcto tratamiento que nos pueda asegurar un mayor control de los síntomas y evitar que podamos tener recaídas o un empeoramiento de la enfermedad y seguir unas recomendaciones básicas que garanticen un mayor control de esta patología y tener cierta regularidad para conseguir dicho control sobre ella.

6 Bibliografía

1. MedlinePlus. Síndrome de Korsakoff [Internet]. EE.UU: MedlinePlus 2011 [citado 29 Sep 2015]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000771.htm>.
2. Joseph V, Campellone MD. Síndrome de Wernicke-Korsakoff [Internet]. Estados Unidos: Editorial team; 2014 [actualizado 24 Feb 2014; citado 9 Sep 2015]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000771.htm>.

Capítulo 25

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CISTITS

ALICIA FLORES CASARRUBIOS

ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

VERÓNICA SANZ MINGUEZ

1 Introducción

Es un proceso inflamatorio de la mucosa de la vejiga que afecta al aparato urinario. Las mujeres son más propensas a desarrollarla por su corta longitud de la uretra y proximidad de la vagina, siendo mucho más frecuente que la inflamación sea causada por una infección bacteriana, la cual puede desembocar en grandes molestias y dolor, o un problema de mayor severidad en el caso de que la infección se pueda diseminar a los riñones. En el menor de los casos, suele aparecer como reacción a geles, aerosoles o determinados medicamentos, y puede aparecer también como una complicación de otra enfermedad ya existente.

Tiene gran importancia poder conocer los principales síntomas para reconocerlo; así como la necesidad de tener que necesidad constante de orinar o dolor. En los hombres, esta patología no es muy frecuente al contrario que en las mujeres.

Es importante tener en cuenta ciertos factores de riesgo como: destacar si la persona está embarazada, si dicha persona es diabética si hay infección en niños o una obstrucción; que pueda permitir un mayor crecimiento de los gérmenes.

Por todo ello, es de vital importancia seguir un adecuado tratamiento siendo el uso de antibióticos el principal tratamiento para ello.

2 Objetivos

Identificar la principal sintomatología que puede presentar una persona con esta patología y a su vez conocer los principales cuidados básicos y técnicas de enfermería a llevar a cabo.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para realizar este capítulo, se basa en una revisión bibliográfica, usando documentación científica de diferentes bases de datos como “Medline” o “Google Académico”, y usando como principal descriptor “Cistitis” e Información sacada de un Experto de Enfermería.

4 Resultados

La cistitis es una patología la cual podemos prevenir correctamente si seguimos unas indicaciones; para ello debemos realizar un vaciamiento vesical completo precoito y postcoito y usar algún tipo de cremas antisépticas periuretrales antes del mismo.

El diagnóstico es viable y es de gran importancia dentro de los cuidados de enfermería. Para poder diagnosticar usaremos los cultivos de orina y el sistemático de orina.

Es de gran importancia poder reconocer y saber cuáles son los principales síntomas que pueden aparecer y manifestarse en esta patología; los cuales destacamos: disuria (micción difícil o dolorosa), polaquiuria (se produce cuando hay un aumento en el número de micciones), tenesmo vesical (tener la sensación de querer orinar constantemente), dolor en la zona suprapúbica, molestias pélvicas, febrícula y orina turbia de mal olor y en ocasiones puede ir acompañada con hematuria.

Para ello, es de vital importancia llevar a cabo un tratamiento correcto; Se empezaría en primer lugar con el uso y administración de cefalosporinas o beta-lactámicos durante 3 días (sin ser necesario el urocultivo posterior al tratamiento).

En determinadas ocasiones puede darse el caso que el tratamiento antibiótico no funcione para todas las cistitis, y a su vez que no aparezca piuria y que el urocultivo salga negativo. En ese caso se debería valorar otras patologías diferentes como: vaginitis, vulvitis, traumatismos o alergias.

Es imprescindible tratar las complicaciones de la manera más rápida posible y correctamente, y destacar la importancia de llevar a cabo una prevención adecuada; ya que de lo contrario podrían convertirse en algo mucho más grave.

La evidencia ha demostrado que las mujeres son más propensas a contraer esta infección en comparación con los hombres, debido a que su uretra es más corta que la de los hombres y está más cercana al ano.

5 Discusión-Conclusión

Destacamos desde el equipo de enfermería que el principal agente etiológico más frecuente que aparece en esta patología es

E.coli que se relaciona directamente con los diferentes factores de riesgos de los cuales muchos de ellos se pueden evitar. De ahí destacamos la vital importancia que podemos llevar a cabo con una correcta educación sanitaria a todos los pacientes para poder asegurarnos que puedan cumplir una correcta adhesión al tratamiento, sin olvidarnos de la importancia directa que tienen ciertos factores de riesgo mencionados anteriormente; entre los cuales podemos destacar: la genética, la edad o las condiciones fisiológicas y anatómicas entre otros.

6 Bibliografía

- 1.- NANDA. Diagnósticos de Enfermería; 2003.
- 2.- De la Rosa M, Prieto J. Microbiología en ciencias de la salud: conceptos y aplicaciones. 2ª ed. España: Elsevier; 2010.
- 3.- Guido S, Eberhardt K, Klaus G, Martha MM, Eva HP. The Diagnosis of Urinary Tract Infection. Dtsch Arztebl [Internet]. 2010 [8 May 2015]; 107 (21): 361-367. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883276/#R2>.

Capítulo 26

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS RECIÉN NACIDOS

PAULA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ

NOELIA TROLA SÁNCHEZ

1 Introducción

En la última década los cuidados neonatales han experimentado unos cambios que se podrían decir radicales, un niño recién nacido es la imagen de la vulnerabilidad, por tanto, se deberá de normalizar los cuidados del recién nacido (RN) en cada sistema sanitario, la identificación del RN y los cuidados básicos durante las primeras horas de la vida posnatal son parte de los objetivos de la Sociedad Española de Neonatología.

Durante muchos años, se consideraba un recién nacido a término cuando el nacimiento ocurría entre las 38 y 41 semanas. Sin embargo, hace un tiempo se decidió definir embarazo a término a partir de las 37 semanas. Los cuidados del RN debemos centrarlos en la familia y él mismo, respetando el acontecimiento como un importante momento en la familia. Las exploraciones pediátricas y cuidados del recién nacido se deberán realizar de manera interactiva en presencia de los padres. La asignación de una enfermera para los cuidados madre-hijo fomenta el vínculo entre ellos.

Así pues, dentro de los cuidados enfermeros después del nacimiento, se deberá restablecer el contacto piel con piel (madre-hijo) sin demorar, favorecer la lactancia materna mediante las prácticas que promueve la Neo-IHAN y explicar los cuidados del cordón umbilical con una higiene adecuada, entre otros...

En esta misma línea, se interesaron por la adaptación a la vida extrauterina, observaron que los recién nacidos necesitan alrededor de 10 minutos para conseguir una saturación del 90%.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conocer cuáles son los principales cuidados de enfermería que se llevarán a cabo en los recién nacidos, desde que se inicia su transición de feto a RN, lo que se realiza en el quirófano/paritorio y planta de maternidad hasta el alta.

3 Caso clínico

Recién nacido a término varón y de raza negra, de peso adecuado (de 38 semanas de tiempo y 2.660 gramos de peso). La madre tiene 29 años de edad y este es su segundo hijo. La gestación está controlada. En las serologías realizadas a la paciente se observa una infección connatal, rubéola inmune, toxoplasma, lúes, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis B: negativos. Se le realiza el exudado vaginorrectal para estreptococo del grupo B negativo a las 36 semanas de gestación, en las ecografías prenatales no se observan anomalías y se le pregunta si hay algún tipo de antecedentes familiares y personales.

El niño nace tras realizar una cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal y observamos que el niño presenta amniorrexia intraparto, líquido ligeramente teñido de meconio, Apgar 9/10, y pH de cordón entre 7,24-7,28. Tras el nacimiento el niño comienza con dificultad respiratoria, con quejido, aleteo nasal y tiraje por lo que es necesario administrarle oxigenoterapia suplementaria indirecta (máximo 40 % a las 12 h de vida).

Con este cuadro clínico, ante la presencia de dificultad respiratoria, se realiza radiografía de tórax urgente viendo en el recién nacido una opacificación en hemitórax derecho, sin visualizarse claramente la silueta cardíaca, no objetivándose neumotórax. En la parte del pulmón izquierdo parece mostrar una hiperinsuflación compensadora. También se le van a realizar las siguientes pruebas: hemograma cuyos resultados son normales, una gasometría capilar que muestra una pequeña acidosis respiratoria, un hemocultivo cuyos resultados da negativo, ecografías abdominal y craneal que son normales y una ecocardiografía cuyos resultados también resultan ser normales. Después de realizarle todas estas pruebas y permanecer en el Hospital junto a su madre durante una semana la madre

y el recién nacido abandonan el Centro Hospitalario.

4 Discusión-Conclusión

Como conclusión final de este capítulo, tenemos que reconocer que tras valorar todos los cuidados básicos enfermeros en un recién nacido se puede observar que hay bibliografía de interés, para llevarlos a cabo se requiere de un equipo multidisciplinar, siendo de vital importancia que todos los sanitarios conozcan estas medidas y cuidados que son tan fundamentales en los recién nacidos.

Desde nuestra perspectiva sería recomendable continuar realizando estudios en los que se pueda observar la satisfacción de los padres en cuanto a cuidado de RN como encuestas de valoración del personal y su implicación en los cuidados, además de realizar una formación tanto a los sanitarios como a los familiares sobre los principales cuidados y medidas a llevar a cabo con los recién nacidos.

5 Bibliografía

- Escrito por el personal de Mayo Clinic. 10 consejos para padres de un recién Nacido Estresados [Internet]. Mayo Clinic. Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2022. Encontrado en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/infant-and-toddler-health/in-depth/newborn/art-20045498>.
- Cuidados Generales del Recién nacido [Internet]. Clínica Universidad de Navarra. Encontrado en: <https://www.cun.es/chequeos-salud/infancia/cuidados-recien-nacido>.

Capítulo 27

MANEJO ENFERMERO DEL SÍNDROME DE CUSHING

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

M^a ENCARNACIÓN ROJAS PORRAS

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

1 Introducción

En la actualidad el síndrome de Cushing es considerado una enfermedad rara, pero con una importante tasa de morbilidad y mortalidad, especialmente de tipo cardiovascular. Este síndrome puede ser determinado como dependiente o independiente de la hormona adrenocorticotrópica.

Este síndrome puede ser causado por distintas lesiones como tumores hipofisarios, lesiones suprarrenales o tumores ectópicos, también puede ser causado por una exposición de manera continuada en el tiempo a demasiados glucocorticoides.

En ocasiones es complicado llegar a conocer la etiología que lo provoca es fundamental junto con un diagnóstico temprano de la enfermedad para con ello poder elegir adecuadamente el tipo de tratamiento a seguir por el paciente para asegurarse más probabilidades de éxito y de adherencia. Las personas que padecen el síndrome de Cushing es fundamental que reciban el seguimiento médico necesario a largo plazo para poder asegurarse de que el tratamiento es el adecuado.

Hay dos tipos de síndrome de Cushing diferentes: el endógeno, producido por el

propio organismo mediante aumentos de un tipo de hormona (ACTH) y el cortisol, y el exógeno, mediante la administración de altas dosis de glucocorticoides para tratar otras patologías.

En general es una enfermedad con un alto grado de morbilidad y de difícil diagnóstico, es fundamental la buena selección e implantación del método de tratamiento adecuado para cada paciente.

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es mostrar el correcto manejo enfermero del paciente con Síndrome de Cushing, de qué se trata y cómo tratarlo.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca del manejo enfermero del Síndrome de Cushing, 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

El síndrome de Cushing presenta distintas manifestaciones clínicas que pueden variar dependiendo del sexo y la edad del paciente, así como la duración y gravedad de la enfermedad. La forma más habitual en la que se presenta el síndrome de Cushing es la obesidad central con atrofia muscular proximal. También es común encontrar depósitos de grasa en la zona de las cervicales y dorsales, estrías de color morado, piel delgada, debilidad muscular cercana, fatiga, hipertensión arterial, acné, intolerancia a la glucosa, menstruación, síntomas neuropsiquiátricos, alto riesgo de infección.

El diagnóstico del síndrome en muchos de los casos es una tarea muy difícil, ya que puede presentar una enorme variedad de síntomas, por lo que cobra mucha relevancia realizar una detallada historia clínica y proceder a revisar los estudios analíticos y de imagen necesarios.

Se puede comenzar por descartar hipercortisolismo, después lo más habitual es buscar signos y síntomas que sugieran este síndrome y continuar con pruebas

sensibles y que no son tan específicas como podría ser la aparición de cortisol en la orina, para continuar luego con pruebas como el TAC o radiología intervencionista.

Para poder tratar al paciente de una manera adecuada es preciso determinar la causa que lo provoca, la cirugía es el tratamiento más elegido en la inmensa mayoría de los casos, aunque también existen tratamientos con radioterapia cuando el tratamiento quirúrgico no da los resultados esperados o incluso existe un tratamiento farmacológico.

Las probabilidades de éxito dependen de la severidad del tumor existente, de la variedad de síntomas que provocan un mayor riesgo cardiovascular, siempre teniendo en cuenta que aumenta el índice de mortalidad en las personas de edad más avanzada, presencia sepsis secundaria, infarto de miocardio, cardiopatía, o ictus...

5 Discusión-Conclusión

Gracias a los últimos avances de la ciencia se ha favorecido mucho el pronóstico de esta patología en favor al paciente, no realizar un diagnóstico correcto de manera precoz y no iniciar el tratamiento adecuado puede desarrollar situaciones y problemas graves para el paciente pudiendo llegar a producir la muerte.

Desde el punto de vista del personal enfermero, se deben considerar varios factores en estos pacientes a la hora del tratamiento, tales como: presencia de hematomas por el poco grosor de su piel, obesidad, movilidad reducida, disnea nerviosa. Es fundamental controlar los niveles de depresión debido a su incapacidad para llevar una vida normal.

6 Bibliografía

Marcos M. Lima-Martínez, José Zerpa - Manejo de pacientes con Síndrome de Cushing. 2016 http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102013000300006

Síndrome de Cushing suprarrenal. SciELO 2014. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-0108208001200009

Capítulo 28

PREVALENCIA DE LA CANDIDIASIS VAGINAL DURANTE EL EMBARAZO

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

M^a ENCARNACIÓN ROJAS PORRAS

1 Introducción

a candidiasis vaginal es un tipo de infección por hongos que suele causar un alto grado de picazón a la persona que la padece a la vez que segrega una sustancia blanca en la zona de la vagina, el hongo responsable de la candidiasis vaginal es *Candida albicans*, es un hongo que forma parte del conjunto de microbios que se encuentran habitualmente en las vías urinarias de las mujeres, esta infección es producida por ese hongo cuando existen algunos cambios en el sistema inmune de la mujer, convirtiendo el microbio en patógeno y favoreciendo su proliferación y expansión en la zona vaginal.

Determinados factores como la obesidad, la diabetes, el aumento de estrógenos del cuerpo, el embarazo o algunas enfermedades determinadas de carácter inmunario pueden favorecer la proliferación del hongo que provoca la candidiasis extendiéndose localmente por toda la zona.

La infección por candidiasis vaginal, es más común en las mujeres, y aproximadamente tres cuartos de la población femenina la padecen al menos una vez en la vida. A medida que se desarrolla el embarazo, aumenta el riesgo de parto. Es-

tos tipos de infecciones por hongos no se llegan a ser considerados como enfermedades de transmisión sexual, ya que es un hongo originario del mismo cuerpo.

2 Objetivos

El principal objetivo es analizar qué es la candidiasis vaginal, como se produce, su relación con el embarazo y cómo tratarla adecuadamente.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca la candidiasis vaginal durante el embarazo, 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

En cuanto a los cuidados a seguir, el tratamiento puede ser tanto tópico como tópico. La mayoría de las infecciones por hongos responden bien al tratamiento sin causar mayor problemática y desapareciendo relativamente pronto.

Los antimicóticos más usados habitualmente para combatir la candidiasis son: Clotrimazol, miconazol, tioconazol o el butoconazol

Prevención.

Hay varios consejos a modo de prevención que sirven para reducir el riesgo de infección genital femenina por candidiasis.

- Emplear ropa interior que sea totalmente de algodón
- No usar ropa ajustada
- Evitar el contacto de productos femeninos perfumados con la zona vaginal
- No usar prendas que se encuentren húmedas o mojadas durante largos períodos de tiempo
- Empleo de preservativos en las relaciones sexuales
- Controlar adecuadamente la diabetes si se padece
- Consumir probióticos
- No tomar medicamentos sin prescripción por parte del médico especialista

-Mantener una correcta higiene de la zona vaginal siempre procurando tenerla limpia y seca

Incidencia de la candidiasis durante el proceso de embarazo

Debido a los distintos cambios hormonales que se producen en el cuerpo de una mujer durante lo que dura el embarazo es muy probable que pueda contraer candidiasis aunque nunca lo haya padecido es probable que lo pueda padecer ahora

Este tipo de infección de origen micótico no supone grandes riesgos para el feto durante el proceso de gestación, pero si se descuida completamente se puede dar una infección que contamine con gérmenes el canal por el que el feto saldrá al dar a luz, esto puede provocar que el bebé desarrolle candidiasis oral o esofágica debido a la debilidad de su sistema inmune nada más nacer. La candidiasis no es suficiente motivo aún así para realizar una cesárea.

El tratamiento antimicótico más recomendado para tratar la candidiasis durante el embarazo es el uso de clotrimazol y pomada de miconazol.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, el crecimiento en exceso del hongo *Candida albicans* puede provocar candidiasis, este hecho tiene gran prevalencia durante los embarazos, puesto que el cambio hormonal que se produce en el sistema inmune de la mujer favorece esta proliferación de los hongos vaginales, no obstante, es una de las infecciones más comunes que contraen la mayoría de las mujeres y afectan al sistema de reproducción femenino. Tiene una gran respuesta tanto al tratamiento preventivo como al tratamiento antimicótico, pero puede suponer un problema para el feto si la infección no es tratada adecuadamente y se extiende pudiendo este contraerla durante el parto.

6 Bibliografía

M. García Heredia, S. D. García. Prevalencia de candidiasis vaginal en embarazadas. Identificación de levaduras y sensibilidad a los antifúngicos. 2017. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-75412006000100003

Factores de riesgo asociados a infección vaginal en mujeres embarazadas. Scielo. 2019. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000300430

Capítulo 29

MÁS VALE PREVENIR QUE AMPUTAR. ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

LUCIA OBESO ALMEIDA

ALBA PÉREZ FERNÁNDEZ

COVADONGA BENEGASI ÁLVAREZ

MARINA MAYO ALONSO

MARTA SEIVÁNEZ IGLESIAS

1 Introducción

En la actualidad existen más de 400 millones de personas diagnosticadas con diabetes mellitus (DM) y la incidencia está aumentando considerablemente. La edad, la obesidad y el sedentarismo aumentan el riesgo de padecerla y se asocia a un gran riesgo cardiovascular.

La enfermedad del pie diabético es la complicación más grave, con una probabilidad de desarrollar una úlcera de pie diabético (UPD) del 15-25%, que puede llegar a provocar la amputación de la extremidad inferior si no se trata adecuadamente. El 80% de los casos de esta complicación pueden prevenirse, evitando así situaciones de discapacidad, afectación de la calidad de vida del paciente e incremento del gasto sanitario.

Para reducir las complicaciones es de vital importancia llevar a cabo estrategias preventivas que se centren en el control de la DM, haciendo hincapié en la detección temprana, la educación al paciente y a los profesionales sanitarios, el tratamiento multidisciplinar y un seguimiento de calidad por parte de su enfermera/o de atención primaria (AP).

Se debe asegurar un buen control glucémico, tratamiento de comorbilidades, educación diabetológica al paciente y familiares, derivación al especialista en caso necesario y exploración tanto sensitiva como vascular del pie mediante palpación de pulsos, la prueba del monofilamento de Semmes-Weinstein, la percepción de vibración con un diapasón y realizar el índice tobillo brazo si está indicado.

El control periódico y la intensa educación sanitaria para empoderar a los pacientes e involucrarlos en la gestión de su salud, hacen que el papel de enfermería sea fundamental en este proceso.

2 Objetivos

- Destacar la importancia del papel de enfermería en la prevención de las úlceras del pie diabético
- Describir los cuidados necesarios por parte de enfermería en el seguimiento de la DM y prevención de complicaciones.

3 Caso clínico

Varón de 54 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias por molestias en el pie derecho.

El paciente tiene antecedentes de DM tipo II insulínica, hipertensión y Crohn. Refiere buen control de la diabetes ya que “casi siempre se pone bien la insulina” y según refiere “hace mucho que no visita a su enfermera porque siente que su azúcar está bien, ya que no come muchos pasteles”.

No figuran visitas al servicio de Urgencias ni ingresos hospitalarios en los últimos 2 años; aunque la información clínica que se obtiene es insuficiente ya que es originario de Portugal y no se dispone de un historial médico completo. Es fumador, totalmente independiente (Barthel 100), vive con su mujer y no precisa soporte externo.

A la exploración se observa una pequeña zona con necrosis en el calcáneo derecho, dolorosa a la palpación, causada por presión de una hiperqueratosis de larga duración. En la analítica se detecta una glucemia de 268 y una hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 11,2%. El tratamiento con corticoides para su enfermedad de Crohn le provocó numerosos episodios de hiperglucemia.

Ingresa a cargo de Cirugía Vascular en hospital, donde se realiza desbridamiento quirúrgico del pie. Se aprecia defecto de cobertura plantar con exposición de calcáneo derecho, arteriografía con baja permeabilidad de los tres troncos distales, con calcificación severa de los mismos. Los cultivos intraoperatorios resultan positivos con signos sugestivos de osteítis sin poder descartar osteomielitis, por lo que se inicia tratamiento antibiótico endovenoso.

Dos semanas más tarde, se lleva a cabo una calcanectomía parcial con cobertura con colgajo libre microquirúrgica de muslo izquierdo anterolateral, y se aplica tratamiento con terapia de presión negativa (TPN).

Tres semanas más tarde y debido a la mala evolución y necrosis del miembro, se lleva a cabo la amputación del pie derecho.

Tras una semana, el paciente pasa a cargo de la unidad de hospitalización a domicilio para el seguimiento de la herida quirúrgica, cobertura antibiótica endovenosa mediante vía central subclavia y educación sanitaria sobre la diabetes.

Durante 6 semanas se llevó a cabo una intervención educativa para una mejora del control metabólico, factores de riesgo cardiovascular, adherencia al tratamiento, autocontrol, autocuidados y motivación del paciente.

Una vez estabilizado su control metabólico, se planificó el alta, asegurando una transición segura, con seguimiento de su patología por el equipo de AP para la rehabilitación del miembro y continuidad del control de su patología crónica.

4 Discusión-Conclusión

La gran prevalencia de úlceras de pie diabético y la dificultad de manejo que implican, justifica la necesidad de implantar estrategias encaminadas a la prevención de posibles complicaciones en pacientes con DM, basadas en una atención integrada e integral de calidad en las consultas de enfermería de AP.

El tratamiento preventivo consiste en el trabajo organizado de un equipo mul-

tidisciplinar, que realice controles periódicos para identificar el pie de riesgo y así tratar de manera precoz los signos de alarma, además de llevar a cabo una atención adecuada y precoz a las úlceras.

La función de enfermería es de vital importancia dentro del equipo multidisciplinar. Se debe conseguir una atención integral del paciente diabético, que incluya la evaluación del pie además de un buen control metabólico, para reducir las cifras de ulceración y amputación en nuestro país.

Se ha demostrado que la educación del paciente diabético es un elemento esencial para retrasar la aparición o la recurrencia de las UPD, pudiendo así ayudar a prevenir las amputaciones.

Dicha educación debe basarse en la importancia de realizar controles regulares por un profesional, el autocuidado de los pies incluyendo consejos sobre el calzado adecuado, la higiene adecuada de los pies y el cuidado de las heridas. También se deben enseñar habilidades específicas al paciente, como el cuidado de las uñas de los pies o la necesidad de acudir a un podólogo para ello.

La educación debe ser llevada a cabo de manera estructurada y organizada, individualmente en la consulta o en pequeños grupos de personas. Es importante que esté adaptada a la población a la que va destinada, sea apropiada culturalmente y considere los conocimientos de salud y las circunstancias personales de cada paciente o familia.

Es fundamental, no solo educar a los pacientes y sus familiares, sino también hacerlo de forma periódica a los profesionales de la salud involucrados en el proceso de cuidado de estos pacientes, para así llevar a cabo una intervención más efectiva durante o incluso antes de la ulceración.

5 Bibliografía

1. Talaya-Navarro, Emma, Tarraga-Marcos, Loreto, Madrona-Marcos, Fatima, Romero-de Avila, JM, & Tárraga-López, Pedro Juan. (2022). Prevención de amputaciones relacionadas con el pie diabético. *Journal of Negative and No Positive Results*, 7(2), 235-265. Epub 01 de agosto de 2022.<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4450>
2. Blasco Gil, S. (2015). Consulta de Enfermería para la valoración de pie diabético. Una oportunidad de mejora. *Metas enferm*, 6-12.
3. Alfayate García JM, Sánchez Ríos JP, de Benito Fernández L, Cáncer Pérez S,

Criado Galán F, Gutiérrez Baz M. (2012). Revisión de las recomendaciones actuales y protocolos de actuación en prevención del pie diabético. *Angiología* 64 (Esp Cong):76-81.

4. Martínez, L. V., Crespo, A. L., & Cruz, L. G. (2017). Pie diabético: Factores de riesgo y prevención. *Acercamiento multidisciplinar*, 141.

5. Alpízar, C. M. C., & Valenciano, L. R. (2018). Intervenciones de enfermería para mejorar la calidad de vida de las personas con pie diabético/Nursing interventions to improve the quality of life of people with diabetic foot/Intervenções de enfermagem para melhorar a qualidade de vida das pessoas... *Journal Health NPEPS*, 3(2), 566-582.

Capítulo 30

VITAMINA B12: ADMINISTRACIÓN ORAL VERSUS INTRAMUSCULAR

LUCIA OBESO ALMEIDA

COVADONGA BENEGASI ÁLVAREZ

MARINA MAYO ALONSO

MARTA SEIVÁNEZ IGLESIAS

1 Introducción

La falta de vitamina B12 o cobalamina en nuestro organismo es frecuente y el número de casos aumenta con la edad.

Las principales causas de deficiencia de vitamina B12 son el bajo aporte exógeno, la mala digestión y la malabsorción de la vitamina; siendo esta última la causa más común de deficiencia.

Clínicamente puede causar anemia megaloblástica, alteraciones neuropsiquiátricas u otras afectaciones, entre las que destaca la clínica digestiva inespecífica como diarrea, glositis, y anorexia.

La detección de la deficiencia se suele analizar mediante la determinación de vitamina B12 en sangre (normal: 150-900 pg/ml). No existe una recomendación general para realizar un cribado poblacional de dicha deficiencia, aunque algunos estudios sugieren analizar sus valores cada 5 años en los pacientes mayores de 50 años, y de manera anual a partir de los 65.

Actualmente en España, la vitamina B12 está comercializada exclusivamente en viales inyectables. Por ello, la prescripción en pastillas o en solución oral se debe realizar como fórmula magistral por parte de un facultativo.

En general, las personas con deficiencia de vitamina B12 son tratadas en los centros de atención primaria (AP) con vitamina B12 intramuscular (IM). Como alternativa existe la vía oral, que supondría una disminución de costes frente a la vía intramuscular, ya que evitaría los riesgos e inconvenientes que ésta implica y supondría un mayor confort para los pacientes por su facilidad de uso, lo que ayudaría a fomentar la adherencia terapéutica al tratamiento y la menor iatrogenia que supone la vía parenteral; teniendo la misma eficacia que ésta. Solo existe contraindicación de la vía oral en pacientes con incapacidad para deglutir o que presenten diarrea o vómitos.

2 Objetivos

- Analizar la evidencia científica sobre efectividad de la administración oral de vitamina B12 frente intramuscular para el tratamiento de su deficiencia.
- Evaluar los efectos de la administración de vitamina B12 oral versus vitamina B12 intramuscular en pacientes con deficiencia.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se han consultado las siguientes bases de datos: PubMed, Google Académico, Medline, Scielo; seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Los idiomas utilizados han sido el castellano y el inglés.

4 Resultados

El déficit de vitamina B12 se suplementa en la mayoría de los casos mediante aporte externo de la misma por vía intramuscular a pesar de que existe abundante evidencia que justifica su administración de manera efectiva mediante vía oral.

La evidencia obtenida en diversos estudios sugiere que la administración de dosis diarias elevadas (1-2 mg) de vitamina B12, puede ser suficiente para asegurar los

valores a través de la absorción pasiva intestinal, siendo igual de efectiva que la administración intramuscular.

Esta dosis de cobalamina oral diaria ha demostrado buenos resultados a largo plazo, incluso en ausencia de factor intrínseco (FI), que es el que permite la absorción de la misma en el organismo.

El tratamiento con vitamina B12 oral supondría una reducción del coste a aproximadamente un tercio del actual, al compararlo con el tratamiento inyectado, teniendo en cuenta el gasto derivado de las consultas regulares, material empleado, desplazamientos al centro sanitario o al domicilio. Además, no se han descrito efectos dañinos no deseados sobre la sobredosificación de vitamina B12 por vía oral y esta opción de tratamiento evitaría las complicaciones propias de las inyecciones.

Es recomendable realizar un control analítico para valorar las cifras y eficacia de B12 y el hemograma a los 2-3 meses de tratamiento. En caso de no existir mejoría, se debe valorar la terapia por vía parenteral, siendo ésta la vía de elección de inicio en los casos de deficiencia grave, con alteraciones neurológicas secundarias importantes, que requieran una corrección inmediata.

A pesar de la evidencia disponible, la opción del tratamiento oral continúa sin ser conocida ni aplicada y la mayoría de los pacientes tratados siguen recibiendo cobalamina de manera intramuscular.

Suecia es de los únicos países en los que se utilizan los suplementos orales de B12 a dosis altas como primera opción en el tratamiento de la deficiencia desde hace años, con buenos resultados y seguridad a muy largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

La deficiencia de vitamina B12 es un problema prevalente, especialmente en ancianos.

La suplementación de cobalamina por vía oral a dosis de 1-2 mg al día, es una opción segura y eficaz en el tratamiento de la deficiencia de vitamina B12 en la mayoría de los casos.

En los pacientes estables tratados actualmente por vía intramuscular, se debe considerar el cambio a tratamiento oral. Las investigaciones que evalúan esta alternativa sugieren que el cambio de los pacientes al tratamiento oral con vitamina B12 supone ahorros importantes en términos de costos financieros, ya que se reduce

en gasto de material, número de consultas y desplazamientos, actuaciones por parte tanto del profesional de medicina como de enfermería; y además aumenta la comodidad para el paciente; siendo todo ello lo que destaca la preferencia oral.

6 Bibliografía

1. Suárez, J. M., Recuero, I. M., & Laguno, C. P. (2003). Deficiencia de vitamina B12 y tratamiento por vía oral. Una opción tan eficaz como (todavía) poco utilizada. *Atención primaria*, 32(6), 382.
2. Butler, C. C., Vidal-Alaball, J., Cannings-John, R., McCaddon, A., Hood, K., Papaioannou, A. & Goringe, A. (2006). Oral vitamin B12 versus intramuscular vitamin B12 for vitamin B12 deficiency: a systematic review of randomized controlled trials. *Family practice*, 23(3), 279-285.
3. Bial, A. K. (2006). Limited evidence from 2 randomised controlled trials suggests that oral and intramuscular vitamin B12 have similar effectiveness for vitamin B12 deficiency. *Evidence-based Medicine*, 11(1), 9-9.
4. Araya, F., Arias, H., Hernández, M., Inostroza, Ú., & Urzúa, M. J. (2016). Efectividad de la administración oral versus intramuscular de vitamina B12 en pacientes con deficiencia: revisión sistemática. *Revista chilena de nutrición*, 43(2), 180-187.

Capítulo 31

IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA NEONATAL. GUÍA ÚTIL PARA MATRONAS/ENFERMERAS

SARAY ADAN RODRIGUEZ

EVA ZULET MURILLO

MIREN IZCO OREJA

IRAIA SERRANO ALONSO

MIREN AZNAREZ IBAÑEZ

1 Introducción

La hipoglucemia neonatal es una de las alteraciones metabólicas más frecuentes que se dan en el recién nacido (RN), su prevalencia varía dependiendo de la edad gestacional del neonato.

El equilibrio metabólico se altera cuando hay desequilibrio entre el aporte de glucosa y su utilización, ya sea por una producción menor de glucosa y un requerimiento aumentado o incluso normal por parte del neonato o, por el contrario, una producción normal o aumentada de glucosa y un consumo excesivo de la misma.

El mantenimiento de la normoglucemia durante el período neonatal va a depender de la presencia de reservas de glucógeno y de grasa adecuadas, de una trans-

formación óptima de glucosa a partir de dichas reservas y de una obtención efectiva de glucosa en periodos de ayuno; en definitiva, debe existir una conveniente adaptación en el RN desde el punto de vista endocrino y gastrointestinal con el ayuno y la alimentación.

El metabolismo cerebral supone un 60- 80% del consumo diario de glucosa total, por lo que es de suma importancia el diagnóstico precoz de la hipoglucemia neonatal y así detectar los signos y síntomas que de ella derivan comprometiendo el sistema nervioso central.

Los RN pueden desarrollar una hipoglucemia transitoria durante las primeras horas de vida, considerándose fisiológica sin existir otros factores de riesgo asociados; por ello, resulta complicado fijar una cifra concreta para todos ellos.

La mayoría de autores coinciden en relacionar la concentración de glucosa en sangre con la presencia de síntomas y signos unidos a la edad gestacional para realizar un diagnóstico adecuado.

< 40 mg/dL (< 2,2 mmol/L) en recién nacidos a término sintomáticos.

< 45 mg/dL (< 2,5 mmol/L) en recién nacidos a término asintomáticos entre 24 y 48 h de vida.

< 30 mg/dL (< 1,7 mmol/L) en recién nacidos prematuros en las primeras 48 h.

2 Objetivos

Dar a conocer una guía para la correcta identificación de la hipoglucemia neonatal.

3 Metodología

Para la elaboración de la siguiente guía se ha realizado una búsqueda de artículos relacionados en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane, Scielo y Dialnet seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se ha consultado paralelamente los protocolos actualizados de la Asociación Española de Pediatría (AEP) y protocolos actualizados de diferentes centros de referencia.

4 Resultados

CLÍNICA

Los síntomas de la hipoglucemia pueden ser inespecíficos y la expresividad y gravedad de los mismos pueden tener variabilidad de un paciente a otro. Se debe tener en cuenta, que a menor edad gestacional menos evidentes pueden ser las manifestaciones. Entre los síntomas y signos más frecuentes nos encontramos:

- Cambios en el nivel de conciencia, irritabilidad, llanto anormal, letargia, estupor.
- Apatía, ligera hipotonía.
- Temblores.
- Pobre succión y alimentación, vómitos.
- Respiración irregular, taquipnea, apnea.
- Cianosis.
- Convulsiones, coma.

En la exploración física del RN se deberán buscar signos que nos hagan sospechar de patología de base, como defectos genéticos que pueden afectar a la línea media facial o hepatomegalia, que se observa cuando existen alteraciones metabólicas como defectos en la gluconeogénesis o galactosemia.

Los síntomas que se presentan ante una hipoglucemia neonatal son semejantes a otros que se pueden dar en el mismo periodo y que corresponden a otras afecciones, como puede ser una infección neonatal, un cuadro de hipoxia o isquemia perinatal, alteraciones iónicas, etc.; por ello, se debe descartar otra causa distinta o asociada antes de diagnosticar puramente una hipoglucemia neonatal.

FACTORES DE RIESGO

- Feto pequeño para la edad gestacional (PEG) o grande para la edad gestacional (GEG).
- Feto con crecimiento uterino retardado (CIR).
- Prematuridad, menor a 37 semanas de gestación.
- Hijos de madre diabética.
- Enfermedad hemolítica de Rh.
- Enfermedad genética como el Síndrome Beckwith-Wiedemann.
- Estrés perinatal: hipotermia, sepsis, policitemia, asfixia perinatal.
- Exposición materna a fármacos como hipoglucemiantes orales, propranolol, labetalol, corticoides prenatales, terbutalina, entre otros.
- Otros: Síndrome de desregulación de islotes pancreáticos, adenoma en islotes

pancreáticos, insuficiencia adrenal, deficiencia hipotalámica y/o hipopituitaria, errores congénitos del metabolismo.

ETIOLOGÍA

1. Aumento en la utilización periférica de glucosa. a) Hiperinsulinismo transitorio.

La causa más habitual es ser hijo de madre diabética; la eritroblastosis fetal por incompatibilidad Rh, la toma de drogas maternas o el síndrome de Wiedmann-Beckwith también pueden ser causa de hiperinsulinismo. b) Hiperinsulinismo persistente.

Se dan alteraciones primarias de las células beta del páncreas, puede ser por una hiperplasia o por alteraciones genéticas que afectan a diferentes enzimas.

2. Insuficiente aporte de glucosa endógeno o exógeno.

Se produce por bajos niveles de glucosa en sangre, ya sea por una inadecuada conversión por poca disponibilidad como puede darse en RN pretérminos (RNPT), CIR o ante estrés perinatal; o por déficit de aporte enteral o parenteral debido a un retraso o imposibilidad de alimentación debido a diversas situaciones.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se sospecha por la clínica y se confirma mediante determinación de la glucosa en sangre, siendo el valor de referencia cifras inferiores a 45mg/dl (2,5 mmol/L) en el momento de aparición de síntomas.

La monitorización de las cifras de glucosa estaría indicada en los RN asintomáticos que presentes factores de riesgo, en RN que presenten sintomatología y en aquellos que nos hagan sospechar de patología de base con riesgo aumentado de hipoglucemia.

Revisando la bibliografía disponible, existen diferentes pautas para la determinación de glucosa en RN asintomáticos con factores de riesgo, sería aceptable realizar una medición en las 2 primeras horas de vida y cada 2-3 horas de manera preprandial pudiendo suspender las determinaciones a las 12 horas de vida si son estables en hijos de madre diabética o GEG, o prolongarlas hasta las 24 horas para los PEG o RNPT; solo se continuará si las cifras se encuentran por debajo de 45mg/dl o la valoración clínica así lo indique.

TRATAMIENTO

El principal objetivo del tratamiento será asegurar un aporte suficiente de glucosa que nos haga restablecer valores que entren dentro de los límites de la nor-

malidad, ya sea por vía enteral o parenteral dependiendo del caso en concreto.

En los RN pertenecientes a los grupos de riesgo se deberá prestar atención a iniciar la alimentación de forma precoz, a ser posible en la primera hora de vida y mantener una ingesta cada 2- 3 horas.

Hipoglucemia no sintomática

1) Niveles de glucosa por debajo de 45mg/dl pero no inferior a 30mg/dl.

- Valorar administrar glucosa al 5-10% (10ml/kg) vía oral (vo)

- Repetir en 20-30 min si fuera necesario.

Si los valores se normalizan, establecer tomas cada 2-3 h y controles prepandriales o cada 2 horas.

Cuando existe la posibilidad de aporte por vía enteral se podrán barajar otras alternativas de tratamiento según las posibilidades terapéuticas que ofrezca cada centro. Entre ellas nos encontramos:

- Gel de dextrosa al 40% 0,5 ml/kg por vía transmucosa, aplicándolo en el interior de ambas mejillas. Buena biodisponibilidad por evitar el primer paso hepático. Posibilidad de repetición si no obtuviéramos respuesta a los 20 min. Es recomendable en los RN a término o pretérminos tardíos. Evitar en RNPT y PEG.

- 5 ml/kg de leche extraída o en su defecto leche artificial (LA).

Si lactancia materna, colocar al RN al pecho posteriormente en ambas opciones.

2) Niveles inferiores a 30 mg/dl o no tolerancia oral.

- Administrar glucosa al 10% en perfusión por vía intravenosa (IV) a dosis de 6-8 mg/kg/min.

Al normalizarse la glucemia se introducirá progresivamente la alimentación enteral.

Hipoglucemia sintomática.

- Glucosa en bolus a dosis de 2ml/kg/IV de glucosa al 10% (200mg/kg/IV).

No debe utilizarse glucosa a mayor concentración porque incrementa la secreción de insulina y produce hipoglucemia de rebote.

Tras la corrección de la glucemia, se establecerá pauta de mantenimiento en perfusión continua de 6-8 mg/kg/min. Se podrá incrementar hasta valores de 15mg/kg/min, con tope en 20 mg/kg/min, hasta normalizar los valores.

Si tiene convulsiones se administrará bolus a dosis 4ml/kg/IV de glucosa al 10% (400mg/kg/IV).

Se utilizará glucagón con dosis 0,1 mg/kg/IM, cuando el aporte necesario para mantener unos niveles de glucemia sea superior a 12mg/kg/min.

El glucagón se utilizará como medida temporal y en RN que tengan unos adecuados depósitos de glucógeno.

Con cifras de glucosa menor a 10mg/dl y si estas son prolongadas o repetidas en el tiempo, pueden aparecer complicaciones neurológicas severas, por lo que los RN pueden tardar en mostrar mejoría tras el aporte exógeno de glucosa.

5 Discusión-Conclusión

La hipoglucemia neonatal es un trastorno frecuente los primeros días de vida.

Una prevención en la aparición de un episodio de hipoglucemia neonatal y cuando este sucede, un control rápido del mismo, disminuirá la probabilidad de efectos adversos desde el punto de vista neurológico mejorando el pronóstico a largo plazo.

En los RN pertenecientes a los grupos de riesgo se deberá prestar atención a iniciar la alimentación de forma precoz, a ser posible en la primera hora de vida y mantener una ingesta cada 2- 3 horas. En dichos grupos se medirá los niveles de glucosa dentro de las 2 primeras horas de vida y se establecerán controles periódicos, si así se precisa.

Las causas más frecuentes son depósitos deficientes de glucógeno, retraso en la alimentación e hiperinsulinemia.

Se deberá comprobar con una glucemia capilar cualquier cuadro en el RN de temblor, sudoración, llanto agudo, irritabilidad, succión débil, hipotonía o convulsiones, o cualquier otro cuadro que nos haga sospechar de una hipoglucemia neonatal.

Debemos contemplar la evolución del RN, la clínica, la respuesta a la ingesta y la existencia o no de enfermedad subyacente y no sólo fijarnos en el valor de la glucemia.

El tratamiento consistirá en alimentación enteral o dextrosa IV.

Actualmente se está experimentando con otras alternativas terapéuticas para RN de riesgo o hipoglucemias no muy severas, siendo el gel oral de dextrosa al 40% un tratamiento de primera elección por su bajo coste económico y por no presentar interferencias con la lactancia materna ni en el binomio madre-hijo.

Se deberá garantizar que el RN que ha precisado tratamiento, al alta, es capaz de

mantener unas cifras de glucosa estables con una ingesta adecuada y autosuficiente.

6 Bibliografía

1. Martínez M. Características, diagnóstico, manejo y tratamiento en la hipoglucemia neonatal. [Internet]. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2020 [citado el 16 de nov de 2022]. Disponible en: (<https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8467>)
2. Buitrago-Leal M, Molina-Giraldo S. Seguridad y efectividad de los hipoglucemiantes orales en mujeres con diabetes gestacional. Revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex.* 2014;82(07):454-464.
3. Navarro Torres M., Sanz Peña N., Aguado Jimenez AC., Martínez Hernando L., Peñalva Boronat E., Ballarín Ferrer A. Gel de dextrosa en el manejo de la hipoglucemia neonatal *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol. 2, Nº. 7 (Edición Julio), 2021
4. Fernández Lorenzo JR., Couce Pico M., Fraga Bermúdez JM. Hipoglucemia neonatal *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología.*
5. África Pertierra Cortada, Isabel Iglesias Platas. Servicio de Neonatología. Unitat Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universidad de Barcelona. Esplugues de Llobregat. Barcelona. España
6. Comité de Estudios Feto-Neonatales. Hipoglucemia neonatal: revisión de las prácticas habituales. *Arch Argent Pediatr* 2019;117 Supl 5:S195-S204.
7. Pérez-Moneo Agapito B, Cuestas Montañés E. Geles de dextrosa: buena opción para hipoglucemias neonatales asintomáticas. *Evid Pediatr.* 2022;18:34.
8. Edwards T, Liu G, Battin M, Harris DL, Hegarty JE, Weston PJ, Harding JE. Oral dextrose gel for the treatment of hypoglycaemia in newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 3. Art. No.: CD011027. DOI: 10.1002/14651858.CD011027.pub3.
9. Ynguil Amaya William, Caciaño Leiva Berardo, Vega Díaz Hugo, Bravo Avilés Juan. Factores de riesgo asociados a hipoglucemia en recién nacidos. *Acta méd. Peru* [Internet]. 2022 Ene [citado 27 de Nov de 2022]; 39(1): 65-72. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172022000100065&lng=es. Epub 05-Ene-2022. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2022.391.2279>.
10. Leiva Gea I, Ramos JM, Borrás Pérez V, López Siguero JP. Hipoglucemia. *Protopediatr.* 2019;1:171-82.

- 11.Flores-Compadre, José Luis, Cruz, Felipe, Orozco, Gabriela, VélezAlicia Hipoxia perinatal y su impacto en el neurodesarrollo. Revista Chilena de Neuropsicología [en línea]. 2013, 8(1), 26-31[fecha de Consulta 20 de Nov de 2022]. ISSN: 0718-0551. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179328394005>
- 12.Hernández C M Isabel, Hodgson B M Isabel, Cattani O Andreina. Hiperinsulinismo neonatal persistente: Análisis del diagnóstico diferencial a propósito de dos casos clínicos. Rev. méd. Chile[Internet]. 2004 Ago [fecha de consulta 21 de nov de 2022]; 132(8): 995-1000. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000800013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000800013>.

Capítulo 32

ESTUDIO SOBRE LA ANOREXIA

ALMA MARIA LLENIN MARTINEZ

EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO

NOELIA GARCIA LOPEZ

TANIA DÍAZ MÉNDEZ

AURINA ROJO LONGO

1 Introducción

La anorexia es un trastorno neurótico que se caracteriza por un rechazo a los alimentos. Se observa generalmente en el 2,8 por ciento de mujeres y el 0,9 por ciento de hombres, estos trastornos más frecuentes entre jóvenes con una prevalencia estimada en 3,06 por ciento entre las jóvenes menores de 22 años.

Tras la pandemia, los casos de anorexia en España se han manifestado en menores que requieren el ingreso directo.

En los últimos años han aumentado los trastornos en la conducta alimentaria por la sobreexposición de los jóvenes a las redes sociales en las cuales se nos presenta un modelo de joven necesariamente delgado, guapo y con unas determinadas características corporales

La anorexia va acompañado de vómitos provocados, adelgazamiento extremo y desaparición de la menstruación en el caso de las mujeres.

Esta pérdida de peso está originada por el propio paciente a través de una disminución de la ingesta, abuso de laxantes y diuréticos y ejercicio en exceso.

Es un trastorno que no solo afecta a los kilos, parte muy importante, ya que esa pérdida de kilos puede llevar a la muerte, pero también a un daño cerebral de la persona que lo padece.

Es posible que existan momentos en que sea necesario un ingreso hospitalario, para realizar un tratamiento adecuado en cada momento para poder tener un buen pronóstico, para realizar un ingreso hay que tener unos criterios psicológicos, físicos y socio familiares.

2 Objetivos

Describir aspectos a tener en cuenta en relación con la anorexia y los pacientes que sufren este trastorno de la alimentación.

Indicar recomendaciones para los familiares de los pacientes con anorexia.

Señalar el papel del TCAE en el cuidado de los pacientes con este trastorno.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica 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 anorexia es una enfermedad grave que puede llegar a provocar la muerte.

Es un trastorno de alimentación que se caracteriza por el peso corporal anormalmente bajo, el temor intenso a aumentar de peso y la percepción distorsionada de la imagen. Para las personas con anorexia es muy importante controlar su peso y su figura corporal, y hacen todo tipos de conductas poco saludables encaminadas a seguir con su propósito de disminuir su peso corporal.

Cuando en ocasiones la enfermedad es ya muy grave, es paciente está deshidratado, desnutrido... a veces es necesario ingresar al paciente en un hospital.

Para evitar aumentar de peso o para seguir adelgazando, las personas anoréxicas suelen restringir demasiado la cantidad de comida que consumen para contro-

lar las calorías. En realidad la anorexia no se trata de la comida, es una manera extremadamente poco saludable de afrontar problemas emocionales.

El médico y la enfermera de atención primaria pueden brindar ayudas al paciente con anorexia, supervisando la necesidad de calorías y el peso.

Los profesionales de salud mental llegado el caso pueden trabajar con el paciente estrategias de comportamiento alimenticio para volver a un peso saludable.

La mejor manera de evitar la anorexia es mediante una correcta educación dietética desde la infancia, esto ayudará a nuestros hijos a alimentarles mejor y así detectar a tiempo el problema.

Algunas recomendaciones para las familias de un paciente con anorexia, son:

Confiar en la saciedad del paciente y evitar forzarlos.

Apagar móviles, tabletas y otros dispositivos fuera de la mesa.

Preferentemente comer todos los miembros de la familia lo mismo ,aprovechar el momento para la conversación y la compañía.

Fomentar la comunicación familiar, es importante que se sientan escuchados.

Incluir en el menú variedades de alimentos sanos, sustituir los alimentos industriales, limitar la ingesta de dulces, comer verduras y hortalizas, poner horarios de comidas y reforzar su independencia y animarles a que creen su personalidad y el día de mañana no se vean vulnerables ante las opiniones de los demás.

La TCAE está muy presente en el tratamiento para la recuperación de las personas con trastornos de la alimentación, supervisar que se tome la medicación, acompañamiento a las duchas, baño y horas de la comida, es muy importante que se tenga comprensión y delicadeza y empoderarles y hacerles ver que se puede salir de esto.

Para prevenir la anorexia es importante enseñar desde pequeños la importancia de seguir hábitos saludables en la alimentación, establecer horarios de comida, repartir las comidas en cuatro o cinco veces al día, comer en familia en un entorno apacible que facilite la conversación.

5 Discusión-Conclusión

En una anorexia es más importante prevenirla que curarla. La familia juega un papel muy importante en la prevención de la anorexia, observando, supervisando y dialogando mucho con la persona que sufre esta enfermedad. También puede ser de gran ayuda el centro escolar, los compañeros (bien de trabajo o de clase), los amigos o cualquier persona cercana.

Entre los hábitos recomendables están hacer cinco comidas al día, y que dichas

comidas sean lo más variadas y saludables posible, comer en familia, procurando que la hora de la comida sea amena, agradable, evitando ver la televisión, móviles...

Una vez que la persona afectada reconoce que tiene esta enfermedad, que la mayoría de las veces es muy difícil que lo reconozca, es importante ponerse en manos de personal especializado que pueda ayudar. Los especialistas en el tratamiento para la anorexia son los psicólogos y los psiquiatras, que en casos no muy graves nos guiarían para adquirir buenos hábitos alimentarios.

6 Bibliografía

1. Segan, Joseph c (2006). Concise dictionary of Modern Medicine NEU york: McGraw.
2. Muñiz r. Dos Santos, hospitalización integral para tratamiento del trastorno alimentario.
3. Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A. Eating disorders. New Eng J Med 1999: 1092-1098.
4. Alarcon RD, Mazzotti G, Nicolini H. Psiquiatría. 2° ed. México: Editorial el Manual Moderno; 2005: 519-527.
5. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. A J Psychiatr 2002,159(8): 1284-1293.

Capítulo 33

LA ALIMENTACIÓN EN LA TERCERA EDAD

AURINA ROJO LONGO

EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO

NOELIA GARCIA LOPEZ

TANIA DÍAZ MÉNDEZ

ALMA MARIA LLENIN MARTINEZ

1 Introducción

A medida que aumenta la esperanza de vida en los países desarrollados aumenta la población envejecida.

En nuestro país las personas mayores de 65 años se han duplicado en los últimos años. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2018), el 17% de la población ha superado ya esta edad en nuestro país y se prevé que este porcentaje llegue hasta el 30% en el año 2050.

El proceso de envejecimiento conlleva una serie de cambios corporales, fisiológicos y funcionales que modifican las necesidades nutricionales de las personas.. Un estudio del Consejo General de Colegios Farmacéuticos Españoles señala que el 22,1% de los mayores de 65 años de nuestro país están en riesgo de desnutrición. Es importante que la gente mayor se conciencie de mantener una alimentación variada y saludable de acorde con su edad.

Los mayores de 65 años deben seguir una dieta equilibrada, variada y rica en todos los nutrientes aunque una buena nutrición debería seguirse en todas las edades.

En la tercera edad es más importante comer variado que comer mucho.

No todas las personas mayores necesitan el mismo aporte energético, ya que no todas realizan el mismo ejercicio físico.

Se deben cubrir los aportes necesarios y contribuir a una buena función renal.

2 Objetivos

Describir información importante a tener en cuenta en relación con la alimentación en la tercera edad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como Google académico y Scielo.

4 Resultados

En el proceso de envejecimiento se van deteriorando órganos, esto conlleva a determinados cambios fisiológicos irreversibles influyendo en la salud y la nutrición del mayor.

Algunos datos importantes a tener en cuenta respecto a la alimentación en la tercera edad son:

El 60 % de las proteínas deben ser de origen animal: carnes magras dos o tres veces por semana, pescado tres o cuatro veces por semana, y unos tres o cuatro huevos semanales, cocidos o pasados por agua.

El 40% restante debe estar compuesto por proteínas de origen vegetal, legumbres y verduras o de legumbres y cereales, dos veces por semana.

El 30% de las calorías totales que ingiere el mayor y han de predominar los ácidos grasos como insaturados.

El 60% del aporte energético diario y estar compuesto en su mayoría por hidratos de carbono, arroz, fideos, pasta, cereales integrales y pan. Los hidratos simples como el azúcar se deben reducir al mínimo

Los minerales y vitaminas deben cubrir las necesidades de estos nutrientes al consumir dos o tres raciones de lácteos al día, dos o tres raciones de verduras y hortalizas y dos o tres raciones de fruta.

Mantener una dieta variada y equilibrada es lo idóneo para cualquier persona salvo que por alguna enfermedad, el médico, pueda poner algunas limitaciones. En la tercera edad en el caso de que existan dificultades para la masticación, se debe proceder a una dieta blanda y rica en vitaminas, basada en carnes picada o guisada con textura blanda, pescados cocidos, verduras hervidas o purés, macedonia de frutas o en puré, compota, y quesos frescos.

Es importante que el anciano haga varias comidas al día en cantidades no muy grandes, sobre todo en la cena, que ha de ser ligera. Debemos evitar periodos de ayuno muy largos. Se debe tener en cuenta las preferencias del anciano, no darle siempre lo mismo, llegando a un acuerdo hablándolo con el, lo que está en juego es su salud. Preparar platos apetecibles y de pequeño tamaño para que vea que es algo ligero.

5 Discusión-Conclusión

En las personas mayores la dieta debe ser diferente a cuando se es más joven, según aumenta la edad comienzan los problemas del tracto gastrointestinal, problemas de masticación y el intestino no absorbe tan bien. En las personas mayores puede disminuir el apetito, además si la persona se encuentra sola puede estar menos motivada a prepararse comidas, por lo general las personas mayores toman mucha medicación que también influye en la falta de apetito.

Una gran proporción de ancianos tienen problemas de malnutrición (desnutrición, sobrepeso u obesidad), problemas que aumentan el riesgo de mortalidad en el anciano.

En las casas, residencias, hospitales, centros de día hay que estar muy atentos a las necesidades del anciano y a su peso, hacer un seguimiento cada 15 días, no todas las personas necesitan la misma alimentación ni todas las personas llegan a poder hacer el mismo ejercicio por eso es necesario saber las necesidades de cada uno.

6 Bibliografía

1-Álvarez Hernández, J. Desnutrición y enfermedad crónica. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2012;5(1):4-16. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226797002>.

2-Lichtenstein A, Rasmussen H, Yu W. Epstein S, Russell R. Modified MyPyramid for older adults. *J Nutr.* 2008;138:5-11.

3-García de Lorenzo y Mateos A., Álvarez J., De Man F.. Envejecimiento y desnutrición: un reto para la sostenibilidad del SNS; conclusiones del IX Foro de Debate Abbott-SENPE. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2012 Ago [citado 2018 Mar 20] ; 27(4): 1060-1064. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000400013&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5979>.

Capítulo 34

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

TANIA DÍAZ MÉNDEZ

AURINA ROJO LONGO

ALMA MARIA LLENIN MARTINEZ

EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO

NOELIA GARCIA LOPEZ

1 Introducción

Las UPP (úlceras por presión) son lesiones en la piel que están relacionadas sobre todo con la falta de movilidad. Las personas de avanzada edad e inmovilizadas son las que a priori tienen mayor riesgo y probabilidad de desarrollarlas.

Las úlceras por presión conocidas también como escaras o úlceras por decúbito, son zonas de piel que se lesionan por permanecer durante mucho tiempo en una misma postura, manteniendo por tanto una presión continuada y prolongada en una determinada zona, lo que puede provocar una disminución de flujo sanguíneo, mermando la cantidad de oxígeno y causando por lo tanto lesiones en la piel.

Aunque la inmovilidad es el mayor factor de riesgo, existen otros factores no menos importantes que añaden riesgo, como pueden ser la diabetes, incontinen-
cia tanto urinaria como fecal, las infecciones, la pérdida de peso, una extrema
delgadez...

Algunas zonas son mas propensas que otras para la aparición de úlceras por pre-
sión y son las zonas de piel mas cercana a los huesos, tales como, tobillos, talones,
caderas, zona sacra, hombros...

Además de la presión, la fricción y el rozamiento son otros dos de los causantes
mas importantes de las úlceras por presión, ya que hacen que la piel sea mas
frágil.

2 Objetivos

Exponer el papel del TCAE ante las úlceras por presión.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo hemos realizado una amplia revisión bibliográfica so-
breescritos científicos ya publicados sobre úlceras por presión y también hemos
buscado en algunas de las principales bases de datos como son: Mayoclinic, Med-
line, Pubmed. También hemos buscado en diversas revistas sanitarias.

4 Resultados

La prevención es el mejor tratamiento para minimizar las lesiones de la piel y por
lo tanto evitar las úlceras por presión. El TCAE tiene un papel muy importante
en la prevención de las úlceras por presión de los pacientes ingresados en un hos-
pital. Para ello deberá revisar la piel cada día para detectar las zonas enrojecidas,
y si así fuese actuar a la mayor brevedad posible.

Es importante mantener la piel limpia y seca, haciéndolo con pequeños toques y
evitando frotar bruscamente, hidratándola a continuación.

En pacientes incontinentes es muy importante hacer cambios de pañales cada
poco tiempo, para así mantener la piel seca en todo momento. También se pueden
aplicar cremas que sirvan de barrera para evitar que la humedad esté en contacto
con la piel.

También debemos mantener la cama limpia evitando en lo posible arrugas en las sábanas, ya que aunque parezca insignificante una arruga, en pacientes sensibles, puede ser una causa de ulcerarse.

Los cambios posturales son una de las principales medidas a tomar para evitar las úlceras por presión. Estos deben realizarse como mínimo cada dos o tres horas, evitando el rozamiento con la cama y el arrastre del paciente.

Las UPP tienen diferentes estadios, dependiendo de la magnitud de la lesión:

- Estadio I, consiste en la piel enrojecida o eritematosa, que no cambia el color de la piel si se deja de ejercer presión durante 30 segundos. Solo afecta a la dermis y no es doloroso
- Estadio II, la piel aparece agrietada, afecta a dermis y epidermis
- Estadio III, puede suponer necrosis en el tejido subcutáneo, afectando a la hipodermis. Es muy dolorosa.
- Estadio IV, en este estadio el tejido necrótico daña el músculo, hueso, tendones...

5 Discusión-Conclusión

Mantener la piel limpia es muy importante, utilizando agua tibia, usando jabones neutros, secando con pequeños toques sin fricción, hidratar posteriormente la piel, exceptuando las zonas donde haya ya heridas.

También es importante un aporte regular de ingesta de líquidos.

Intentar conservar la piel seca en todo momento, procurando cambios de pañales a menudo. Así como realizar cambios posturales máximos cada 3 horas para evitar la presión continuada de la zona.

Siempre que el paciente pueda hacer algún movimiento por su cuenta es importante que el TCAE lo anime e incentive a moverse, bien sea solo, o prestándole el mismo su ayuda.

6 Bibliografía

1. Aranton Arecosa I, Bermejo Martínez M, Manzanero López E, Salvador Moran MJ, Segovia Gomez E, Úlceras por presión Prevencion y tratamiento. Madrid: Mayo 2010.
2. Joan Dalmau, Antonia Vila, Laura Peramiquel, Lluís Puig. Úlceras por presión. Elsevier [Internet] 2004; [Consultado el 12 Sep 2021] Vol.18 Núm.4; páginas 43-52. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-ulceras-por-presion-13061375>.

3. Mónica Guerrero Miralles. Úlceras por presión: un problema potencial en los servicios de urgencias colapsados. Scielo. 2008; Vol. 19 número 2. Disponible en: Úlceras por presión: un problema potencial en los servicios de urgencias colapsados (isciii.es).

Capítulo 35

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA COLOCACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO

JESSICA GARCÍA VICENTE

LORENA CASTRO PULGAR

RAQUEL CEA RODRIGUEZ

1 Introducción

El TCAE es muy importante en la colocación correcta del paciente en cama y fundamental para indicarle la alineación corporal y así poder estar cómodo en todo momento, así como para ayudarlo en todos sus movimientos y indicarle e ayudarlo de la mejor manera posible, así como animarlo, estar atento a él en mayor tiempo que se pueda, comunicar al médico o a la enfermera cualquier cambio que vea y ayudar junto al equipo médico a resolver cualquier duda, se encargará de los cambios posturales si fueran necesarios y poner almohadas, toallas, cojines sacos de arena, etc.

Dependiendo del paciente es muy importante hacerles cambios posturales muy a menudo, pues es muy común que les salgan úlceras en los principales puntos de apoyo del cuerpo.

La edad, enfermedades y lesiones son algunos de los factores que influyen en la aparición de las úlceras por presión (UPP). Los puntos de localización se encuen-

tran donde el hueso está más cerca de la piel como son el sacro, omóplatos, codos, talones, caderas, tobillos, etc.

Los principales cuidados en pacientes en cama son: realizar una higiene diaria con agua y jabón neutro según protocolo, baño local por humedad, observar el color de la piel. lubricar sin masajear y cambiar la cama tantas veces como sea necesario, ropa limpia y sin arrugas.

2 Objetivos

Dar a conocer las técnicas de colocación del paciente encamado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda en revistas, artículos científicos, así como en diferentes bases de datos como: Medline Plus y en el buscador Google Académico

4 Resultados

Colocaremos a los pacientes encamados de diferentes posturas:

Decúbito supino (boca arriba):

- El cuello debe quedar recto, para que la cabeza y el tronco queden a la misma altura, de manera que la cabeza, no quede levantada ni caída. Para ello colocaremos una almohada con la altura adecuada.
- Los brazos se colocan algo separados del cuerpo, con los codos estirados y las palmas de las manos mirando hacia el cuerpo o hacia arriba, con los dedos como si agarraran un vaso. Para ello colocamos una almohada bajo los brazos para que queden a la altura del pecho.
- Las piernas estiradas o con las rodillas ligeramente flexionadas. Los pies deben quedar en ángulo recto. Para ello se colocará un tope al final de la cama, para que la planta del pie quede apoyada y otra almohada bajo las rodillas, para que queden en semiflexión. También podemos colocar almohadas a ambos lados de los pies para que miren hacia el techo.
- Decúbito lateral (de lado):

- Lado apoyado: brazo hacia delante, con el codo doblado y la mano apoyada en la almohada de la cabeza con la palma hacia arriba, o brazo estirado con la palma de la mano hacia arriba.

- Lado libre: brazo hacia delante, con el codo doblado y palma de la mano hacia abajo. La pierna se colocará doblada hacia delante y con el pie recto mirando hacia delante. Para que brazos y rodillas no choquen debemos colocar una almohada en la espalda para que quede algo inclinado hacia delante y no se caiga hacia atrás.

Decúbito prono (boca abajo):

- Es una postura poco utilizada puesto que se oprimen los pulmones y cuesta respirar. Se utiliza en los casos en los que hay lesión de espalda, glúteos o cualquier parte posterior del cuerpo.

- Los brazos se colocan estirados a lo largo del cuerpo con la palma de la mano mirando al techo, o en cruz, con los codos doblados y palmas apoyadas en la almohada de la cabeza.

- Las piernas estiradas, se pueden colocar los pies por fuera de la cama o por dentro pero con una almohada bajo los tobillos, para que queden en ángulo recto.

- Colocaremos además una protección (de algodón o gasas) en los pies para evitar los roces.

- Colocaremos una almohada bajo la tripa para evitar dolores de espalda.

-Sentado:

- En las piernas, alternaremos rodillas flexionadas y estiradas. Debemos colocar una almohadilla bajo las rodillas y otra bajo los tobillos. Colocaremos también un tope en la planta de los pies, para que éstos no queden caídos.

- La espalda debe quedar bien recta, colocando almohadas tras la zona lumbar y dorsal.

- Los brazos pueden quedar sobre el vientre.

- La cabeza queda apoyada y recta sobre una almohada.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE tiene que conocer los riesgos y complicaciones que puede acarrear una mala colocación del paciente encamado, dependiendo de la mala colocación en los puntos de apoyo y sobre la lesión que pueda haber.

La limpieza de la cama y los cambios posturales, es muy importante explicar al paciente en todo momento lo que se le va a hacer para que el lo entienda y este cómodo y seguro, así como a sus familiares.

El TCAE debe conocer todos los pasos a seguir y las técnicas y posturas apropiadas en cada caso, para evitar el agravamiento de las diferentes patologías que pueda tener cada persona.

6 Bibliografía

1. Evangelina Pérez y Ana Fernandez. Edit. Interamericana-McGraw-Hill; 1994.
2. Mencía Seco VR. Trastorno de movilidad y movilización de pacientes. Jaén: Formación Alcalá; 2003.
3. Aguilar Casas M. Movilización del paciente. Vértice; 2011.
4. Mazeres Ferre O. Como se moviliza a un paciente encamado. FMC Formación Medica Continuada en Atención Primaria. Elsevier; 2004.

Capítulo 36

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

LORENA CASTRO PULGAR

JESSICA GARCÍA VICENTE

RAQUEL CEA RODRIGUEZ

1 Introducción

La UCI o Unidad de Cuidados Intensivos, se define como una organización de profesionales de la salud, que brinda atención multidisciplinaria dentro de un área hospitalaria definida, que cumple los requisitos funcionales, estructurales y organizativos.

El servicio brinda las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia suficientes para la atención de pacientes que requieren soporte respiratorio, así como de pacientes complejos que necesitan soporte por insuficiencia multiorgánica.

Un paciente críticamente enfermo es una persona que tiene problemas de salud que pueden o realmente amenazan su vida.

La Unidad de Cuidados Intensivos engloba profesionales como son médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería o fisioterapeutas, entre otros. Este personal, además de brindar el trato humano que necesitan los pacientes y sus familias,

también están capacitados para el manejo y atención de pacientes complejos con alta calidad científica y profesional.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el ámbito de la Unidad de Cuidados Intensivos, es un especialista cualificado capaz de dar una atención segura, oportuna y humana, además de los conocimientos básicos necesarios para cuidar a los enfermos y formado en cursos intensivos. Realiza de forma independiente las actividades básicas de enfermería y es capaz de comunicarse con el personal y los pacientes, con la ética necesaria para realizar su trabajo. Siempre debe mantener un control total del paciente, junto con el respeto y la empatía.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del TCAE en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Explicar las actividades que se realizan en la UCI.
- Enseñar las responsabilidades del TCAE en la UCI.
- Mostrar los procedimientos en los que el TCAE interviene junto con el personal de enfermería.
- Dar a conocer las funciones que el TCAE no puede desarrollar en la UCI.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica 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 Unidad de Cuidados Intensivos es una provisión independiente que opera como una unidad cerrada, con personal responsable de ponerse en contacto con los especialistas de referencia.

Este servicio fue creado para atender a los pacientes críticos que se encuentran hospitalizados. Está diseñado con alta tecnología y calidad para brindar la mejor atención médica a los pacientes que requieren cuidados especiales y tratamientos complejos.

Sus amplias e individuales habitaciones garantizan un trato confortable, respetando la intimidad del paciente. También cuenta con un sistema y monitorización de signos vitales para identificar necesidades o señales de alerta.

El principal objetivo de la Unidad de Cuidados Intensivos es restaurar las funciones vitales deterioradas y recuperar los valores mínimos vitales para conseguir un metabolismo sano.

El grupo de enfermería debe tener un alto nivel de conocimiento crítico y experiencia en el manejo de pacientes, además de recibir educación continua. Para responder adecuadamente a las necesidades del paciente, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe tener el conocimiento para manejar cualquier situación; debe ser una persona responsable, con buenas prácticas de limpieza e higiene.

Además de estar dispuesto a trabajar en equipo y saber manejar situaciones críticas, debe ser un profesional organizado en el trabajo y saber priorizar ante cualquier situación.

Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería:

- Colaboración en la atención al paciente.
- Uso adecuado del equipo médico.
- Asegurar el trato humano de los pacientes.
- Respetar la privacidad del paciente.
- Realizar los aseos y los baños, además de cambios posturales.
- Registrar y hacer observaciones necesarias y oportunas en los registros de enfermería.
- Recoger muestras y llevarlas al laboratorio.
- Movilizar a los pacientes.

Las funciones que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería no debe realizar, según su categoría profesional:

- Administración parenteral.
- Realizar punciones, inyecciones y pruebas diagnósticas.

5 Discusión-Conclusión

En la elaboración de este trabajo presentamos las diferentes funciones que le corresponde realizar al TCAE en la Unidad de Cuidados Intensivos. Del mismo modo, explicamos de forma exhaustiva las actividades que se desarrollan en este ámbito por todo el conjunto que conforma el personal sanitario.

Hemos expuesto la labor que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería realiza en la UCI junto con el personal de enfermería y, del mismo modo, el que no debe realizar, puesto que no es competencia suya.

Finalmente, damos a conocer la gran formación cualificada que requiere el personal sanitario en este ámbito y la importancia de la responsabilidad que se requiere en la UCI.

6 Bibliografía

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

Capítulo 37

EL ESTRÉS EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA JESUS GÓMEZ FUERTES

RAQUEL IGLESIAS FERNANDEZ

ANA BELÉN FERNÁNDEZ MEDIERO

CLAUDIA RODRÍGUEZ INSUA

1 Introducción

El estrés de origen laboral sobre todo en el ámbito sanitario se debe a la interacción entre múltiples factores de riesgo, el personal sanitario, en este caso las TCAES, que sufre estrés laboral, se debe en la mayoría de los casos a una sobrecarga de funciones con relación al tiempo para realizarlas, a un ritmo de trabajo elevado, el trabajar con pacientes que en muchas ocasiones se encuentran en situaciones difíciles de salud y que en otras son exigentes, tanto ellos como los familiares y para los que ninguna forma de atenderlos es la adecuada. El grado de satisfacción del personal es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones se pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran en los cuidados específicos de la especialidad, actualmente, se considera que la satisfacción de los profesionales de la salud en el trabajo es uno de los

indicadores que condicional la calidad asistencial ya que un trabajador en perfecto estado de salud tanto física como mental será siempre más eficaz y efectivo. La mejor medida de prevención para el estrés laboral, es crear un lugar de trabajo cómodo, con ambiente agradable entre los empleados y con estímulos positivos y motivadores. El estrés laboral es, actualmente, una de las principales causas de incapacidad laboral ya que afecta negativamente a la salud de los trabajadores.

2 Objetivos

Describir mecanismos para combatir el estrés en los TCAE y disminuir el cansancio físico y mental mejorando el bienestar de las y los trabajadores.

3 Metodología

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

Algunos de los factores desencadenantes del estrés y otros riesgos psicosociales son: Las malas condiciones laborales, los trabajos de larga duración sin los debidos descansos, la excesiva carga de trabajo realizada con insuficiente personal y medios, los cambios de turno semanales que impiden la organización de la vida personal, el cambio continuo de servicios que dificulta el conocimiento de los pacientes y su situación, enfermedades y dolencias limitando una buena atención. Todos estos factores contribuyen al cansancio, desmotivación y toma de decisiones de los profesionales sanitarios. Las medidas preventivas para minimizar el impacto de estas serían: formar a los profesionales en técnicas de relajación física y mental contribuyendo a combatir el cansancio y la fatiga generados por el estrés; y mejorar la organización del trabajo pautando las pausas y descansos necesarios. No disponer de suficiente tiempo para realizar las tareas laborales, sentirse desbordado por la carga de trabajo, son sólo algunas causas que pueden generar estrés. Se hace necesario abordar el estrés laboral como un riesgo en el

trabajo en el ámbito sanitario con la finalidad de prevenir daños que afecten a la salud de los trabajadores. Otro factor a tener muy en cuenta a la hora de valorar el estrés es el hecho de poder compaginar la vida laboral y familiar sin que ninguna de las dos se sienta resentida, no es tarea fácil y en ocasiones este hecho desborda al personal e incluso puede hacerles llegar a sentirse culpables por no ser capaz de desarrollar bien las dos facetas. Es importante conocer las causas que producen el estrés y las consecuencias de padecerlo para poder prevenir y evitar su aparición, a través de medidas como: fijar prioridades, conocer las habilidades del trabajador, y una organización exhaustiva de tiempos y descansos. Aplicando estas medidas se puede conseguir una buena salud del trabajador y un mejor desarrollo de su trabajo dentro del entorno laboral.

5 Discusión-Conclusión

Nuestra mente y cuerpo tienen límites. Por lo que, debemos permitirnos tener tiempo no sólo para trabajar sino también para disfrutar y relajarse. Nuestra obligación, cuidarnos a nosotros mismos. La obligación de los directivos, cuidar de nuestra salud a través de un ambiente laboral agradable y sano. Los riesgos psicosociales como es el estrés no afectan del mismo modo a todos los sectores profesionales ni a todos los trabajadores. La sanidad es uno de los campos en el que más problemas se registran por estrés laboral. Esta mayor incidencia sin duda puede achacarse a factores como el ritmo de trabajo intenso o la inestabilidad laboral y el hecho de trabajar con pacientes.

6 Bibliografía

1. Martín MC, Santiago I, Rodríguez F, Moreno MT, Andrés P, Casadevall A, et al. Estrés relacionado con el trabajo y exposición laboral en enfermeras de la Comunidad de Castilla y León. *Enferm Clin.*, 2006; 16:119-26.
2. Martín Arribas M.C. Estrés relacionado con el trabajo (modelo de demanda-control-apoyo social) y alteraciones en el salud: una revisión de la evidencia existente. *Enferm Intensiva* 2007;18(4):168-81.
3. Goleman, D. La práctica de la inteligencia emocional (versión castellana) Ed. Kairós SA Barcelona 1996.
4. Martín-Payo, R.; Fernández-Fidalgo, E.; Hernández-Mejía, R.; Fernández-López, J.A. Evaluación del grado de estrés laboral en los profesionales sanitarios de los centros de salud del Área IV de Asturias. *Aten Primaria*. 2005.

Capítulo 38

TURNICIDAD O TRABAJO A TURNOS. SUS RIESGOS PARA LA SALUD

SANDRA CARLOTA MARTÍNEZ-CUE GARCÍA

FATIMA RODRIGUEZ QUINTELA

BEATRIZ GONZALEZ GARCIA

ARANTXA VÁZQUEZ SÁENZ

ROBERTO SUÁREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Podemos entender la turnicidad como un sinónimo de trabajo a turnos, de mañanas, tardes o noches.

Una de las cosas que caracteriza el trabajo del sector sanitario es el trabajo a turnos, necesario para poder cubrir las necesidades de los pacientes y mantener una cobertura sanitaria eficaz a toda la sociedad.

El ser humano mantiene un ritmo biológico que influye en el mantenimiento de su organismo, estos ritmos coinciden con los estados de vigilia y sueño, por eso nuestro cuerpo no mantiene la estabilidad durante las 24 horas del día, el trabajo a turnos exige mantener el organismo activo en momentos en que necesita descanso.

Existen medidas preventivas para mitigar los efectos del trabajo a turnos, cuando este es estrictamente necesario y en caso de ser así, poder estructurarlo para aliviar sus efectos.

Además los turnos colocan a los trabajadores fuera de las pautas de la vida familiar y social. La legislación española en el Estatuto de los Trabajadores en su artículo 36 regula el trabajo en el turno de noche, considerando trabajo nocturno aquel que se realiza entre las diez de la noche y las seis de la mañana y el trabajador o trabajadora que invierta como mínimo tres horas de su trabajo diario, o al menos una tercera parte de su jornada anual en este mismo horario.

2 Objetivos

Exponer las consecuencias para salud del trabajo a turnos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de revistas médicas, configurándose como un estudio de tipo documental. Para la elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas en distintas bases de datos, como libros y revistas médicas. Para la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras: turnicidad, auxiliar de enfermería, riesgos laborales, bienestar.

4 Resultados

Es muy importante que las empresas adopten medidas para reducir los efectos que la turnicidad o trabajo a turnos tiene en el trabajador y así mejorar su protección, ya que los efectos del trabajo a turnos para la salud del trabajador son muchos entre ellos:

Efectos fisiológicos y biológicos, debido a las condiciones desfavorables que traen consigo, riesgos para su salud física, mental y para su bienestar.

Alteraciones de los ritmos circadianos, el organismo tiene ritmos biológicos que siguen unas repeticiones cíclicas y regulares, estos ritmos son los más afectados. Alteraciones del sueño, es necesario dormir alrededor de siete horas durante la noche, en el trabajo a turnos esto no es posible, pues el sueño, se ve alterado, esto conlleva una acumulación del cansancio que a largo plazo provoca dolor de cabeza, irritabilidad, depresión, alteraciones digestivas, enfermedades cardiovasculares, etc.

Alteraciones de hábitos alimentarios y alteraciones digestivas, las personas necesitan al menos tres comidas diarias tomadas en un horario más o menos regular.

Cambios en la vida social, empobrecimiento de la vida social y familiar, disminuyendo la conciliación familiar.

Incidencia en la actividad profesional, mayor incidencia de accidentes, insatisfacción laboral y absentismo.

Por todo ello es muy importante prevenir en la medida de lo posible el trabajo a turnos. Algunas medidas preventivas que se recomiendan podrían ser:

Reducir el trabajo a turnos a lo mínimo imprescindible.

Aumentar las pausas y el descanso.

En algunos turnos instaurar pausas para la ingesta de comida caliente.

Establecer límite de edad mínima y máxima.

Evitar turnos dobles.

Posibilitar la flexibilidad de turnos y los cambios con otros compañeros.

Conocer con la máxima antelación el calendario de turnos para poder organizar la conciliación familiar y la agenda social en lo máximo posible. Implantar un sistema de vigilancia médica que detecte la falta de adaptación.

5 Discusión-Conclusión

Ya que es evidente que la turnicidad o trabajo a turnos afecta tanto al bienestar y a la vida de los trabajadores, y teniendo en cuenta las medidas preventivas que existen para mitigar sus efectos sobre el trabajador, debería de haber un control más exhaustivo por parte de las empresas y las administraciones, para que se cumplan esas medidas, siempre que se pueda. De esta manera se evitarían muchos problemas de salud pública, lo que conlleva a un número considerable de bajas médicas, con unos sobrecostos para las empresas excesivos. Por todo ello es necesario prevenir y disponer de un buen plan de riesgos laborales y en la medida de lo posible hacer que se cumpla.

6 Bibliografía

congresosicepa.com

llibraky.co/article emesaprevencion.com revistamedica.com

Capítulo 39

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ALIMENTACIÓN POR Sonda NASOGÁSTRICA

LUCÍA FRANCO ALONSO

1 Introducción

La sonda nasogástrica (SNG) es un tubo largo, delgado y flexible que se introduce por la nariz hasta llegar al estómago. En el ámbito hospitalario es muy usual ver a pacientes portadores de sondas nasogástricas. Esta sonda se utiliza por diferentes motivos, bien para facilitar el vaciamiento gástrico, para administrar medicación, para realizar un lavado gástrico y para administrar alimentación a un paciente cuando por diferentes motivos no puede utilizarse la vía oral, como por deterioro cognitivo, malnutrición o patologías de la boca o esófago.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es el profesional encargado de administrar este tipo de alimentación, debiendo contar para ello con los conocimientos oportunos para ejecutar la técnica de forma correcta, eficaz, a la vez que brinda los cuidados específicos que la sonda requiere.

Además, deberá saber los diferentes contratiempos y efectos secundarios que pueden derivarse de la misma, sabiendo responder ante ellos. Dentro de los efectos secundarios que pueden presentarse se encuentran: náuseas y vómito, dolor estomacal y abdominal, diarrea, vaciado incompleto entre toma y toma, tos al introducir la fórmula y obstrucción de la sonda nasogástrica. Si se presentara algún contratiempo de los mencionados, detener la administración y resolver el problema antes de iniciar la toma.

De igual manera, es el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería quien colabora con Enfermería para la colocación de la sonda. Por ello, debe tener también los conocimientos necesarios para prestar apoyo a este profesional cuando se vaya a proceder a su colocación.

2 Objetivos

- Analizar la alimentación por sonda nasogástrica.
- Establecer la pauta de actuación que debe seguir el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería para administrar la alimentación por sonda nasogástrica.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas como Pubmed, Cuiden y Elsevier a fin de recopilar información sobre la alimentación por sonda nasogástrica y la secuencia que debe realizarse para la misma.

Se establecieron una serie de criterios de inclusión para acotar la búsqueda de resultados como: publicación a texto completo, publicación de acceso gratuito, publicación en inglés, portugués y español.

4 Resultados

Para que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería lleva a cabo la técnica de alimentación por sonda nasogástrica deberá seguir una secuencia establecida la cual se compone de una serie de pasos como:

- Lavarse las manos y colocarse guantes.
- Comprobar que la posición de la sonda sea la adecuada. Para ello se verificará que la marca esté situada en la entrada del orificio de la nariz.
- Comprobar que la concentración de la fórmula sea la adecuada.
- Comprobar la cantidad de fórmula a administrar.
- Comprobar que la temperatura de la fórmula sea la correcta. No administrar en caso de estar fría.
- Comprobar el vaciamiento gástrico. Para ello, se colocará una jeringa de 50 ml en la punta de la sonda y se procederá a realizar aspiración.
- Comenzar a introducir la fórmula. Se llenará la jeringa y se procederá a introducirla de manera lenta y progresiva por la sonda. Es normal que al inicio se note

cierta resistencia, debiendo realizar un poco más de presión sobre el émbolo de la jeringa hasta que la fórmula pase sin dificultad.

- No situar la sonda nasogástrica muy por encima de la altura de la matriz, puesto que la gravedad puede hacer que la fórmula se introduzca con mayor rapidez pudiendo provocar distensión abdominal.
- Una vez introducida la cantidad pautada, se procederá a limpiar la sonda introduciendo una jeringa de agua tibia a fin de eliminar los restos de fórmulas, dejando la sonda lista para la siguiente toma.
- Es importante dejar la sonda bien colocada sin que ejerza presión en la nariz, evitando así posibles úlceras.
- Mantener hidratada la piel de la nariz circundante a la sonda nasogástrica.
- Una vez finalizada la técnica, recoger el material y dejar anotado en la historia clínica del paciente la hora y cantidad de administración, así como si se ha presentado algún contratiempo.

5 Discusión-Conclusión

La sonda nasogástrica es muy habitual dentro del ámbito hospitalario, siendo utilizada para diferentes motivos, dentro de los cuales se encuentra la administración de alimentación.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es el personal encargado de realizar esta técnica, debiendo contar con la formación adecuada para ejecutarla de manera adecuada y ofreciendo la mayor calidad asistencial posible.

Además, debe tener conocimiento sobre los diferentes efectos adversos que de ella se deriven, sabiendo responder identificarlos a tiempo y responder ante ellos. Es fundamental que el Técnico En Cuidados Auxiliares de Enfermería siga la secuencia establecida para administrar este tipo de alimentación, eludiendo con ellos posibles contratiempos.

6 Bibliografía

- Maria do Rosário, D. L., & Marchini, J. S. (2002). Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 35(1), 95-101.
- Pereyra Sánchez, J. R. (2017). Cuidados de enfermería a pacientes adultos mayores con alimentación por sonda nasogástrica del servicio de medicina interna 12 C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2014-2016.

- Villalba, C. M., Ramos, C. S., & Kliger, G. (2013). Valoración de la efectividad del soporte nutricional por sonda nasogástrica en sala general. Actual. nutr, 33-42.

Capítulo 40

PREPARACIÓN Y TÉCNICA DEL ASPIRADO DE SECRECIONES

ALBA MARIA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

La aspiración de secreciones respiratorias es una técnica efectiva para eliminar las secreciones que obstruyen las vías respiratorias altas y para mantener su permeabilidad. También se utiliza para tomar muestras, tanto de secreciones como de células de la tráquea o los bronquios.

Es una técnica que realiza el personal de enfermería, en equipo, ya que se necesita de un auxiliar para colocar al paciente, su aseo, preparar al paciente y el material, así como para recoger los esputos, si se precisan y para limpiar el material. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de conocer perfectamente la técnica y los materiales para colaborar en ella, así mismo, cuando se trate de una aspiración con una sonda de Vancouver en la boca, la enfermera podrá delegar la acción en el técnico auxiliar.

Es muy importante para el técnico auxiliar en cuidados de enfermería conocer la técnica que se va a utilizar para preparar el adecuado material y apoyar a la enfermera en caso de necesidad.

En todos los casos, debemos de mantener los receptores limpios y sin obstrucciones, contabilizar las secreciones obtenidas y registrar todo el proceso y las cantidades en la historia clínica del paciente, ya que pueden ser de gran utilidad en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

2 Objetivos

Los objetivos que se proponen con este capítulo son:

- Conocer qué es y para qué se utiliza la técnica de aspiración de secreciones.
- Obtener conocimientos suficientes para preparar los materiales adecuados para realizarla.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre artículos de la literatura científica en los que se desarrolle el tema de la aspiración de secreciones. También se ha llevado a cabo una búsqueda en varias bases de datos, tales como Scielo, Pubmed, ScienceDirect y Web of Science.

4 Resultados

El protocolo para realizar una aspiración de secreciones sería el siguiente:

Lo primero que deberemos hacer es una identificación positiva del paciente. Seguidamente determinar la necesidad de aspiración oral y/o traqueal. Deberemos explicarle al paciente lo que le vamos a hacer. Si no estuviera consciente, se lo explicaríamos a un familiar.

Antes de empezar con el procedimiento, nos preocuparemos de preservar la intimidad del paciente. Después, comprobaremos que el sistema de vacío funciona correctamente, asegurándonos de que la presión de succión no sobrepase los 200 mmhg (milímetros de mercurio), para que no produzca lesiones en las mucosas. Controlaremos los signos y síntomas del paciente mediante un pulsioxímetro, que mide la saturación de oxígeno en los tejidos y prepararemos oxígeno complementario.

Después, colocaremos al paciente en la postura más adecuada y procederemos a realizar la técnica.

Para ello necesitaremos el siguiente material:

- Aparato de succión portátil o fijo a la pared.
- Sonda de aspiración estéril, de diferentes números, con válvula de control.
- Equipo de protección individual (EPIs):
- Guantes.
- Mascarilla quirúrgica o FFP2.
- Gafas de protección ocular.
- Solución salina o agua destilada.

- Gasas estériles.
- Lubricante hidrosoluble estéril.
- Un Ambú (del inglés Airway Mask Bag Unit), si es necesario.
- Tubo de Mayo o cánula de Guedel, si es necesario.

La técnica se puede realizar de dos formas distintas dependiendo de si el paciente tiene un tubo orotraqueal o una cánula de traqueostomía:

- Con aspiración abierta: para realizarla se debe de desconectar al paciente de circuito del respirador; en este caso la sonda a utilizar será de un solo uso.
- Con aspiración cerrada: en este caso la aspiración se realiza con el paciente conectado al respirador, permite una oxigenación continua durante la técnica y evita la pérdida de presión positiva; en este caso se utilizan sondas de múltiples usos.

5 Discusión-Conclusión

Para la técnico en cuidados auxiliares de enfermería es muy importante conocer la técnica a realizar y sobretodo el material que se va a utilizar y como se utiliza para saber si esta en buen estado de funcionamiento. Se debe de reponer siempre el material utilizado por si se necesita en caso de urgencia. Estas técnicas se deben de realizar siempre en equipo multidisciplinario en medio hospitalario. Debemos acompañar a la enfermera en la técnica y cuidar el confort del paciente, dejándolo en posición de aspiración el mínimo tiempo posible y limpiando adecuadamente tanto durante la técnica como después, ya que puede ser que momentos después de la técnica el paciente realice un esputo inconscientemente.

6 Bibliografía

1. Aspiración de secreciones: <https://enfermeriabuenosaires.com/aspiracion-de-secreciones-2/> (en línea).
2. Galarreta Aperte, Sergio et al: Enferpedia: técnicas y procedimiento de enfermería. Madrid, 2018.

Capítulo 41

LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

JOSÉ VICENTE CRESPO GUTIÉRREZ

ANDREA GARCIA MENENDEZ

GEMA VICENTE GARCÍA

1 Introducción

La estancia hospitalaria del paciente puede variar en función de la patología que presenta, en ocasiones esta estancia se prolonga durante un tiempo largo y algunos pacientes pueden precisar de alguna medida extra para evitar la aparición de úlceras por presión, maceración o roce

La paleopatología actual ha descubierto que en épocas antiguas como en la egipcia había signos de UPP en momificaciones o restos humanos enterrados, lo que hace pensar que en esa época ya empezaban a tratarse de alguna forma la aparición de estas heridas.

En la actualidad se utilizan escalas para la valoración de riesgo de aparición de UPP por parte del personal sanitario, la escala de Norton fue creada en 1960 y desde entonces se ha actualizado hasta la que existe en la actualidad y es la

que mas frecuentemente es utilizada en los hospitales de los países desarrollados. (Ramirez, 2016)

Los cambios posturales son movilizaciones de pacientes para evitar que el paciente desarrolle una UPP por mantener la misma posición cuando estos están encamados. Estos son realizados por el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería en colaboración con el celador en las plantas de hospitalización y en las diversas unidades especializadas del hospital. (Tejero, 2007)

2 Objetivos

Determinar como se ha de realizar los cambios posturales por el personal sanitario, así como saber que diferentes métodos de prevención de UPP son los utilizados a nivel hospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos, así como de diversos estudios sobre los cambios posturales, para ello se ha utilizado como motor de búsqueda Google académico, las bases de datos consultadas han sido pubmed y scielo y los descriptores han sido UPP, prevención de UPP y cambios posturales. Han sido consultados un total de 10 artículos o libros y se ha escogido aquellos artículos mas completos y actualizados para dicha revisión, han sido revisados un total de 4 artículos, comprendidos entre 2006 y 2016

4 Resultados

Los cambios posturales son movilizaciones por parte del personal sanitario del centro hospitalario cuya función es evitar la aparición de úlceras por presión, de esta forma se evitará un empeoramiento de salud del paciente, la extensión de su ingreso hospitalario y un elevado coste de recursos materiales y humanos.

La realización de los cambios posturales ha de realizarse cada 3h, las principales posiciones son el decúbito supino, decúbito lateral derecho e izquierdo y en ocasiones, según la patología del paciente, decúbito prono

La utilización de almohadas para realizar los cambios es recomendable en aquellos casos donde el paciente no pueda mantener la posición por sí mismos o en aquellos casos en los que la movilidad del paciente es excesiva y no pueden mantenerla. Para ello se suelen posicionar en la espalda, entre las piernas, debajo de

las mismas, así como debajo de los brazos (Quesada, 2006)

Las alternativas a los cambios posturales han ido evolucionando con el paso de los años y se han incorporado algunas novedades que antes no existían como pueden ser los colchones antiescaras, cojines de agua o aire.

Los colchones antiescaras son otro mecanismo de prevención de UPP y realizará los cambios de presión en donde se apoya el paciente de forma automática dejando respirar los tejidos, ya que se hincha y deshinchas de forma automática cada determinado tiempo.

La utilización de mecanismos alternativos a los conocidos desde hace años como son los colchones antiescaras son un método idóneo para evitar la complicación de patología en el paciente, así como un ahorro en recursos humanos y a la larga económicos, las upp son una de las valoraciones que se utiliza para la comprobación del nivel de hospital, ya que es uno de los valores que se registran dentro del SNS.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta utilización de los recursos humanos del hospital proporcionará al paciente mayor confort y evitará problemas en su salud evitando de esta forma un alargamiento de su estancia hospitalaria. Los cambios posturales son fundamentales en las plantas de hospitalización, sobre todo, en pacientes con una valoración de la escala de Norton elevada.

Los recursos económicos que se ahorra el centro hospitalario son cuantiosos si los cambios posturales se realizan de forma correcta por el personal sanitario, ya que se evita las complicaciones en los pacientes, acortan la estancia hospitalaria y se evita el gasto en recursos materiales para realizar las curas de dichas lesiones cutáneas, así como el gasto en personal y tiempo (Lozano, 2011)

6 Bibliografía

Bibliografía

Lozano, F. (2011). Instrumentos de monitorización clínica y medida de la cicatrización en úlceras por presión (UPP) y úlceras de la extremidad inferior (UEI). Desarrollo y validación de un índice de medida. Dianlet, 3-4.

Quesada, C. (2006). Manual de atención enfermera de úlceras por presión en pediatría (Vol. 1). Madrid, Comunidad de Madrid, España: DAE.

Ramírez, M. (Julio-Diciembre de 2016). Método de evaluación de los cambios posturales durante los tratamientos ortopédicos maxilares: una propuesta. Ciencia

Odontologica , 13(2), 119-127.

Tejero, M. (Septiembre de 2007). Eficacia de los cambios posturales y su frecuencia en la incidencia de las lesiones por presión. *Enfermería Clínica*, 17(5), 278-279.

Capítulo 42

LAS CONTENCIONES MECÁNICAS MÁS UTILIZADAS POR LOS TCAE EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN

JOSÉ VICENTE CRESPO GUTIÉRREZ

NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

ANDREA GARCIA MENENDEZ

GEMA VICENTE GARCÍA

1 Introducción

Las contenciones mecánicas son aquellas que se utilizan en los pacientes para evitar que estos sufran caídas o se puedan autolesionar, así como lesionar a los profesionales sanitarios.

Las contenciones mecánicas han sido empleadas desde el siglo XIX sobre todo en hospitales de salud mental, con el tiempo estas han sido extrapoladas durante el siglo XXI a las plantas de hospitalización, con ellas se evita las lesiones producidas por desorientación, agitación o síndromes de abstinencia al personal sanitario y a ellos mismo. Las caídas en personas desorientadas son también el motivo por el que se puede utilizar en un hospital (Ramos, 1999).

Los diferentes métodos de contención han de ser pautados por el personal facultativo y puesto en práctica por los diplomados en enfermería y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en colaboración con el celador en algunos casos.

El personal facultativo debe realizar una valoración exhaustiva del paciente y valorar la posible necesidad de su utilización, para ello estudiará las posibilidades de sufrir lesiones el propio paciente y el personal sanitario (Rubio, 2017) en el año 2022 algunos centros especializados y hospitales de primera categoría tienen intención de implementar un nuevo avance en cuanto a contenciones mecánicas se refiere y es llegar al modelo de contenciones.

2 Objetivos

Determinar cuáles son las contenciones mecánicas mas utilizadas en pacientes encamados o en sedestación cuando estos no tienen acompañamiento de un familiar.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos acerca de las contenciones mecánicas, así como de diversos estudios sobre los mismos, para ello se ha utilizado como motor de búsqueda Google académico, las bases de datos consultadas han sido pubmed y scielo y los descriptores utilizados han sido contenciones mecánicas, contenciones en 5 puntos y contenciones en salud mental. Se ha revisado un total de 10 artículos, de los cuales han sido escogidos 5, los cuales son los más actualizados y completos acerca del tema, estos están comprendidos entre 2013 y 2022.

4 Resultados

Las contenciones mecánicas son aquellas sujeciones utilizadas para evitar la movilidad excesiva del paciente, evitar las caídas, las autolesiones o las lesiones a terceros bien sean familiares o personal sanitario durante la hospitalización del paciente. Estas son pautadas por el personal facultativo y en la mayoría de los casos siendo los familiares conscientes de la utilización de estos, ya que se utilizan como forma de prevención y protección

Las contenciones en cama se utilizan en pacientes durante el tiempo que permanecen en la cama y suele ser fundamentalmente una contención abdominal conocida como contención en 1 punto, en 3 puntos a veces es necesario para evitar que se arranquen vías o se autolesionen y esto incluye contención abdominal y ambas muñecas, en ocasiones se ha de utilizar la contención en 5 puntos que

incluiría las anteriores mas dos zonas mas que son ambos pies y es utilizada en pacientes con una agresividad moderada o extrema en donde se teme porque pueda producirse lesiones en el paciente (Acevedo-Nuevo, 2022)

Las contenciones en psiquiatría son fundamentales para aquellos pacientes que las necesiten, en gerontología también suelen utilizarse, aunque suelen ser durante menos tiempo y menos puntos de contención, siendo lo más habitual en psiquiatría los 5 puntos y 3 puntos en geriatría

Las contenciones cuando los pacientes están sentados pueden ser un cinturón pélvico o un peto en función de si el paciente se bascula hacia adelante o no, para evitar que este deambule solo y evitar caídas que pueden agravar su situación médica actual

En la actualidad se está llevando a cabo en varios hospitales y zonas residenciales de geriatría el llamado “contenciones 0”, esto es que, aunque después de la valoración del paciente, no se utilizan contenciones mecánicas en ellos, sino que se intenta buscar otras formas de contención siendo la farmacológica la mas utilizada con el fin de evitar agitación al paciente y mejorar su estancia hospitalaria o residencial (Hamam, 2020)

5 Discusión-Conclusión

Las contenciones abdominales en muchos casos son necesarias para preservar la integridad del paciente y evitar caídas que pueden producir lesiones graves al mismo. Las contenciones son también un método de barrera para evitar las lesiones del personal sanitario.

La utilización de contenciones mecánicas son también un elemento que ahorra unos costes al hospital evitando que se creen lesiones del propio paciente, evitan también las posibles denuncias de familiares por lesiones en el paciente durante su estancia hospitalaria, ya que está a cargo del sistema nacional de salud y es un ahorro humano, ya que no es necesaria de esta forma la vigilancia constante de pacientes ingresados

El proceso de retirada de las contenciones mecánicas es fundamental, no pueden mantenerse de forma indefinida al paciente, para ello realizar un correcto seguimiento por parte del facultativo y del personal sanitario es fundamental (Rodríguez, 2013)

La utilización de la contención farmacológica es indispensable sobre todo en aquellos centros donde se hayan retirado el uso de las contenciones mecánicas, el paciente sufrirá agitación igualmente por lo que sigue siendo un peligro para el mismo por lo que la sustitución de la contención mecánica ha de realizarse con

algún otro tipo de contención

6 Bibliografía

Bibliografía

Acevedo-Nuevo, M. (Octubre-Diciembre de 2022). Uso de contenciones mecánicas en unidades de cuidados críticos: caracterización, estándares de aplicación y factores relacionados. Resultados de un estudio multicéntrico. *Enfermería intensiva*, 33(4), 212-224.

Hamam, N. (2020). Mecanismos de prevención de caídas en el anciano, mucho más que contenciones mecánicas. *Dialnet*, 1(8), 2-8.

Ramos, J. (1999). *CONTENCION MECANICA. RESTRICCION DE MOVIMIENTOS Y AISLAMIENTO*. Madrid, Madrid, España: ELSEVIER-MASSON.

Rodríguez, J. (Julio- Agosto de 2013). Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48(4), 185-189.

Rubio, J. (Mayo- Junio de 2017). Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(3), 172-177.

Capítulo 43

LOS PRINCIPALES AISLAMIENTOS A NIVEL HOSPITALARIO PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

GEMA VICENTE GARCÍA

ANDREA GARCIA MENENDEZ

JOSÉ VICENTE CRESPO GUTIÉRREZ

NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Los aislamientos hospitalarios son fundamentales para evitar la propagación de enfermedades nosocomiales dentro del ámbito hospitalario a pacientes ingresados y al propio personal sanitario las enfermedades transmisibles en los hospitales son conocidas desde que se empezaron a crear los centros hospitalarios en el 325 de nuestra era, en esa época la caridad cristiana fue creando centros hospitalarios en donde concentrar a los enfermos, dicha práctica fue extendiéndose por todos los países y cada vez por más centros hospitalarios tanto en países desarrollados como subdesarrollados (Gargantilla, 2011)

La evolución de las enfermedades nosocomiales ha estado estos últimos años en constante evolución y en cambio continuado en los protocolos de actuación, durante el siglo XXI con la pandemia por COVID-19 se aplicaron medidas de

aislamiento aprendidas durante todo este tiempo y actualizadas a los cambios de hoy en día (Marques, 2015)

Los diferentes tipos de aislamientos son fundamentales para perpetuar la salud del paciente durante la estancia hospitalaria y tiene gran eficacia, estos siempre son pautados por el personal facultativo y llevados a cabo por el personal sanitario correspondiente, normalmente por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería o en su defecto por el diplomado universitario en enfermería, siendo este último el que menos veces realiza dicha función.

2 Objetivos

Describir qué tipos de aislamiento son los utilizados a nivel hospitalario por el personal sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos acerca de los aislamientos hospitalarios, así como diversos estudios sobre los mismos, para ello se ha utilizado como motor de búsqueda Google académico y como bases de datos pubmed y scielo. Los descriptores utilizados han sido enfermedades nosocomiales, enfermedades transmisibles y aislamientos hospitalarios. Se ha consultado un total de 8 publicaciones de las cuales x han sido objetivo de nuestra revisión siendo escogidos aquellos más actualizados y completos, estos artículos revisados van comprendidos entre 2004 y 2016

4 Resultados

Los aislamientos hospitalarios son múltiples pero todos ellos engloban la misma importancia para el sistema sanitario, todos ellos se realizan por un motivo concreto y se intenta que sea el menor tiempo posible para evitar la incomodidad e incomunicación del paciente (Salas- Vargas, 2004)

Existen diversos tipos de aislamiento, los más utilizados son: aislamiento de contacto, se utiliza cuando la enfermedad transmisible se produce por el contacto directo con el paciente para ello el personal sanitario utilizará guantes y bata. Aislamiento respiratorio, es un aislamiento en donde la enfermedad se transmite por la vía área del paciente por ello el personal sanitario utilizará bata, guantes y mascarilla ffp2 o ffp3. Aislamiento por gotas, es aquel aislamiento en el que se

transmite por pequeñas gotas, el personal sanitario utilizará guantes, bata, mascarilla y pantalla si fuera necesario. El aislamiento inverso, es aquel en el que el paciente está deprimido y necesita que se le proteja de agentes externos por ello el personal sanitario utilizará el EPI completo calzas, bata, guantes, mascarilla y gorro

En los aislamientos se colocará un cubo para los desechos en el interior de la habitación salvo en el caso del aislamiento inverso, en este caso se dejará en el exterior por no dejar material contaminado dentro de la habitación. En todo tipo de aislamientos el paciente estará en habitación individual salvo en el caso en que varios pacientes tengan el mismo patógeno y puedan ser acomodados en habitaciones compartidas (Tamayo- Vélez, 2016)

La pauta de los aislamientos viene determinada por el criterio médico, en muchas ocasiones estos pueden realizarse de forma preventiva, aunque en la mayoría de los casos es una decisión tomada por el facultativo tras las pruebas analíticas necesarias para poder asegurar que el paciente posee una enfermedad transmisible o que este necesita protección frente a agentes externos.

5 Discusión-Conclusión

La prevención es fundamental en este tipo de protocolos hospitalarios con el fin de mejorar la estancia del paciente en el centro hospitalario y evitar un empeoramiento de este.

La colocación del EPI ha de realizarse de forma minuciosa, así como la retirada de este siendo más importante la retirada del equipo contaminado.

La formación del personal sanitario en cuestiones de protocolo de actuación y actualización de conocimientos ha de ser prioritaria para el propio centro hospitalario y las unidades de prevención del hospital han de estar detrás de esa formación, prevención y actualización de protocolos (Gomila, 2006)

El levantamiento de los aislamientos es necesario que sea realizado tras un seguimiento del paciente exhaustivo y tras comprobar con los análisis clínicos necesarios que el paciente ya no lo necesita con el fin de que este pueda realizar una estancia hospitalaria más normalizada y sin restricción de visitas

6 Bibliografía

Gargantilla, P. (2011). Breve historia de la medicina. Madrid: Ediciones Nowtilus.
Gomila, B. (2006). Sensibilidad de aislamientos clínicos de *Pseudomonas aeruginosa* en Castellón. Original, 19(1), 60-64.

- Marques, A. (Abril- Junio de 2015). Unidad de aislamiento hospitalario de alto nivel. Necesidad y características. *Sanidad Militar*(71), 5-9.
- Salas- Vargas, A. (2004). Prevalencia e identificación genotípica de Enterococos Vancomicina resistentes en pacientes en un medio hospitalario. *Acta Médica Costarricense*, 46(1), 2-7.
- Tamayo- Vélez, M. (Julio. Septiembre de 2016). El aislamiento hospitalario: ¿factor predisponente para la presentación de problemas de calidad en la atención? *Infectio*, 20(3), 151-157.

Capítulo 44

SEGURIDAD DEL PACIENTE

LAURA DIAZ MARTINEZ

MARÍA GUILLERMINA RODRÍGUEZ HERES

1 Introducción

La Seguridad del Paciente es un factor imprescindible de la calidad asistencial, durante los últimos años se han desarrollado diferentes estudios sobre el tema debido a que, por un lado, los pacientes quieren sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos y, por otro lado, los profesionales se ven en la obligación de ofrecer una asistencia sanitaria eficiente económicamente, efectiva en la enfermedad y segura para los pacientes.

Los efectos secundarios no deseados en la atención sanitaria suponen una causa que aumenta la morbilidad y la mortalidad en todos los sistemas sanitarios. El principal motivo es el aumento de la complejidad del manejo de los pacientes, en el que confluyen factores de tipo organizativo, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad. Los daños que se pueden generar a los pacientes y el gran aumento de los costes que provocan a los sistemas sanitarios son tan importantes que en los últimos años organizaciones de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el Comité de Sanidad del Consejo de Europa han desarrollado estrategias para controlar los efectos secundarios adversos en la práctica clínica a través de planes estratégicos, acciones y medidas legislativas que permitan controlarlos.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la seguridad de paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además se ha realizado una búsqueda de artículos científicos publicados en los últimos cinco años en las bases de datos Pubmed, Scielo y Cuiden.

4 Resultados

El objetivo principal de la seguridad del paciente es prevenir, minimizar y/o evitar en la medida de lo posible los efectos secundarios adversos que sufren los pacientes durante la asistencia sanitaria. Para ello han de desarrollarse una serie de estrategias y protocolos enfocados en evitar y/o disminuir los daños al paciente.

Los eventos adversos son las lesiones físicas y psicológicas evitables y producidas de manera involuntaria al paciente durante el proceso asistencial. Los daños causados al paciente pueden provocar desde un alargamiento de la estancia hospitalaria a una invalidez o en el peor de los casos, la muerte del paciente. Se calcula que uno de cada diez usuarios padece algún efecto secundario adverso durante la asistencia sanitaria.

Para evitar los efectos adversos de la atención sanitaria, se han desarrollado cuatro puntos con los que mejorar la seguridad del paciente:

1. Mejorar la cultura de seguridad que implique factores humanos y organizativos: a través del desarrollo de un plan estratégico de seguridad que implique a todos los profesionales, formación para profesionales
2. Prácticas clínicas seguras: promoviendo el uso seguro del medicamento, mejorando la comunicación entre profesionales, desarrollando prácticas seguras en cirugía y en los cuidados a pacientes, asegurando la identificación correcta del paciente para evitar diagnósticos erróneos y realización de pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas o administración de medicaciones equivocadas y promoviendo el desarrollo de estrategias para afrontar sucesos adversos graves.
3. Desarrollo de sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes y gestión del riesgo: desarrollando planes de identificación y análisis de riesgos potenciales asociados a la asistencia sanitaria implementando sistemas de notificación que permitan aprender de la experiencia de errores ya cometidos.
4. Participación de los pacientes en el proceso : informar de manera comprensible al paciente/cuidador sobre su enfermedad, los cuidados que requiere y los riesgos que conlleva la atención sanitaria.

El "Programa de Seguridad del Paciente" es un estudio desarrollado por la Organización Mundial de la Salud con unas recomendaciones para desarrollar la cultura de la seguridad del paciente, recomendando la implantación de unas prácticas seguras.

Para prestar servicios sanitarios de calidad es imprescindible respetar la seguridad del paciente, la asistencia sanitaria debe ser eficaz, equitativa, segura y estar centrada en las personas.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad los pacientes siguen experimentando daños evitables durante sus hospitalizaciones o atenciones de salud. Conseguir una verdadera seguridad para el paciente es un proceso largo y complicado. Los avances en nuevas tecnologías y nuevos tratamientos mejoran los pronósticos de los pacientes pero también aumentan la aparición de nuevos riesgos y daños.

La seguridad del paciente continua siendo un importante problema de salud pública, por ello debemos seguir avanzando en la seguridad del paciente a través de la implementación de sistemas de notificación de eventos e incidentes adversos, analizando el suceso y no en quien lo hizo. Deben implementarse medidas de mejora involucrando a pacientes y a profesionales, utilizar metodologías innovadoras y protocolos establecidos haciendo una vigilancia activa de factores latentes que puedan provocar incidentes y eventos adversos. El éxito para aumentar la seguridad del paciente es la constancia y la implicación de todos los involucrados en el proceso asistencial: gobiernos, organizaciones de atención sanitaria, asociaciones públicas y privadas, investigadores, asociaciones de profesionales, educadores, profesionales sanitarios, pacientes y sus familias.

6 Bibliografía

1. <https://seguridaddelpaciente.es>.
2. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Ministerio de Sanidad. 2006.
3. Sistemas de comunicación de incidentes y seguridad del paciente en anestesia. Revista Especializada Anestesiología Reanimación. J.I. Gómez-Arnau, A. Bartolomé, J.Á. Santa-Úrsula, A. González, S. García. 2006.
4. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.

5. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Cristián Roccoa, Alejandro Garrido. 2017.

Capítulo 45

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ALEJANDRA ALONSO GONZÁLEZ

AZUCENA ARNIELLA ALVAREZ

MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI

PAULA ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA

LUCIA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Los pacientes que son ingresados en la unidad de cuidados intensivos se les proporciona unos cuidados especializados, ya que son pacientes críticos que necesitan estar monitorizados y controlados en todo momento por la patología grave que tienen. La unidad de cuidados intensivos (Uci) está compuesta por médicos intensivistas (son los encargados de tomar las decisiones y del tratamiento que se les va a poner a los pacientes), enfermería (se encarga de administrar y revisar el tratamiento que ha sido prescrito por el médico intensivista), técnicos en cuidados auxiliares (TCAE) se encargan la higiene del paciente, la comodidad y

del control de temperatura y diuresis, sobre todo en las movilizaciones del paciente) y celadores son las personas encargadas de ayudar en todo lo necesario para movilizar al paciente, transportarlo para realizar pruebas y ayudar en todo lo que se necesite. En la unidad de cuidados intensivos todo el personal sanitario y no sanitario forman un equipo ejemplar y entre todos se ayudan a realizar todo tipo de intervención o movilización al paciente encamado, ya que es prioritario los cuidados de calidad y los beneficios que obtiene el paciente cuando está controlado por los monitores y por el equipo de la unidad.

2 Objetivos

Identificar las funciones del TCAE en la unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en varias bases de datos buscando artículos relacionados con las funciones del TCAE en uci y en la búsqueda se utilizan palabras clave como: uci, cuidados, enfermería, TCAE, higiene, movilización, paciente crítico, intubación, patología, etc.

4 Resultados

La Unidad de Cuidados Intensivos de la UCI es un servicio cerrado, esto quiere decir que en la mayoría de ocasiones las personas que trabajan en esta unidad saben realizar sus funciones y actuar en todo momento cuando un paciente entra en parada cardiorrespiratoria.

Las funciones del técnico auxiliar de enfermería (TCAE) es la de diariamente realizar la higiene del paciente junto con la enfermera y el celador que nos ayudara a movilizarlo en caso necesario, debemos de controlar la temperatura cada 2 horas y bajar la diuresis cada hora, para llevar un balance de lo que el paciente necesite o informar a la enferma para poder solucionar en la medida de lo posible. Los técnicos auxiliares de enfermería, somos los encargados de mantener y cuidar el box en el que se encuentra el paciente, de revisar todo tipo de material que esté esterilizado y repuesto, como las gasas, sondas, pinzas, electrodos, aparatos eléctricos que estén desinfectados diariamente, etc.

En el momento llega un paciente a uci los boxes deben de estar listos y preparados para su llegada y poder poner al paciente todo tipo de monitores, tensiómetros,

pulsímetro para controlarlo en todo momento, después de todo esto debemos de dejar al paciente acomodado y confortable en la cama para que su estancia sea cómoda y así le proporcionemos un bienestar al paciente durante el tiempo que está ingresado en la unidad. Después de realizar todo y que el paciente está confortable en el box, debemos de salir fuera de la unidad para hablar con los familiares y recoger todos los datos posibles, sobre todo teléfono y darle la ropa del paciente al familiar.

También otra de las funciones es de mantener y reponer el carro de curas limpio, sobre todo para el equipo de enfermería, ya que están en todo momento utilizándolo y tenemos que tenerlo repuesto de apósitos, gasas, sueros, tijeras, etc.

Los TCAE implican la limpieza mientras el paciente está sedado, inconsciente o ventilado mecánicamente, hay que mantener la piel del paciente en buen estado siempre hidratada para poder favorecer la circulación sanguínea y así evitar lesiones como las úlceras por presión. Siempre debemos de comprobar el estado de los catéteres, drenajes y sondas para poder controlar la higiene y que estén en buen estado.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es otro sanitario imprescindible en el servicio, ya que forma parte de los cuidados de los pacientes críticos y realiza muchas funciones en la unidad, cuando hay algún cambio en el paciente, el TCAE lo comunica a la enfermera para buscar la solución rápida y adecuada. El TCAE se encarga de mantener el box limpio y repuesto, garantizar el descanso y la seguridad del paciente encamado, ya que este puede estar intubado o sedado, siempre los TCAE están supervisados por el equipo de enfermería, ya que son las personas que delegan sobre los TCAE y nos dicen lo que tenemos que hacer o dar alguna medicación oral al paciente. Todos formamos un equipo, ya que en situaciones complicadas actuamos de manera rápida y eficaz con cada paciente para tener una mejoría y mantener un buen estado de salud durante su estancia hospitalaria en la unidad.

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/g_estor/repositorio/42/ley_ordenacion_profesiones_sanitarias.pdf

3. Ethics. (s/f). Medicina intensiva. Medintensiva.org. Recuperado el 14 de agosto de 2022, de <http://Medintensiva.org>
4. Funlarguia. (s/f). Org.ar. Recuperado el 14 de agosto de 2022, de <http://Funlarguia.org.ar>
5. Material Médico, Clínico y Productos Sanitarios. (s/f). Iberomed. Recuperado el 14 de agosto de 2022, de <http://Iberomed.es>

Capítulo 46

ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

NOELIA MARTINEZ LOBETO

1 Introducción

Es inmensamente desgarrador cuando pensamos en un paciente oncológico, pero sobre todo si el paciente es un niño. Es por ello que nos lleva a hacernos preguntas tales como ¿Por qué a mi niño? ¿Tendrá tratamiento? ¿Habrá una cura? Desgraciadamente no hay respuestas para todas las preguntas que podemos llegar a plantearnos, pero la información y los recursos que existen en este momento nos pueden ayudar a entenderlo en la medida de lo posible. No se conocen con exactitud las causas de la mayoría de los cánceres. Algunos de los cánceres en los niños son causados por una mutación hereditaria (se trata de una mutación genética que puede pasar de padres a hijos). Se cree que en la mayoría de los casos de cánceres surgen como resultado de mutaciones genéticas que causan un crecimiento celular descontrolado y se convierte en cáncer. En adultos, las mutaciones génicas muestran los efectos del envejecimiento y la exposición durante largo tiempo a sustancias que terminan por causar cáncer. Por otro lado, es difícil identificar las posibles causas del cáncer infantil, por un lado porque el cáncer en niños es poco frecuente y por otra parte porque es difícil encontrar el motivo de a que han podido estar expuestos los niños durante su crecimiento.

2 Objetivos

Dar a conocer la oncología pediátrica a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Niño de una edad de 10 años, que manifiesta un diagnóstico clínico previo de dolor en el miembro derecho e inferior, es diagnosticado de un neuroblastoma y con localización bilateral en el cuarto estadio, afectando a la médula ósea y a la columna dorsal y cadera izquierda. Siguiendo los protocolos, se inició el tratamiento quimioterapéutico sin respuesta tras la primera evaluación, y tras la que se decide una segunda línea de quimioterapia con resistencia tumoral suprarrenal y paravertebral en zona derecha. En 2001 se realizó cirugía suprarrenal, confirmándose neuroblastoma con cambios tras la quimioterapia. Durante ese mismo año se procedió a reseca la masa paravertebral; el informe histológico resalta un ganglio neuroma. Continuo con fases de quimioterapia consiguiendo la disminución del volumen tumoral, por lo que fue remitido para realizar tratamiento regional. En 2002 procedimos a la irradiación de un volumen tumoral con márgenes, mediante planificación tridimensional, con fotones y cuatro campos hasta alcanzar una dosis de 25.38 Gy. en ese mismo año se realizó trasplante autólogo, pero a los siete meses se confirma progresión metastásica recibiendo un segundo trasplante en julio de 2003. Durante el mes de noviembre del año 2003 ingresa con carácter de urgencia por cuadro de cefalea temporal izquierda, y le administran tratamiento médico, puesto que viene acompañado en los últimos días de vómitos y malestar. Se realiza TC craneal en el que se observa lesión en lóbulo frontal izquierdo con edema importante y desplazamiento de línea media, compresión del ventrículo izquierdo y se sospecha de sangrado. Se remite al paciente tras poner tratamiento de soporte y medidas para evitar edemas y que no son efectivas. De manera urgente se comienza con tratamiento de radioterapia sobre craneal, usando tele cobaltoterapia y dos zonas laterales. La respuesta al tratamiento fue bastante buena, dando a conocer a los cuatro días de iniciar la irradiación una notoria mejoría del nivel de conciencia con la desaparición de las náuseas, vómitos, malestar y control de la cefalea.

4 Discusión-Conclusión

Las evidencias muestran que los hospitales especializados y con una gran experiencia en el diagnóstico y tratamientos en pacientes con cáncer además de especialistas en Oncología, ofrecen resultados positivos en las tasas de supervivencia y sobre todo disminuye la de mortalidad. Del mismo modo, los cribados de la población han dado a conocer una clarísima efectividad para una mayor tasa de detección, disminución de la mortalidad y aumento de la supervivencia. De igual

forma, la innovación de tratamientos mejoran los resultados.

Para una respuesta rápida a una mejora al cáncer, es fundamental que los pacientes puedan acceder de manera continuada y eficaz tanto a servicios de diagnósticos como a los tratamientos. Sin embargo, los estudios determinan que el tipo de servicios y la financiación para el tratamiento contra el cáncer y su calidad varían exponencialmente de un país a otro. Todo ello afecta a la supervivencia y a las desigualdades entre ciudadanos europeos.



5 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm>
<https://www.analesdepediatría.org/es-la-oncologia-pediatrica-pasado-presente-articulo-S1695403316302004>
<https://www.sehop.org/curso-de-introduccion-a-la-oncologia-pediatrica/>
<https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/servicios-asistenciales/oncologia-integrativa-pediatrica>
<https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-infantil/c%C3%A1ncer-infantil/introducci%C3%B3n-al-c%C3%A1ncer-infantil>

Imágenes: <https://www.javierorive.com/oncologia-infantil-aladina/>
<https://clinicadentalsmileboadilla.com/noticias/oncologia-pediatrica-cuidados-bucodentales/>
<https://www.lavanguardia.com/local/madrid/20161103/411555959677/unidad-lunar-oncologia-ninos-madrid.html>
<https://netmd.org/oncologia-medica/oncologia-medica-news/nuevos-tratamientos-posibles-para-un-c%C3%A1ncer-infantil-poco-com%C3%BAn>

Capítulo 47

EL ICTUS SE PUEDE PREVENIR: MEDIDAS DE PREVENCIÓN

TANIA MESA PEREZ

PAULA VICENTE PEREZ

1 Introducción

Para comenzar, empezaremos analizando que es un ictus. El ictus es un accidente cerebrovascular que en la gran mayoría de los casos provoca discapacidad o incluso la muerte. El ictus es la primera causa de discapacidad en nuestro país, las cifras son demoledoras, alrededor de 120.000 personas sufren un ictus cada año, 30.000 personas pierden la vida como consecuencia de sufrir un ictus y el que no pierde la vida queda con secuelas unas más graves que otras, que convierten a la persona en dependiente.

Un ictus es como un infarto, que se produce a nivel del cerebro, donde se produce la muerte de las células. Puede ser por una rotura de un vaso sanguíneo o porque se haya taponado, en ambos casos el desenlace es el mismo. La persona pasa de estar bien, de ser una persona independiente en su vida diaria, a ser una persona dependiente en el mejor de los casos, ya que como hemos dicho anteriormente provoca la muerte de alrededor 30.000 personas cada año.

Las personas que han sufrido un ictus deben de pasar un largo periodo de su vida entre profesionales realizando todo tipo de rehabilitación, desde aprender a hablar, aprender a masticar, aprender a leer..., hasta aprender a caminar. La rehabilitación es larga y muy costosa, ya que con los servicios públicos no se pueden atender en cantidad de horas todas las necesidades, siendo las familias

las que sufragan los gastos, que son elevados, puesto que hay que pagar horas de logopedia, de fisioterapia...

2 Objetivos

Los objetivos principales de nuestro trabajo son:

- Analizar que es el ictus
- Describir cómo prevenir el ictus en la medida de lo posible

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en distintas bases de datos como Scielo, Dialnet, Medllineplus. Hemos recopilado textos que eran de nuestro interés para el tema que vamos a tratar, y finalmente hemos seleccionado cinco de ellos por ser los que más se adecuaban en cuanto a información sobre nuestro tema.

4 Resultados

Como hemos mencionado anteriormente el ictus es un accidente cerebrovascular, que se produce generalmente de forma brusca e inesperada, se da mayoritariamente en mujeres de más de 65 años, aunque estudios recientes evidencian que cada vez es más frecuente entre personas más jóvenes.

Existen dos tipos de ictus: por un lado tenemos el ictus hemorrágico que es cuando la arteria se rompe provocando una hemorragia que inunda el cerebro y por otro lado tenemos el ictus isquémico, que es cuando dicha arteria queda taponada como consecuencia de un trombo.

La importancia de detectar un ictus a tiempo es vital para la supervivencia de la persona que lo sufre, y no solamente para su supervivencia, sino también para que le queden las menos secuelas posibles. Son varios los signos y síntomas que se deben de tener en cuenta, que evidencian que se está produciendo el accidente cerebrovascular.

Dentro de los síntomas encontramos por ejemplo “la cefalea”, aquella que no se pasa con analgésicos y que persiste durante días, otro de los síntomas es “el entumecimiento de una parte de la cara o del cuerpo”, otro síntoma es “la pérdida de fuerza en alguna extremidad”, “visión doble o borrosa”, uno de los signos más evidentes es cuando la persona no habla correctamente, es decir, dice cosas inconexas, no puede hablar o dice las cosas al revés.

Existe un método para saber si la persona que tenemos delante ha sufrido un ictus, es el método FAST, cada sigla que conforma esta palabra en inglés responde a los parámetros que debemos tener en cuenta, así la F se refiere a cara (face en inglés) y debemos hacer sonreír a la persona para ver si su boca no se tuerce hacia un lado, con la A de brazo (arm) debemos hacer que los levante a la vez, también incluiremos aquí las piernas para valorar la posible pérdida de fuerza, con la S de habla (Speech) habrá que preguntar a la persona afectada cosas concretas como su nombre, que nos diga dónde está, para valorar si responde coherentemente o si no puede ni siquiera expresarse y por último, tenemos la T de tiempo (time), nos recuerda lo vital que es que la persona afectada reciba tratamiento lo antes posible, cuanto más tiempo transcurre desde el accidente cerebrovascular hasta que la persona recibe tratamiento mucho peor para la persona.

Los factores de riesgo que nos llevan a sufrir un ictus son varios, predomina el colesterol, la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo, la tensión arterial alta, la contaminación, el estrés crónico...

5 Discusión-Conclusión

A las conclusiones a las que hemos llegado después de analizar los datos es que el 90% de los ictus pueden prevenirse, para ello sería necesario realizar una dieta mediterránea baja en sodio, con un suplemento de frutos secos, que el aceite de oliva sea la grasa predominante alejándonos de otras grasas más nocivas para nuestra salud, como son las grasas de origen animal. También se recomienda realizar alguna actividad deportiva durante la semana por un periodo de unos 150 minutos de actividad si no es intensiva y habría que reducirla a la mitad si por el contrario es intensiva.

6 Bibliografía

www.elsevier.com

www.clinicbarcelona.org

Capítulo 48

CAMBIOS POSTURALES COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

PAULA VICENTE PEREZ

TANIA MESA PEREZ

1 Introducción

Las UPP son las úlceras por presión, son lesiones que se producen en la piel, como consecuencia de una presión constante, que hace que el flujo sanguíneo deje de fluir y provoque la necrosis de esa zona, llegando incluso a afectar no solamente a la piel sino también a los músculos y hueso del paciente en cuestión.

Los pacientes que se encuentran en un hospital o en una residencia acaban estando durante periodos de tiempo encamados, o por motivos de sus patologías pasan la gran parte del día sentados en una silla de ruedas o sillón, esto hace que se produzca una presión constante en algunas zonas. Siempre se debe cuidar la piel del paciente, pero más aún, si cabe, durante ese tiempo, para evitar que la piel se resienta y se produzcan las tan temidas úlceras por presión, también conocidas como escaras, que lleven al paciente a una pésima situación. Para evitar esa circunstancia se deben realizar cambios posturales, a lo largo de las 24 h del día, si el paciente puede moverse por sí mismo, habría que animarlo a que realice dichos cambios, si no puede moverse le correspondería realizar esos cambios a la técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el TCAE en la prevención de las úlceras por presión en el paciente encamado, resaltando la importancia de los cambios posturales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las úlceras por presión se pueden producir en cualquier parte del cuerpo humano pero sobre todo en las prominencias óseas, que son las zonas que están más próximas a la superficie con escasa grasa y escaso músculo, como pueden ser los tobillos, los talones, las nalgas, el sacro, los codos, los dedos de los pies, los trocánter... De hecho en porcentajes tenemos como las más frecuentes las del sacro con un 24%, la de las nalgas con un 23%, después seguirían los trocánter con un 15%, los talones con un 9% y los tobillos con un 7%.

Las causas de las UPP pueden ser por factores intrínsecos (propios del paciente, como pueden ser la incontinencia, la edad, sus distintas patologías) o extrínsecos (ajenos al paciente, como por ejemplo la piel húmeda, la presión prolongada sobre esa zona...). Nosotras vamos a centrarnos en nuestro trabajo en los factores extrínsecos, que son en los que podemos intervenir para mejorar la calidad de vida del paciente, básicamente nos vamos a centrar en los cambios posturales y el aseo del paciente como medidas de prevención.

Cuando el paciente está encamado corresponde a la técnico en cuidados auxiliar de enfermería velar por la integridad de la piel del mismo, afín de evitar que se dañe la piel y se produzcan infecciones. Una vez realizado el aseo de manera adecuada, secaremos la piel con toquitos suaves sin arrastrar la toalla, poniendo especial atención en los pliegues y además en las mujeres debajo de las mamas también, ya que si no se seca bien se puede producir una maceración de la piel. De-

spués se procederá a echarle crema o aceite de almendras al paciente, extendiéndolo bien para que la piel lo absorba.

Realizado el aseo se procederá a realizar los cambios posturales, estos se realizarán durante el día cada 2 horas y por la noche cada 4 horas. Por regla general, si el paciente se encuentra en decúbito supino se procederá a cambiar al paciente a decúbito lateral, en el mismo sentido que las manecillas del reloj, además la tcae evitará que se produzca en la piel del paciente ningún tipo de fricción o cizallamiento con las sábanas, las cuales deberán estar secas y sin arrugas.

5 Discusión-Conclusión

Los protocolos de actuación establecidos sobre el manejo y cuidado del paciente encamado son muy claros, la tcae junto con el celador (que ayuda en la movilización del paciente) tienen la obligación de llevarlos a cabo y mejorarlo en la medida de lo posible. "Es necesario una buena higiene en el paciente, un buen cuidado de la piel y la realización de cambios posturales a las horas marcadas, así como estirar correctamente las sábanas y manteniendo al paciente seco sin contacto con prendas o pañales mojados" para evitar las ÚPP. Según los estudios revisados y los numerosos textos que hemos encontrado acerca de las UPP, llegamos a la conclusión que realizando el trabajo correctamente, podemos evitar la aparición de las UPP.

6 Bibliografía

www.mayoclinic.org
www.cancer.org

Capítulo 49

CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS

VILMA DIAZ PEREZ

1 Introducción

El aislamiento hospitalario son una serie de normas para evitar que las enfermedades se propaguen. Por lo tanto el propósito del aislamiento hospitalario es reducir el riesgo de infección para el personal medico pacientes y familiares de estos, como también reducir la tasa de infecciones hospitalarias. La práctica de aislar a este tipo de pacientes debe basarse en tres principios básicos: comprender el mecanismo de transmisión de patógenos, comprender el propósito del aislamiento y prevenir el riesgo de infección entre pacientes, de paciente a equipo médico y viceversa. La Oficina de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) es la principal agencia responsable de publicar pautas para la prevención y el control de infecciones nosocomiales. Fue en 1970 cuando se descubrieron los primeros métodos de aislamiento, incluyendo 7 tipos de aislamiento: entérico, cerrado, de heridas y piel, protector, respiratorio, de sangre y de secreciones, luego en 1983 fueron reemplazadas por unas nuevas Pautas de Aislamiento, aboliendo el aislamiento protector y estableciendo 6 nuevas categorías: de contacto, drenante, aguda, respiratoria, de secreciones y de tuberculosis. En 1985 se pusieron en marcha una serie de precauciones universales a raíz de la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Este sistema de precauciones fue establecido por el centro de control de enfermedades (CDC).

Todo trabajador de la salud tiene que tener en cuenta que cualquier paciente puede estar infectado por cualquier agente en sangre o aéreo.

2 Objetivos

Explicar cuáles son los conocimientos del TCAE en cuanto a aislamientos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consistente en una revisión sistemática de literatura científica existente. Se ha realizado un estudio y consulta en bases de datos de cuiden plus, scielo y google académico.

4 Resultados

Tipos de aislamiento:

Aislamiento absoluto o estricto: prevención de la transmisión de infecciones que son muy contagiosas o virulentas.

Se tomarán las siguientes medidas: uso de mascarilla, guantes, bata, lavado de manos y habitación cerrada.

Aislamiento respiratorio:

Se da cuando la diseminación de partículas menores de 5 micras permanecen suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo. Estos microorganismos se dispersan por las corrientes de aire y son inhalados por el huésped susceptible dentro del mismo habitáculo. Se deberá colocar al paciente en una habitación individual o con otro paciente en condiciones similares, el espacio deberá estar cerrado y con presión negativa.

Aislamiento por gotas:

Se produce con el contacto cercano con un infectado. Se propaga a través de la tos, de el estornudo o del habla. La distancia que recorren las gotas es de un promedio de 1 metro y se depositan en el ambiente muy rápidamente.

Los pacientes deben estar dispuestos en una habitación separada o en la misma habitación con otros pacientes con el mismo patógeno, la distancia entre el paciente y el visitante debe de ser de al menos 1 metro. Se tomarán las siguientes medidas: lavado de manos, uso de guantes, batas desechables y mascarillas.

Transmisión por vehículos comunes:

Esta transmisión se produce cuando los microorganismos se transmiten por comida, agua, medicamentos, o artículos.

Transmisión por vectores:

Esta transmisión depende de la presencia de patologías de enfermedades tropicales como pueden ser malaria, dengue, fiebre amarilla, leishmaniosis, etc.

Precauciones empíricas:

Suele ser habitual que los pacientes que ingresan no tienen un diagnóstico definitivo, a raíz de esto pueden poner en peligro al resto de pacientes y personal sanitario. Por lo tanto esto justifica la puesta en marcha de precauciones empíricas desde la recogida de muestras hasta los resultados diagnósticos.

5 Discusión-Conclusión

Todas estas medidas de precaución se deben llevar a cabo hasta obtener dos o tres muestras consecutivas con un intervalo de una semana, hasta que se revelen los resultados negativos de factores de riesgo.

El aislamiento hospitalario no se basa solo en aislar a los pacientes si no que también aplicar medidas de barrera de protección para evitar la contaminación por fluidos corporales, sangre, secreciones o evitar el contagio de microorganismos a otro paciente. Las medidas de aislamiento deberán de quedar reflejadas en la orden de tratamiento ya sea aislamiento por gotas, aislamiento inverso, aislamiento de contacto etc. Se deberá dar una información completa tanto al paciente como a los familiares de las medidas de precaución a tomar sin provocar alarma y solo recomendar medidas que sean precisas.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/guia-practica-para-tcaes-infecciones-transmisibles/#Aislamiento-de-contacto>
2. <https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/informacion-general/calidad/precauciones-aislamientos-patologia-infecciosa>

Capítulo 50

UNIDAD QUIRÚRGICA EN EL QUIRÓFANO

CELIA MARTÍNEZ GÓMEZ

1 Introducción

Cuando un paciente se tiene que someter a una cirugía, un equipo formado por personal médico ayuda al cirujano durante la operación. El número de miembros del equipo varía dependiendo del tipo de cirugía que se realice. Hay diferentes clasificaciones de los miembros del equipo quirúrgico, una primera distinguiría entre el personal sanitario y no sanitario y una segunda clasificación diferente al personal sanitario en estéril y no estéril. El equipo quirúrgico da al paciente una serie continua de cuidados antes, durante y después de la intervención. Todos los miembros del equipo quirúrgico deberán actuar al unísono y en armonía para el éxito de la actuación, deberán estar familiarizados con los procedimientos y las normas y deben de estar preparados para los imprevistos. En el quirófano se necesita una buena organización del equipo quirúrgico, cada miembro con sus funciones y responsabilidades. Es importante en el personal del equipo quirúrgico ser empático, concienzudo, eficiente, sensible, dar comprensión, tranquilizar y apoyar. El proceso quirúrgico completo es desde que se da cama al paciente, se pasa por quirófano hasta la unidad de reanimación. Hay que establecer un protocolo conjunto entre las diferentes unidades donde deben aparecer: Registro prequirúrgico. Encamación. Registro quirúrgico. Operación. Registro postquirúrgico. Reanimación.

2 Objetivos

Dar una visión general del personal sanitario y no sanitario que trabaja en un equipo quirúrgico y las tareas que realizan cada una de ellas.

3 Metodología

Revisión bibliográfica. Para hacer este póster he revisado protocolos de actuación en una unidad quirúrgica, también navegando en Google, libros sobre esta materia, revistas científicas y visionando videos de profesionales en el tema, pero sobre todo leyendo el libro MANUAL DE ENFERMERIA QUIRURGICA.

4 Resultados

El equipo quirúrgico de personal sanitario lo componen los siguientes profesionales:

- 1 El cirujano.
- 2 el ayudante del cirujano.
- 3 enfermeros.
- 4 TCAE.
- 5 anestesta.

Dentro de estos profesionales sanitarios se puede hacer una clasificación de dos grupos:

- Estéril que hace referencia a los profesionales que hacen el lavado quirúrgico para la operación estos son: Cirujano, ayudante de cirujano y enfermera o instrumentista.
- No estéril, son los profesionales que no hacen el lavado quirúrgico son: enfermera circulante, enfermera anestesta, TCAE y anestesta. 1 CIRUJANO: El cirujano es el responsable del tratamiento médico y quirúrgico del paciente. Es el que lleva el mando en el acto quirúrgico. 2 AYUDANTE DEL CIRUJANO: Puede ser un médico adscrito, residente o interno. Su función es colaborar con el cirujano en la visibilidad de la zona quirúrgica usando separadores, ayuda en la hemostasia, aspira el campo quirúrgico y sutura las heridas. 3 ENFERMEROS: Dentro de los enfermeros se distinguen tres tipos: el enfermero instrumentista, que mantiene la seguridad en el campo quirúrgico, es responsable de colocar y entregar el material al cirujano y a su ayudante el material e instrumental. La enfermera anestesta, se ocupa de cuidar al paciente antes, durante y después

de los procedimientos quirúrgicos, controla en todo momento las funciones del cuerpo del paciente y puede modificar la anestesia. La enfermera de quirófano o circulante, asisten al cirujano durante la operación, hará lo posible porque el paciente este cómodo y si entra despierto al quirófano responderá a las dudas que le plantee. 4 TCAE: Esta coordinada con la enfermera, hace funciones antes, durante y después de la operación, recibe al paciente, le da el material necesario, envía las muestras al laboratorio, ayuda a contar el material y lo manda a esterilizar... El equipo de personal no sanitario lo componen: los celadores, el personal de limpieza, administrativos, otros. El celador traslada al paciente al quirófano, el personal de limpieza limpia el quirófano después de cada operación, el administrativo cumplimenta todo lo relativo al paciente, otros como el personal de laboratorio, RX...

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el equipo quirúrgico tenga unos objetivos comunes y tengan muy claras las funciones específicas de cada uno de ellos. Sus miembros deben de estar completamente capacitados para realizar los procedimientos, estructuras, equipamiento y normativas para poder realizar un buen trabajo. Deben de tener entre ellos confianza, cooperación y consideración para que la operación salga bien.

Los pacientes que van a ser intervenidos deben percibir en todo momento bienestar y sentirse seguros al ser atendidos por el personal médico. Una de las múltiples funciones del personal sanitario en el quirófano es reunir el equipo instrumental y el material necesario para las intervenciones. Dentro del área quirúrgica el personal sanitario debe de estar informado de todo lo relacionado con el paciente, tanto en lo médico como en lo personal.

6 Bibliografía

Manual de enfermería quirúrgica del hospital de Galdakao.
Bloque quirúrgico complejo hospitalario Universidad De Albacete.

Capítulo 51

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

CELIA MARTÍNEZ GÓMEZ

1 Introducción

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es una enfermedad infecciosa causada por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Se transmite sexualmente, a través de la sangre o de la madre al feto y hace que las defensas naturales del organismo bajen hasta desaparecer por completo.

Algunos estudios muestran que el virus del papiloma humano podría haber sido transmitido a humanos por chimpancés a fines del siglo XIX.

Se supone que podría haberse transmitido a humanos que cazaron dichos animales y entraron en contacto con la sangre de estos que estaba infectada.

Comenzó a extenderse por África lentamente durante varias décadas y luego a otras partes del mundo.

El SIDA se transmite a través de ciertos fluidos corporales como la sangre, el semen y el líquido preseminal, las secreciones vaginales y la leche materna.

Cuando uno de estos fluidos entra en contacto con membranas mucosas o tejidos dañados o se inyecta en el torrente sanguíneo, se transmite el SIDA. No hay cura actualmente para el sida, una vez contraído el VIH se tiene toda la vida.

En el síndrome de inmunodeficiencia adquirida existen tres fases:

Fase 1: Infección aguda por el VIH.

Fase 2: Infección crónica por el VIH.

Fase 3: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Gracias a los tratamientos antirretrovirales las personas con sida pueden llevar una vida normal, aunque sea una enfermedad crónica.

2 Objetivos

Con este trabajo queremos dar a conocer una enfermedad en la que el virus de inmunodeficiencia humana afecta y debilita el sistema inmunitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica 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 caso de que una persona se haya contagiado, se deben realizar pruebas de diagnóstico, las cuales constan de dos pasos: -Prueba de detección: por lo general son pruebas de sangre o fluidos corporales tapados.

En estas analíticas se buscan anticuerpos contra el virus, el antígeno o ambos.

-Pruebas de seguimiento o de confirmación: generalmente realizadas cuando la prueba de detección resulta positiva.

Las fases del VIH o SIDA son 3:

Fase 1 infección aguda: Los enfermos tienen gran cantidad de VIH en la sangre, por lo que son muy contagiosos.

Los síntomas de influenza son escalofríos, erupciones en la piel, dolor muscular, dolor de garganta, cansancio, inflamación de los ganglios linfáticos, úlceras, diarreas y pérdida de peso.

Si tiene estos síntomas y cree que ha sido infectado con el virus, consulte a un médico para que le realice una prueba de antígeno de anticuerpos o una prueba de ácido nucleico.

Fase 2 infección crónica por VIH: (fase de infección asintomática o de latencia clínica). En esta fase el virus sigue activo, pero a niveles bajos y podría no tener síntomas. Esta fase puede durar 20 años o más si no se hace tratamiento para el VIH, aunque en algunas personas se puede propagar más rápidamente. Durante esta fase se puede contagiar el VIH. Al término de esta fase crece la cantidad de VIH en la sangre y se reduce el nivel de células CD4, según va aumentando los niveles del virus y la infección va progresando a la fase 3 se pueden presentar síntomas.

Las personas que reciben tratamiento no deberían llegar nunca a la fase 3. Fase 3 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA): Es la fase más grave del VIH, en esta fase el sistema inmunitario está muy dañado y se tienen una cantidad de enfermedades graves que se denominan enfermedades oportunistas.

Cuando el recuento de células CD4 bajan de 200 células/mm en las personas se recibe el diagnóstico de SIDA. Las personas con sida tienen una carga viral muy alta y son muy contagiosas.

Si no hay tratamiento los enfermos de sida tienen unas expectativas de vida de 11 años por lo general.

El sida se trata con medicamentos que hacen que el virus no se reproduzca, se conoce como terapia antirretroviral (TARV).

Son necesarias analíticas de sangre a menudo para asegurar que la carga viral se mantenga baja, de todas formas, el tratamiento no hace desaparecer la infección, hay que tomarlo todos los días si no es así la carga viral aumenta, el virus se hace resistente a los fármacos y el tratamiento no funciona.

Las principales medidas de prevención son: no usar agujas de otras personas, no tener contacto con sangre de otra persona, si una mujer embarazada está infectada no dar de mamar al bebé y tener relaciones sexuales con precaución (uso del preservativo).

5 Discusión-Conclusión

El VIH es el virus de la inmunodeficiencia humana y ataca al sistema inmunitario del cuerpo. En caso de no tratarse, puede causar SIDA, que es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Actualmente no hay cura, una vez contraída la enfermedad se tiene para el resto de la vida .

Con una atención médica adecuada puede ser controlada.

Las personas que tienen la enfermedad con un tratamiento adecuado pueden tener una buena calidad de vida y proteger a sus parejas sin ser enfermadas ellas también.

Hoy en día se está trabajando para el desarrollo de una vacuna que sea capaz de curar esta enfermedad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 52

SERVICIO DE UROLOGÍA

CELIA MARTÍNEZ GÓMEZ

1 Introducción

La urología es la especialidad médico-quirúrgica que se basa en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que se dan en el aparato urinario, en las glándulas suprarrenales y en el retroperitoneo de ambos sexos, se ocupa también del aparato reproductor masculino. En su ámbito de actuación también se encuentra el riñón y sus estructuras adyacentes, las vías urinarias y el aparato reproductor masculino haciéndose cargo de todos los problemas de estos órganos.

En la especialidad de la urología existen diferentes especialidades:

UROLOGIA INFANTIL: Es la subespecialidad de la urología que se ocupa de las malformaciones y enfermedades del sistema urogenital de niños y adolescentes.

UROLOGIA FEMENINA: Las mujeres deben acudir al urólogo cuando tienen trastorno o patologías en las vías urinarias tanto en el riñón, la vejiga o en la uretra. Trata las incontinencias urinarias, las infecciones, los cálculos, los tumores, etc. Se tratan desde el punto de vista médico y también del quirúrgico.

UROLOGIA GERIATRICA: Se dedica a tratar las patologías del aparato reproductor en los ancianos.

ANDROLOGIA: En esta subespecialidad de la urología se estudia, investiga y se explora todo lo relacionado con la función sexual y la reproducción masculina. La andrología estudia los trastornos de erección y la infertilidad masculina, también se encarga de los tumores prostáticos.

UROLITIASIS: Es la subespecialidad de la urología que trata el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de las patologías con formación de cálculos urinarios.

UROLOGIA ONCOLOGICA: Trata los tumores tanto malignos como benignos que se producen en el aparato urinario de ambos sexos y también trata los tu-

mores del aparato reproductor masculino, se centra más en los tumores malignos.

ENDOEUROLOGIA: Es una técnica quirúrgica en la que se tratan las enfermedades del tracto urinario con la mínima invasión.

2 Objetivos

Dar a conocer todas las enfermedades del aparato urinario, así como del retroperitoneo y las enfermedades del aparato reproductor masculino, sin diferencia de edad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. He buscado información en el libro de Urología Práctica y en el libro Terapéutica Urológica del Doctor Vitoriano Molina, urólogo por excelencia. También visionando videos sobre el tema, leyendo revistas científicas y visitando varias páginas web.

4 Resultados

Las enfermedades más comunes del aparato urinario son:

CISTITIS: Es la inflamación de la vejiga por una infección bacteriana. Comúnmente conocida como infección de orina. Es más común en mujeres y su sintomatología es: dolor al orinar, necesidad continua de miccionar, dolor pélvico, puede cursar con fiebre, orina de mal olor, sangre en la orina(hematuria) y poca cantidad de orina en las micciones.

El tratamiento más habitual suele ser por antibióticos.

PROSTATITIS: Es la inflamación de la próstata, la glándula que produce el semen. Suele producirse por una infección bacteriana, aunque a veces se produce por motivos desconocidos.

Cursa con dolor al eyacular, al orinar, malestar en los testículos, sangre al orinar y dolor abdominal. Se trata con antibióticos si es una infección bacteriana, también se pueden administrar antiinflamatorios para el dolor.

URETRITIS: La uretritis es la inflamación de uretra que es el conducto que lleva la orina desde la vejiga al exterior. Su principal causa suele ser por bacterias u

hongos, aunque también puede ser producida por un virus. Cursa con: dolor en el acto sexual, dolor al orinar, sangre en orina y semen, fiebre, dolor pélvico, etc. El tratamiento se hará con antibióticos para la infección y analgésicos para el dolor.

CALCULOS RENALES: Se conocen coloquialmente como piedras en el riñón. Son unos minerales que se forman dentro de los riñones como consecuencia de la cristalización de algunos componentes de la orina, los suele producir la falta de hidratación, las comidas ricas en proteínas, sal y azúcares, la obesidad, etc. Si el cálculo renal es pequeño puede ser expulsado con la orina, cuando es de mayor tamaño no puede pasar por los uréteres y eliminarlos es muy doloroso. Puede ser necesario realizar una cirugía para eliminarlos.

Cursa con: Dolor al orinar, dolor fuerte debajo de las costillas, ganas constantes de orinar con muy poco flujo, náuseas y vómitos.

El tratamiento puede ser antibiótico, si así no se elimina será necesario realizar una cirugía.

INCONTINENCIA URINARIA: Es un trastorno que hace que la persona que lo padezca tenga poca calidad de vida, pues se pierde el control de la vejiga y no se controlan las ganas de orinar. Se produce por diferentes trastornos y es una señal de que algo no funciona bien en nuestro interior. Su principal síntoma es que no se controla las ganas de orinar y se puede perder orina cuando se tose, se estornuda o cuando se hace algún esfuerzo. Suele ocurrir cuando se tiene una edad avanzada generalmente.

Los tratamientos más comunes suelen ser: fortalecimiento del suelo pélvico, medicamentos, anticolinérgicos, cirugía, etc. La prevención es muy importante, hay que evitar el sobrepeso, el alcohol, el tabaco e incluir la fibra en la dieta.

NOCTURIA: Es muy frecuente en personas de edad avanzada, consiste en que despiertas por la noche varias veces para orinar, esto hace que no se descanse. Puede ser producida por infecciones urológicas, insuficiencia renal, abusar de la cafeína y el alcohol, beber mucho por la noche, etc. Este trastorno se ve favorecido por la menopausia y la hipertensión arterial.

Cursa con poliuria que es la producción abundante de orina.

El tratamiento es evitar la ingesta de líquidos, evitar el café, el alcohol, ya que son diuréticos.

PIELONEFRITIS: Es una enfermedad que se produce por una infección que comienza en la vejiga y se propaga a los riñones. Puede ser debida a haber padecido una cistitis o una uretritis que no fueron curadas correctamente y esto hizo que los patógenos llegaran a los riñones.

Cursas con: Ganas constantes de orinar, dolor al orinar, fiebre, hematuria, sangre

en semen, náuseas y vómitos.

Esta patología debe de ser tratada en la mayor brevedad posible porque puede derivar en una insuficiencia renal grave.

INSUFICIENCIA RENAL: Es una enfermedad urológica en la que los riñones pierden su capacidad de depuración puede ser aguda o crónica. Sus causas son variadas: Traumatismos renales, cálculos renales, problemas circulatorios, etc.

Cursa con: poca orina durante la micción, hinchazón de las extremidades inferiores, cansancio, mala respiración y náuseas. No hay cura para esta enfermedad, una vez se dañan los riñones ya no se recuperan, se puede ralentizar la enfermedad reduciendo la presión arterial y el colesterol y regulando los niveles de azúcar en la sangre.

SINDROME NEFROTICO: Es una patología en la que se eliminan muchas proteínas en la orina.

Se produce por daños en los vasos sanguíneos de los riñones por lo que las células renales no pueden retener las proteínas y se eliminan como si fueran desechos. Se producen por tener otras patologías renales tomar muchos medicamentos o por padecer hepatitis.

Cursa con: orina espumosa, pérdida de apetito, aumento de peso, cansancio e hinchazón de ojos y pies. El tratamiento pasa por curar la enfermedad que la causa.

CANCER DE VEJIGA: Se produce en las células uroteliales de la vejiga y se da más en hombres que en mujeres.

Las causas más habituales son el tabaquismo, la exposición excesiva a radiaciones o a compuestos químicos, irritación crónica de la vejiga e infecciones.

Cursa con: hematuria, poliuria, dolor pélvico, dolor al orinar, dolor de espalda. El tratamiento dependiendo de la fase en que se encuentre el cáncer será quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, etc.

5 Discusión-Conclusión

El urólogo sabe con precisión la anatomía, fisiología, fisiopatología, etiología y nosología, reconoce los métodos de diagnóstico y los procesos médicos terapéuticos y quirúrgicos de los órganos del aparato urinario y del aparato reproductor masculino.

El desarrollo de la urología en el siglo 20 ha sido maravilloso debido al avance en las técnicas endoscópicas, gracias a las a los avances realizados en la urología otras especialidades como la cirugía digestiva torácica ginecológica y otorrinolaringología se han beneficiado de ello.

Después de los problemas críticos las patologías urológicas suelen ser las que mayor trastorno provocan en las mujeres. Suele afectar más a las mujeres que a los hombres por su morfología, ya que la uretra de la mujer es más corta que la del hombre.

Es necesario hacer revisiones urológicas a partir de los 40 o 45 años, pues a partir de estas edades es cuando suelen aparecer enfermedades como el cáncer de próstata. Las revisiones son un método eficaz para prevenir de manera precoz las enfermedades.

6 Bibliografía

Diccionario Medico Top Doctors
Asociación Española De Urología
Librería Medica
Cuidate Plus.

Capítulo 53

LOS DISTINTOS RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA ELENA FELGUERES MIRAVALLS

1 Introducción

El riesgo biológico es el riesgo laboral más frecuente que se encuentra el personal sanitario en los centros sanitarios; mediante la exposición a microorganismos, los cuales crean enfermedades. Todo profesional sanitario está expuesto al contagio y transmisión por distintas vías, dado que están en contacto bastante tiempo con los pacientes.

Es imprescindible que los trabajadores de los hospitales conozcan y cumplan con las normativas establecidas en los protocolos para la prevención de riesgos biológicos que se dan en cualquier centro sanitario.

Las vías de entrada más destacables de los agentes biológicos dentro de los hospitales son:

- Vía parenteral (cortes, pinchazos, etc)
- Vía cutánea
- Vía digestiva
- Vía respiratoria

Los servicios de salud disponen de sistemas de seguridad para la eliminación de los riesgos biológicos que pudiesen aparecer, bajando así las exposiciones percutáneas o accidentes con pinchazos.

La bioseguridad en el ámbito sanitario es un conjunto de herramientas cuyo objetivo es proteger la salud, siendo prioritario buscar la seguridad de los pacientes

y de todo el personal que brinda su labor en cualquier centro sanitario. También es imprescindible dar formación a los trabajadores para usar los materiales de forma eficiente.

Existen contenedores para aquel material punzante o que entre en contacto con fluidos corporales.

2 Objetivos

El objetivo principal es exponer los distintos riesgos biológicos que se exponen los trabajadores de los centros sanitarios diariamente y cuáles son las vías de transmisión

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consultando las principales bases de datos tales como Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico. También se han consultado artículos de revistas y libros científicos, relacionados con el tema a estudiar.

4 Resultados

Los riesgos biológicos pueden afectar tanto a las personas como al medio ambiente. Las medidas para evitar la propagación estarán relacionadas con el agente infeccioso o el riesgo biológico que exista.

Forman parte de los agentes biológicos las bacterias, los parásitos, los virus, las toxinas y la exposición puede ser directa o indirecta.

Las fuentes de estos agentes pueden ser pacientes, trabajadores, etc., así como materiales biológicos y los instrumentos contaminados.

Tras evaluar el riesgo, se debe intentar eliminar o reducir la exposición al nivel más bajo.

Entre las medidas de prevención se encuentra la limpieza, donde se incluye la desinfección, la esterilización y la desratización.

Otra medida será la vigilancia sanitaria debe haber un registro en el historial médico del trabajador.

Es fundamental promover procedimientos dirigidos a la prevención de accidentes y enfermedades dentro del entorno hospitalario.

El servicio de medicina preventiva es el encargado de la formación de los trabajadores, dando charlas informativas, y también dando cursos de prevención de riesgos para las distintas categorías sanitarias. Siendo así todos los trabajadores deberían adoptar todas las medidas necesarias para prevenir accidentes.

Existen las precauciones universales como medida preventiva laboral, principalmente frente a riesgos derivados de microorganismos en la sangre. Mantener la inmunidad es fundamental en los programas de prevención y control dirigidos a los trabajadores sanitarios.

Si el personal sanitario está inmunizado, se protegerá de algunas enfermedades infecciosas. Por ejemplo, la vacunación de los trabajadores.

Otra medida de protección serán los EPI (equipos de protección individual), disminuyendo de manera notable el riesgo de contraer infecciones por riesgos biológicos. Dentro de los EPI encontramos batas, mascarillas, guantes, protecciones oculares...

Desde la pandemia de la COVID-19 se han usado más los Equipos de Protección Individual dado que se transmitía por aerosoles y los sanitarios no se infectasen.

5 Discusión-Conclusión

Se deberían crear protocolos para prevenir y disminuir el riesgo que hay en las actividades y para mejorar las condiciones del trabajador.

Puede ser un protocolo de orden y aseo, protocolo para usar los documentos de protección personal, protocolo de exposiciones ocupacionales y un esquema de vacunación.

Todos los profesionales del área de salud se exponen a enfermedades de fácil transmisión y así como el contacto con sangre o fluidos corporales a pinchazos. Una medida de control correcta sería identificar si un paciente se ha contagiado por algún patógeno transmitido a través de la sangre o fluido corporal.

Todos los profesionales sanitarios deben conocer las medidas de bioseguridad, siendo fundamental para atender y dar seguridad a los pacientes.

6 Bibliografía

de Enfermería Ocronos, R. M. y. (2020). Riesgos biológicos en hospitales. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/riesgos-biologicos-en-hospitales/>

Rodríguez González, M. (2009). Riesgos biológicos en instituciones de salud. Med-wave, 9(7). <https://doi.org/10.5867/medwave.2009.07.4040>

Capítulo 54

ATENCIÓN HOSPITALARIA ONCOLÓGICA

MARIA JESUS FERNANDEZ MORILLA

1 Introducción

La oncología, está basada en la medicina interna , ya que se requiere un conjunto de especialidades .La atención al paciente oncológico, se inicia desde el diagnóstico , tratamiento, (cirugía , quimioterapia, radioterapia , terapias biológicas) , evolución, tanto para finalizar con la recuperación o acabar con paliativos.

La oncología es el estudio del cáncer. Un oncólogo es el médico que trata el cáncer y proporciona atención médica para una persona diagnosticada con cáncer.

La actitud del personal que componen la unidad, es personalizar el tratamiento e individualizar al máximo la patología del paciente , involucrar a su familia en la toma de decisiones junto con el paciente.

Hay que tener en cuenta que si se quiere tener unos cuidados de calidad, debemos de tener las demandas de este tipo de pacientes, y en la mayoría de casos , las principales actuaciones tenían que ser:- Buenos cuidados profesionales,- cuidado centrado en la persona y un cuidado que abarque más allá del tratamiento clínico En la hospitalización el papel fundamental de los cuidados en estos pacientes es del personal de enfermería , ya que son las que tienen un trato más estrecho con ellos

Las opciones de tratamiento oncológico incluyen las siguientes:

- Cirugía , el objetivo es extirpar el cáncer por completo
- Quimioterapia , destruir células cancerosas
- Radioterapia,
- Trasplante de médula ósea

- Inmunoterapia
- Terapia hormonal
- Tratamiento farmacológico dirigido
- Crioablación
- Ablación por radiofrecuencia
- ensayos clínicos

2 Objetivos

Dar a conocer los objetivos de la atención hospitalaria oncológica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica 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 organización mundial de la salud indica que “es esencial una buena comunicación entre los profesionales de la salud, los enfermos y las familias de éstos

.

Generalmente los médicos a veces dan mucha más importancia a a tratar el dolor del paciente , que la comunicación y desde luego ambas cuestiones son igual de importante

Dependiendo del tratamiento y tipo de tumores de los pacientes, los resultados son unos u otros, incluso en algunos carcinomas pueden llegar a la curación , gracias a todas las investigaciones que se hacen en este campo que es tan extenso También hay una opción muy importe tras los resultados de los tratamientos, si la cosa no va como se desea respecto a los resultados, tener una segunda opinión , bien en un hospital privado, o ir a otra comunidad autónoma que puedan que tengan algún tipo de tratamiento donde en su ciudad no este contemplado por su servicio de salud, que a veces puede pasar.

Tras los tratamientos e incluso si hay cirugía y no se consigue parar el crecimiento del tumor, el siguiente paso que se da tanto al paciente como a la familia

, ya que no está en nuestras manos más posibilidades para el enfermo , son los cuidados paliativos , de esta manera se pretende mejorar la calidad de vida del paciente e incluso de familia y cuidadores, ya que es muy difícil ver a un ser querido sufrir de dolores . La medicina paliativa es fundamental en la atención oncológica , comunicación , apoyo y medidas terapéuticas adecuadas .

Los tratamientos paliativos comienzan cuando a un enfermo tiene un pronóstico fatal de 3-6 meses .

Existen 3 escalas , que repasan los aspectos físicos y emocionales del paciente y son :

1- Edmonton Symptom Assessment System , son 10 escalas que examinan 9 síntomas

2- Support Team Assessment Schedule (STAS) , es para aplicarla en domicilio

3- Palliative Outcome Scale, es una escala general , que dispone de un cuestionario para el enfermo y otro para los profesionales

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la respuesta a un tratamiento de cancer , los pacientes tiene que tener un buen acceso y rápido a los servicios de diagnosticos y a los tratamientos Programas de cribado poblacionales

Se llega a la conclusión que es fundamental la prevención del cancer , chequeo anual a partir de los 40 años , las medidas de detención precoz del cancer de mama, y colon sobre todo .

Tambien hemos llegado a la conclusión de que tras a ver pasado un pandemia, ingresan pacientes oncologicos con la enfermedad más avanzada, y peor situación La causa puede ser debido a retraso en los tratamientos y tambien en el diagnostico

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-valoracion-general-del-paciente-oncologico-13094772>.
2. ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS CONTINUOS Vicente Valentín, Carlos Camps, Juan Carulla, Ana Casas y Manuel González Barón Sección de Cuidados Continuos. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).
3. <https://www.monografias.com/trabajos12/cance/cancer>.

Capítulo 55

CUIDADOS POST MORTEN

NOELIA MARTINEZ LOBETO

1 Introducción

Se podría definir como cuidados post morten, a todos aquellos cuidados que se realizan desde el momento que el médico certifica a la muerte y sucede el paro de todos los signos vitales. Para certificar esta muerte, el médico ha de reconocer el cadáver y emitir un certificado que verifique el fallecimiento.

Estos cuidados son; amortajar, respeto y por supuesto el duelo.

A continuación se hablará con la familia para informar de la situación y el desenlace de la forma mas humana posible, y se le permitirá a la familia pasar un tiempo prudencial con él. Seguidamente y una vez abandonen la habitación comenzaremos con los cuidados, llamados cuidados post morten. Estos llamados cuidados son los que se le realizan al paciente tras su fallecimiento y su resultado final es preparar el cadáver para que se encuentre en condiciones óptimas tanto si es para el velatorio como si es trasladado a un quirófano para donar sus órganos o para realizar autopsia.

El propio cadáver debe ser tratado con absoluto respeto, silencio y completa discreción. El trabajo al cuerpo ha de ser realizado antes de que comiencen los primeros signos del rigor mortis, de no ser así seria muy difícil trabajar el cuerpo del paciente adecuadamente.

MATERIALES A USAR:

Mortaja o sudario, Vendas, esparadrapo. Recipiente con agua y jabón, Esponja, Guantes, Toalla, Material varios para realizar curas, pinzas, tijeras, jeringas, algodón, bolígrafo y una etiqueta para identificar el cadáver.

2 Objetivos

Estudiar los cuidados post mortem en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Este trabajo fue realizado recurriendo a la biblioteca local en búsqueda de libros sobre el tema. Además también se utilizó unos apuntes dados en los cursillos realizados del módulo de grado medio en Auxiliar de Enfermería. Otra de las fuentes y la más utilizada fue el uso de internet y páginas investigadas, verificando la información comparándola y contrastándola con otras páginas.

4 Resultados

Los cuidados post mortem empiezan una vez el médico ha certificado su muerte. Cuando eso suceda se comunicará a la familia de una forma cuidadosa teniendo en cuenta la situación, pensamiento o ideológica que la familia tenga sobre su muerte y deben ser respetadas en todo momento, ya que uno de los motivos principales es el saber transmitir a la familia apoyo y no se debe mezclar la ideología particular del médico con el saber transmitir la situación. Además se les permitirá estar un tiempo determinado con el paciente fallecido.

Se le facilitará todos los papeles que tengan que rellenar. Una vez los familiares abandonan el lugar se deberá realizar una serie de prácticas antes de que aparezca el rigor mortis.

Es muy importante tener en cuenta todos los factores y materiales a usar para evitar cualquier fallo como por ejemplo para amortajar. El paciente una vez el médico ha certificado su muerte hay que seguir una serie de pasos muy concretos, se podría decir que esta es la parte más delicada.

Además el saber transmitir a la familia también es un factor muy importante, pues hay que tener en cuenta que pueden tener un lazo emocional muy fuerte con el paciente fallecido, y cualquier mala palabra que se diga en el momento puede enfurecer a estos.

También es de gran importancia facilitar todo tipo de trámites necesarios a la familia, de otro modo puede quedar algo sin firmar o sin mirar. Una vez la familia se haya ido, se ha comentado trabajar antes de que aparezca el rigor mortis, que se basa en que tus músculos se vuelven más rígidos después de la muerte, por lo que se volverá más difícil manipular el cadáver.

5 Discusión-Conclusión

Si bien la medicina ha ido dando pasos en avances logrando mantener con vida a pacientes con enfermedades diversas, restableciendo estados por accidentes o por diversas circunstancias. También es importante hablar de la parte en que el paciente por su condición, edad, enfermedad, accidente u cualquier otro factor no logra mantenerse con vida y fallece. Que es tan necesario el cuidado del paciente en vida como una vez que ha fallecido.

El cuidado personal tanto al fallecido como a la familia, el duelo, el respeto y la información son aspectos que todo el personal sanitario que interviene en los cuidados post mortem mantienen de forma escrupulosa, haciendo que el proceso se ejecute con el mayor de los respetos.

6 Bibliografía

<https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/procedimientos-generales-de-enfermeria/cuidados-basicos/cuidados-post-mortem/>

<https://www.murciasalud.es/preevid/19030>

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-postmortem-caso-clinico/>

<https://revistamedica.com/cuidados-post-mortem-auxiliar-de-enfermeria/>

Capítulo 56

EL ASEO EN SECO. PROTOCOLO

MARÍA DEL JUNCAL MÁRQUEZ DELGADO

1 Introducción

El cuidado de la piel en las personas mayores institucionalizadas en centros adaptados a sus necesidades diarias, constituye las bases de una actividad esencial en los cuidados a largo plazo. La integridad de la piel es compleja llegada la senectud y los cambios fisiológicos que en ella se producen son en determinadas ocasiones impactantes, tanto extrínseca como intrínsecamente.

El concepto de higiene en seco introduce una innovación en los cuidados de la piel que hasta ahora no se habían probado. Algunos de los estudios constatan un mayor beneficio afirmando que el uso del agua produce un lecho húmedo perjudicial para la integridad de la piel, sobre todo si no se incide bien en un secado prudente, sin tracciones ni frotamiento. Es muy importante discernir y delimitar cuando y con quien son necesarios este tipo de cuidados y estudiar a fondo las características de la piel de cada individuo y su respuesta al procedimiento y uso de los productos específicos para este tipo de aseo. El colectivo más perjudicado en una mala praxis en cuanto al aseo diario son las personas mayores institucionalizadas en centros asistenciales, sobre todo encamados y paliativos por su temporalidad en cama y los riesgos que ello conlleva.

2 Objetivos

Determinar el procedimiento a seguir para realizar un uso adecuado y eficiente de los productos de la higiene en seco.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras varias semanas utilizando los productos de higiene en seco sobre la piel de los pacientes más afectados el estado de la misma y la coloración mejoran visiblemente. La tolerancia al uso de las cremas utilizadas en este proceso es positivo y reparador. Las zonas en que la piel está más expuesta a la humedad presenta un nivel de mejoría aceptable y los eritemas y lechos húmedos desaparecen gradualmente, dando paso a un aspecto tisular mucho más flexible, hidratado, pero seco a la vez. Los pacientes más afectados por su condición física presentan un retraso en la mejoría con respecto a otros residentes con mejor movilidad e incluso mejor nutrición, pero aún así es evidente que la higiene en seco es beneficiosa para este tipo de pacientes o usuarios. En cuanto a la autoestima y la esfera psicosocial en conjunto también hay una incidencia positiva sobre los pacientes, pues el hecho de tener una piel cuidada e íntegra les aporta comodidad y les motiva a otros factores importantes psicológicamente hablando. El uso de pañales hipoalergénicos disminuye considerablemente al descubrir que no es la causa del uso de estos dispositivos el estado en que se encontraba la piel de algunos residentes, por lo tanto el gasto en productos sanitarios especiales o con tratamientos de lavado especial, como es el de las sábanas y entremetidas, disminuye también, pues han pasado a utilizar empapadores y absorbentes de la misma calidad que el resto de usuarios, siendo el método más económico para el sistema sanitario hoy en día. Al bajar la incidencia de escaras por humedad del lecho, también pasan a suspenderse gradualmente los batidos proteicos y las composiciones con arginina, y el uso de productos como parches, irusol, ácidos grasos hiperoxigenados etc. El aseo en seco produce beneficios a corto plazo tanto físicos, como psicológicos y económicos, dejando evidencia de una piel íntegra y cuidada.

5 Discusión-Conclusión

El uso de productos especiales para el aseo de la piel evidencia un pronóstico positivo y un beneficio sobre la calidad de los cuidados en los centros de asistencia sanitaria, tanto en centros geriátricos, como hospitales o centros de día y hogares con familiares en situación paliativa con ayuda a domicilio.

Desde los centros de atención primaria es muy importante trasladar a las familias que tienen personas enfermas en el hogar, que el uso del aseo en seco puede ser muy beneficioso para sus seres queridos que precisan de su atención y que en la calidad de los cuidados está la calidad de vida. El estado de ánimo mejora, con lo cual sus vidas también.

6 Bibliografía

Bianchi J. Causes and strategies for moisture lesions. Nurs Times. 2012;108(5):20-2 <https://www.dialnet.com>
<https://www.rekursoscientificos.cefyt.es>

Capítulo 57

CUIDADOS EN SONDAJES URINARIOS EN EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

MATILDE PADILLA BERROCAL

CRISTINA GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

El procedimiento del sondaje vesical es una técnica que consiste en introducir un tubo llamado sonda a través de la uretra que llega hasta la vejiga urinaria del paciente. El personal de enfermería es el que lleva a cabo la técnica, pero el personal auxiliar es el encargado de preparar el material y auxiliar al personal de enfermería ofreciendo el material necesario en cada momento.

La técnica del sondaje vesical se puede realizar por varios motivos, por retenciones urinarias, para tomar una muestra estéril para controlar la diuresis o como tratamiento diagnóstico o para introducir medicamentos con fines diagnósticos o terapéuticos.

Como norma general tras revisar la historia clínica del paciente procederemos al exhaustivo lavado de manos y nos colocaremos unos guantes.

Prepararemos el material necesario llamado campo, que este será de forma estéril para evitar el riesgo potencial de infecciones.

Tras habernos asegurado de un aseo genital del paciente enfocado a esta técnica. El campo constará de guantes no estériles, guantes estériles, gasas estériles, un paño quirúrgico estéril fenestrado, lubricante urológico, una sonda vesical, suero

fisiológico y una jeringa de 10 ml, antiséptico, bolsa de diuresis y el soporte para la bolsa de diuresis.

El técnico auxiliar de cuidados de enfermería es el encargado de los cuidados de mantenimiento y fijar la bolsa. Para ello prepararemos un esparadrapo para pegar cerca de la zona púbica del paciente siempre por la zona ventral, nunca manipularemos dicha sonda por encima de la cintura del paciente, y vigilemos que la bolsa no quede acodada ni aplastada, con el fin de evitar futuros tirones que puedan afectar al Paciente o posibles infecciones. También es encargado de la recogida de la muestra estéril, por lo que prepararemos el material para la toma de muestras si fuese necesario.

2 Objetivos

Explicar cómo realizar una correcta colocación del sondaje urinario junto con el equipo de enfermería.

3 Metodología

Se han revisado diversas fuentes de internet, haciendo una lectura de todas ellas y sacando en claro nuestras conclusiones eligiendo, delimitando y describiendo el conjunto de la técnica para reflejarla en este trabajo.

Describir los procedimientos de la técnica enfocándonos en la función del auxiliar de enfermería.

4 Resultados

Lustrar y pormenorizar la precisión de la técnica del sondaje urinario.

Capacitación y conocimiento para colocar el sondaje urinario en el cual se necesita un proceso cuidadoso de asepsia, de la colocación y cuidados de la sonda destinada al paciente.

Conocer al paciente y sus posibles complicaciones que puedan acarrear incompatibilidades hacia la técnica, en este caso a tratar, la técnica del sondaje urinario. Para ello realizaremos una exploración del paciente a través de una anamnesis y del conjunto de su historia médica para conocer sus dolencias, limitaciones actuales así como una retrospectiva de elementos personales relevantes.

La preparación debe ser la indicada hacia el tipo de técnica a realizar. Para ello el técnico auxiliar de enfermería es el encargado de preparar y proporcionar el

material destinado a la colocación del sondaje urinario en el paciente, encargado a nuestra unidad hospitalaria.

Antes de su colocación debemos saber el fin que tiene el sondaje urinario y que va a requerir, si este tiene fin de drenaje, medicamentoso, terapéutico o de analítico. Todo esto debe tener una anticipación y preparación anterior.

Una vez realiza la técnica del sondaje urinario el trabajo y nuestras responsabilidades no terminan, siguen a nuestro cargo a través de una vigilancia y mantenimiento de la sonda que debemos realizar exhaustivamente en conjunto con la unidad y nuestro equipo de enfermería. Debemos evitar las lesiones o infecciones potenciales del paciente, poniendo medidas preventivas como un lavado específico, una fijación de la sonda, una movilidad y una permeabilidad adecuada en todos los turnos encargados y enfocados a los cuidados del paciente.

Como resultados a destacar tras una excelencia en cuidados tanto preventivos como actuales están la calidad en el bienestar psíquico y físico del paciente a nuestro cargo.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión derivada de este trabajo podemos concluir que el equipo conformado de técnico en cuidados de enfermería y el equipo de enfermería deben trabajar unidos para lograr el triunfo de la técnica requerida. Minimizando los riesgos y posibles complicaciones que esta pueda tener. Se concluye para finalizar que la posterior vigilancia y mantenimiento que ofrece el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería es vital para práctica pragmática efectiva hacia el paciente evitándole futuras lesiones o complicaciones derivadas de una posible mala praxis del servicio y unidad hospitalaria encargada y responsable de los resultados de la técnica del sondaje urinario.

6 Bibliografía

JIMENEZ MAYORGA, I. (2010) et al. Protocolo del sondaje vesical. Biblioteca Las-casas, 2010; 6(1) . Disponible en <http://www.index-f.com>

Manual de procedimiento SAMUR-Proteccion civil - edición 2008 0.0; Disponible en <https://www.madrid.es/fi>

Capítulo 58

PACIENTE OPERADO DE FRACTURA DE CADERA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ

LAURA MORAGA MARTÍNEZ

MARÍA JOSÉ

MARÍA DEL PILAR REYES VACAS

ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ

1 Introducción

La fractura de cadera es la causa de operación más habitual en ancianos, entre los factores de riesgo que más predisponen para sufrir una rotura de cadera se encuentran:

- Ser mayor de 65 años.
- Pertenecer al sexo femenino.
- Tener antecedentes de fractura de cadera materna.
- Padecer demencia, enfermedades neurológicas, discapacidad visual que causen caídas.

- Padecer osteoporosis, es la enfermedad ósea más frecuente, consiste en la disminución de la masa ósea y la alteración del tejido óseo, con lo que aumenta la fragilidad de los huesos y lleva más fácilmente a la rotura.

Las fracturas de cadera pueden tener muchas complicaciones como: trombosis venosa, embolias, discapacidades físicas, infecciones de la herida quirúrgica, etc. Aunque la complicación más habitual suele ser la aparición de úlceras por presión, esto es debido a que la mayoría de los pacientes operados de fractura de cadera son ancianos, y para recuperarse han de permanecer bastante tiempo encamados.

La operación de cadera, suele consistir en la sustitución por una prótesis, indicada en pacientes de edad avanzada, con alteraciones neurológicas, mentales con complicado control o cuando anteriormente ha fracasado una osteosíntesis (unir la fractura con tornillos, placas o clavos).

Los cuidados de enfermería en el postoperatorio son fundamentales para que recuperen la funcionalidad de la extremidad afectada, siendo básico iniciar la movilización lo antes posible para evitar complicaciones.

2 Objetivos

- Saber qué pacientes están más predispuestos a sufrir una rotura de cadera.
- Explicar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado de estos pacientes tras la intervención quirúrgica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica a través de distintas páginas web de internet, utilizando como motor de búsqueda Google Académico, y en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, teniendo en cuenta palabras clave como instrumental, cadera, posturas corporales, osteoporosis.

4 Resultados

El trabajo del TCAE es muy importante en la recuperación de los pacientes con fractura de cadera, ya que como hemos comentado anteriormente es primordial la movilización, siendo aconsejable que el paciente pase de la cama a la silla a las 24

horas de la intervención. Después de la operación se suele hacer una radiografía de control, para comprobar cirugía.

El TCAE debe cerciorarse que la movilización de pacientes con cirugía de prótesis de cadera se realice adecuadamente, para evitar posibles complicaciones y minimizar el dolor que la movilización pueda producir en el paciente.

Ha de comprobar que no hay contraindicación médica ni para la movilización y que el dolor del paciente la permite, valorando el estado general del paciente desde que se realizó la cirugía (desorientación, miedo, dolor, etc.).

Para realizar una movilización de la cama a la silla, hay que preparar el entorno, quitando posibles obstáculos y contando con suficiente personal para ejecutar la maniobra.

Es necesario explicar al paciente con términos comprensibles la técnica de movilización y pedirle, si es posible, su colaboración.

Si el paciente puede, se recomienda que use andador, para que vaya recuperando la movilidad, con calzado plano y suela antideslizante.

Si la movilización de cama a silla o la bipedestación no fuera posible, para la higiene y cambio de ropa del paciente, se le colocará en decúbito lateral apoyado sobre el lado sano, procurando mantener la alineación de la extremidad operada para así evitar dolor.

Cuando el paciente esté acostado debe estar con las piernas separadas por una almohada y sin rotar los pies.

Cuando el paciente se pueda levantar, es recomendable que salga y entre por el lado de la extremidad afectada para evitar la rotación, debe elevar la parte superior del cuerpo apoyándose en los codos y manos, bajando primero la pierna operada sin doblarla.

5 Discusión-Conclusión

La finalidad de los cuidados es lograr que el paciente recupere su movilidad.

Debe vigilar la aparición de úlceras por presión si el paciente permanece encamado durante tiempo prolongado.

Si el paciente puede iniciar la bipedestación y deambular, se le suministrarán los dispositivos de apoyo adecuados como puede ser un andador o muletas.

Al paciente se le enseñarán técnicas de autocuidado, para que aprenda a moverse adecuadamente, insistiéndole que evite movimientos rotatorios que le pueda producir daños en el lado operado.

Se le explicará la importancia de la alimentación, ya que una alimentación deficiente puede producir pérdida de masa ósea y muscular que empeorará su salud

y aumentará el riesgo de sufrir futuras caídas.

También se le recomendará el uso de calzado adecuado, el uso de muletas o andadores si fuese necesario.

En resumen, un TCAE debe conocer y aplicar la técnica para la movilización de pacientes operados con prótesis de cadera, así como la técnica de higiene en cama, además de enseñarle técnicas y aconsejarle para que el paciente consiga la recuperación.

6 Bibliografía

1. Prótesis total de cadera (PTC) Dr. Delgado [Internet]. Delgado-trauma.com. 2018 [citado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.delgadotrauma.com/protesis-total-de-cadera-delgado/>.
2. García M. Recomendaciones tras la fractura de cadera en el adulto mayor [Internet]. Webconsultas.com. Webconsultas Healthcare; 2018 [citado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/tercera-edad/lasaluddelmayor/recomendaciones-tras-la-fractura-de-cadera-en-el-adultomayor>.
3. Fractura de cadera: tipos, tratamientos y cuidados [Internet]. Depencare.com. 2020 [citado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.depencare.com/fractura-de-cadera>.

Capítulo 59

EL ASEO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ

LAURA MORAGA MARTÍNEZ

MARÍA JOSÉ

MARÍA DEL PILAR REYES VACAS

ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ

1 Introducción

Vamos a hablar sobre los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos

(UCI) de un hospital, necesitan una serie de cuidados especiales para poder cubrir sus necesidades básicas.

La higiene del paciente es primordial, ya que se obtiene una serie de beneficios como son:

- Eliminar las descamaciones de células muertas de la epidermis.
- Limpiar la piel de sudor, suciedad y exceso de grasas.
- Evitar una la proliferación de bacterias que favorecen las infecciones.

- Estimular la circulación sanguínea.
- Mantener la piel en buenas condiciones.
- Contribuir al bienestar del paciente tanto físico como psíquico aportando sensación de bienestar y así ayudar al descanso.

Además de los beneficios descritos anteriormente, tenemos que tener en cuenta que la piel es una barrera del cuerpo, cumple con una función protectora, evitando la proliferación de bacterias.

Durante la realización de la higiene del paciente, se debe prestar atención al aspecto de la piel, vigilando la posible aparición de heridas en las zonas de presión para prevenir úlceras por presión (lesiones en la piel y la resultante por una presión prolongada sobre la piel), alergias, infecciones, etc.

En definitiva, la higiene del paciente es una actividad cotidiana fundamental e importante de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de enfermería (TCAE).

2 Objetivos

- Conocer la importancia de la higiene del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Describir los pasos a seguir en dicha higiene.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva con palabras clave como: UCI, higiene del paciente encamado, úlceras por presión.

4 Resultados

En la UCI, los pacientes suelen tener patologías graves que requieren drenajes, vías centrales, intubaciones o traqueostomías, por lo que su aseo ha de realizarse con mucho cuidado, además, tenemos que intentar que el paciente se sienta có-

modo en la medida de lo posible, preservando su intimidad, mostrándole respeto para no vulnerar su derecho a la dignidad.

Los pacientes de UCI suelen estar monitorizados por lo que su aseo debe realizarse con sumo cuidado para evitar posibles complicaciones.

Para la realización de la higiene del paciente encamado son los siguientes:

- Si el paciente está consciente le explicaremos lo que se le va a realizar y solicitaremos su colaboración en la medida de lo posible.
- Comprobaremos que la temperatura esté entre los 22°- 24°, evitando que se produzcan corrientes de aire.
- Prepararemos lo necesario para el aseo: palangana, esponjas desechables jabonosas, toallas, suero, vaselina, ropa limpia y bolsa para la ropa sucia.
- Preservaremos la intimidad del paciente, con cortinas o biombos, intentando mantener al paciente desnudo lo mínimo posible.
- Empezaremos mojando las esponjas en agua templada aseando primero la cara, evitando que entre jabón en los ojos, nariz y boca. El lavado de los ojos se realiza con suero fisiológico desde la parte interna a la externa. En la boca, frotaremos los dientes, encías y lengua con una torunda. Si el paciente tiene prótesis dental se la quitaremos y dejaremos en remojo en un vaso con antiséptico, en los labios le aplicaremos un poco de vaselina para su hidratación.
- Seguiremos enjabonando el cuello, axilas, brazos y torso, prestando atención a los pliegues. Aclararemos y secaremos, dejando tapadas las zonas ya aseadas para evitar enfriamientos. Posteriormente seguiremos con las piernas, realizando los mismos pasos que en la zona superior.
- Finalmente, haremos el lavado de los genitales con otra esponja, siempre de abajo hacia arriba, aclarando y secando tras ello.
- Cuando la piel esté limpia, aplicaremos loción hidratante con masajes circulares para estimular la circulación sanguínea.
- Si es necesario pondremos aceites o cremas adecuadas para proteger zonas de mayor presión.
- Vestiremos al paciente con la ropa limpia y cambiaremos la ropa de la cama.
- Es muy importante observar el estado de la piel para ver si tiene alteraciones.
- Durante el aseo no deben mojarse los apósitos de vías, ni traqueales o quirúrgicos.
- Después del aseo se debe realizar el cambio postural del paciente.

Durante las movilizaciones del paciente tenemos que vigilar que no se produzcan desconexiones de drenajes, vías, respirador, etc. (la limpieza de sondas y catéteres también es muy importante porque previene las posibles infecciones nosocomiales).

5 Discusión-Conclusión

La higiene al paciente en UCI, es beneficiosa en numerosos aspectos como son la comodidad y el bienestar, pero también es una forma de prevenir infecciones, ya que en el aseo se eliminan microorganismos patógenos y células muertas.

Los pacientes en UCI, suelen tener lesiones graves, por lo que durante su aseo, debe tener mucho cuidado, evitando tirones y movimientos bruscos para no desconectar ningún aparato, sonda, drenaje, el aseo se debe realizar entre varias personas, aplicando las medidas de mecánica corporal para evitar lesiones innecesarias.

En pacientes encamados el aseo adquiere una gran importancia dependiendo del grado de invalidez del paciente, ya que higiene es la suma de procedimientos que permiten una mejor defensa de la piel contra las enfermedades e infecciones.

En la higiene del paciente debemos mostrar respeto y empatía, ya que hemos de comprender que además de la dolencia que tiene puede sentirse angustiado al estar postrado y ser dependiente, es fundamental el trato humanizado hacia el paciente durante su higiene, ya que supone la pérdida de intimidad en el proceso.

6 Bibliografía

1. Hospitaldejove.com. [citado el 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.hospitaldejove.com/>.
2. Mayes, ME. Higiene personal de los pacientes. Manual para la auxiliar de Enfermería. Ed. Interamericana, 1988:107- 126

Capítulo 60

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS

ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ

LAURA MORAGA MARTÍNEZ

MARÍA JOSÉ

MARÍA DEL PILAR REYES VACAS

ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ

1 Introducción

Entendemos como paciente politraumatizado el que tiene afectados dos o más órganos debido a un traumatismo y corre peligro su vida al menos, por uno de esos traumatismos sufridos.

El politraumatismo es una causa principal de fallecimientos y de incapacitaciones en niños y también en adultos, ya que las lesiones producidas por un traumatismo de alta intensidad producen una respuesta negativa en la que se provoca una disfunción de sistemas vitales que no estaban afectados previamente antes de la incidencia.

Para recuperar al paciente politraumatizado hay que realizar una adecuada valoración mediante unas escalas ya establecidas en los hospitales.

En ocasiones, el paciente que ingresa en urgencias llega sin consciencia y no es posible que nos indique cómo ha sido el golpe y dónde debemos de comenzar con la valoración, es importante conocer algún dato que le pudiera facilitar algún testigo a los primeros en acudir al lugar a socorrer a la víctima, para conocer con mayor rigor y menor tiempo posible la zona del cuerpo afectada.

Puesto que puede suceder que llegue tan ensangrentado que a simple vista no se vea de donde procede la hemorragia, por tanto, si conocemos como se han producido las lesiones podemos tener alguna indicación de que pruebas necesita con mayor rapidez, ya que en muchos pacientes el tiempo es decisivo en poder salvarle la vida.

2 Objetivos

- Conocer el manejo a practicar de forma inmediata al paciente politraumatizado al llegar a urgencias.
- Detallar el protocolo existente para practicar los cuidados necesarios realizados por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos como: Revista Médica, Semergen, Scielo. Utilizando como descriptores en Google Académico: paciente traumatizado en urgencias, traumatismos. Usando como operadores booleanos: and TCAE and paciente politraumatizado, traumatismo and urgencias.

4 Resultados

Con lo que hemos consultado podemos conocer las actuaciones a practicar por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el manejo del paciente politraumatizado a su llegada al servicio de urgencias hospitalarias.

Hay que valorar el estado del paciente y realizar un triaje:

- Politraumatismo leve: lesiones superficies, sin heridas ni fracturas.
- Politraumatismo moderado: presenta lesiones o heridas que producen incapacidad mínima.
- Politraumatismo grave: en este caso si presentan alguna de estas circunstancias en accidente de tráfico:

Muerte de cualquier ocupante.

Paciente expulsado del vehículo cerrado.

Golpe a más velocidad de 50 km/h.

Presión sistólica a menos de 90 mmHg.

Bradipnea menos de 10 o taquipnea más de 30.

Trastorno de conciencia.

Fractura de dos o más huesos largos.

Heridas profundas en cabeza, cuello, dorso o inglés.

En caso de tener que ser excarcelado del vehículo y se tardó más de veinte minutos.

Mayor de 60 años.

Embarazada.

Patología grave preexistente.

La inmediatez en atender a un paciente hace que las lesiones no avancen y se puedan frenar para recuperar la salud o evitar la muerte del paciente.

La valoración del paciente politraumatizado la realiza el equipo multidisciplinar, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería colabora con el médico y la enfermera en los diferentes pasos a realizar.

Lo primero es comprobar que tiene la vía aérea despejada y respira con normalidad. Evitar que el paciente quede inconsciente y se ahogue con su lengua o su propio vómito.

En caso que llevase casco puesto, se le quitará con seguridad, haciendo una pequeña tracción de la columna cervical.

En caso de necesitar ventilación y oxigenoterapia complementaria, nos aseguraremos que la vía es permeable y que hay un correcto intercambio de gases.

Controlar las hemorragias. Se miden las frecuencias cardíaca y respiratoria, pulso radial, tensión arterial y signos de mala perfusión periférica y central.

Comprobar nivel de conciencia del politraumatizado.

Comprobar todo el cuerpo en busca de lesiones ocultas.

Hay que vigilar que el paciente no tenga alergias a medicamentos, tenga patologías previas, conocer la hora de la última ingesta de comida, alcohol u otras sustancias.

Una vez realizadas estas gestiones se evalúan distintas partes del cuerpo importantes, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ayudará a realizar estas comprobaciones, desvistiendo al paciente y movilizándolo para que el médico y enfermera puedan valorar cada parte, cabeza, zona maxilofacial, columna cervical y cuello, tórax, abdomen, periné, recto y genitales, sistema musculoesquelético.

Importante es el dolor, hay que tratarlo para evitar mayor sufrimiento al paciente, además si el paciente no tiene dolor se mostrará más tranquilo y colaborará con mayor facilidad en su reevaluación.

5 Discusión-Conclusión

La valoración y tratamiento al paciente politraumatizado en urgencias es un proceso constante, se tiene que revisar de forma continua y dinámica como se encuentra el paciente y qué efectos le está produciendo la medicación.

También es necesario valorar puede producir una intervención quirúrgica, si precisa una operación urgente o por el contrario es mejor esperar y seguir reevaluando las reacciones del paciente según la medicación y el resto de actuaciones que se están practicando con él.

Lo primero donde hay que actuar es en el shock hemorrágico, presionando en los puntos de sangrado, esto no provoca una cirugía mayor porque es un procedimiento mínimamente invasivo.

6 Bibliografía

1. Ballester, Y. Manejo del Paciente Politraumatizado.(2020). Servicio de Urgencias de Pediatría Hospital Universitario Cruces Vizcaya.
2. Martín, A.M., Mellado, M.A. l Manejo del Paciente Politraumatizado. Capítulo 49. Hospital Universitario Doce de Octubre (Madrid).
3. <https://revista-medica.com/plan-cuidados-enfermeria-politraumatizado/amp/>
4. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1728-59172011000200007.
5. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulorecomendaciones-buena-practica-clinica-atencion-13127193>.

Capítulo 61

RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA

ALBA MARIA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

La recogida de muestras de orina es una técnica, que en la mayoría de los casos realiza la técnico auxiliar de cuidados de enfermería o la enfermera en caso de sondaje vesical. Inclusive, en los pacientes continentes, seremos los encargados de explicar al paciente como se realiza la técnica y en proporcionarle al paciente la ayuda que necesite y los materiales.

Debemos de prestar especial atención en el tipo de muestra que se necesita, si es para urinocultivo, sistemático, sedimento... Para proporcionarle al paciente el contenedor de muestra adecuado.

En todos los casos, la higiene es muy importante, siempre realizándose con agua y jabón, después lavando con antisépticos y secando con gasas estériles, para mantener la esterilidad de la muestra en todo momento.

Se debe de prestar confort e intimidad al paciente a la hora de recoger la orina, sea como sea la técnica a emplear, y tener en cuenta en caso de niños, que la bolsa no se mueva, no provoque roces o irritación por mucho tiempo de uso, cambiándola cada media hora en caso de no realizar micción.

En caso de pacientes a nuestro cuidado que no sean capaces de realizar micción espontanea, esta se podrá forzar con ingesta adecuada de líquidos, siempre y cuando la patología del paciente lo permita.

2 Objetivos

- Conocer la técnica de recogida de orina dependiendo de si el paciente es continente, si es portador de sondaje uretral o si es un niño.

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 en google.

4 Resultados

Distinguiremos entre 3 tipos de pacientes:

- PACIENTE CON MICCIÓN ESPONTANEA:

Se necesitará un recipiente estéril de boca ancha con tapón a rosca o un tubo con vacío para análisis.

Se explicará al paciente la técnica y se indicará al paciente que antes de recogerla lave el periné con agua y jabón. Se debe de recoger la muestra con la primera de orina de la mañana, ya que tiene mas recuento bacteriano, así mismo, se desechara la primera parte de la micción y sin interrumpirla, se recogerá en el recipiente.

- PACIENTE CON Sonda URINARIA:

Necesitaremos: unos guantes estériles, gasas estériles, clorhexidina, jeringa de 10 ml y aguja y el recipiente correspondiente según para que estudio sea la muestra. Se debe de pinzar la sonda vesical, desinfectar la zona de toma de muestra con la clorhexidina y realizar la extracción directamente de la sonda o con aguja y jeringa estéril, aspirando para obtener la muestra.

- NIÑOS NO CONTINENTES:

Para recoger orina a un niño que no tenga control de esfínteres utilizaremos una bolsa adhesiva perineal la cual se coloca en el periné del niño, abarcando sus genitales externos.

Para colocarla se necesita: guantes, agua y jabón, esponja, gasas estériles, la bolsa adhesiva, jeringa y agua estéril, contenedor y el bote para análisis que sea necesario.

Para realizar la técnica se debe de lavar la zona con agua y jabón y aclarar con agua estéril y gasas estériles, se debe de colocar la bolsa adhesiva con la zona abierta de la bolsa en el meato urinario. Una vez la bolsa esté lo suficientemente llena retiraremos orina con aguja y jeringa de forma mas estéril posible y la me-

teremos en el contenedor para análisis. Cada media hora se debe de cambiar la bolsa si no hace micción.

En todos los casos, debemos de tener especial cuidado en el aseo anterior y posterior a la toma de la muestra y al etiquetado correcto de los contenedores y recipientes que se deben de utilizar.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante conocer la técnica a realizar, los materiales que necesitamos y las posibles complicaciones para prevenirlas.

Todas estas técnicas se deben de realizar de la forma mas estéril posible para que la muestra se contamine lo menos posible, así como realizar una higiene adecuada antes y después de la técnica.

Como en todas las técnicas, es importante explicarle al paciente lo que le vamos a realizar y proporcionar un ambiente tranquilo para realizarlo, informar a la familia en caso de un paciente pediátrico o con deterioro cognitivo.

Se debe de registrar en la historia del paciente el procedimiento llevado a cabo para la recogida, así como nos debemos de fijar en el correcto etiquetado de las muestras.

6 Bibliografía

https://seup.org/pdf_public/Prort_Enferm/10_Recogida_orina.pdf

<https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/47-1-19.pdf>

Galarreta: Enferpedia: tecnicas y procedimientos de enfermeria, Madrid: 2018

Capítulo 62

LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES Y BUENA HIDRATACIÓN PARA PREVENIR ÚLCERAS POR PRESIÓN

BRÍGIDA MENÉNDEZ PEDRAYES

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP), también llamadas escaras, o úlceras de decúbito. Se desarrollan cuando se bloquea el suministro de sangre en un área del cuerpo. Son lesiones en la piel y el tejido inferior, por hacer presión prolongada sobre esta. Hay zonas que tienen más riesgo como los talones, tobillos, caderas, omóplatos y coxis.

Hay personas que tienen más riesgo unas que otras con cuadros clínicos que limitan su capacidad de movilidad. Manteniendo largos periodos de tiempo la misma posición, tanto en cama como sillón.

Las escaras pueden desarrollarse en unas horas como en días. Unas se curan con tratamiento y otras no llegan a curarse por completo.

Una de las primeras medidas a tomar es la prevención. Con cambios posturales frecuentes, una buena hidratación en la piel, buena ingesta de líquidos, dieta equilibrada y una adecuada higiene.

También es un factor importante a tener en cuenta, vigilar los primeros signos que muestre nuestro cuerpo como: Cambio de tonalidad de la piel, presencia de llagas, secreción o mal olor. Fiebre como un signo de infección, hinchazón o calor en la zona que rodea la llaga.

Hay que prestar atención a manchas color amarillento que pueda tener la ropa o sábanas.

Punto de presión sensible o dolorosos, enrojecidos que no desaparecen al dejar de hacer presión.

2 Objetivos

Estudiar las úlceras por presión y la importancia de los cambios posturales y la hidratación para prevenirlas.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos como; medline, revista médica y de enfermería, en varias páginas web como <https://medac.es> y varios temarios de técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE)

4 Resultados

Las úlceras por presión, son zonas de la piel lesionadas por haber ejercido presión durante un tiempo prolongado, colapsando la red capilar.

Cuando nos encontramos con una úlcera, el personal sanitario cualificado debe de hacer una valoración, localizando la lesión y valorar su categoría o estadio. Se medirá la longitud y anchura de la herida, para facilitar comparaciones significativas de las mediciones de la herida a través del tiempo.

Se tendrá también en cuenta tipo de tejido, color, estado de la piel perilesional, bordes de la herida, fistulas, cavitaciones, tunelización, exudado, olor...

Si la curación no progresa habrá que hacer nuevas pruebas de diagnóstico.

Las úlceras por norma general se clasifican en cuatro estadios:

-ESTADIO I: La zona está enrojecida y no se vuelve blanca cuando se presiona con un dedo. Es una señal evidente de que se está formando una úlcera por presión. La piel no está rota, pudiendo estar decolorada, con calor, inflamada y zona dolorosa. Las úlceras de grado I, son las más leves, pudiendo pasar de grado en horas agravándose.

ESTADIO II: Se forman ampollas o llaga abierta. Alrededor de la herida puede estar rojo o irritada. En este estadio ya hay rotura de la dermis. La piel pierde continuidad.

ESTADIO III: La piel se hace totalmente más fina, formándose agujero abierto y hundido llamado cráter. El tejido subcutáneo está dañado, se puede ver la grasa subcutánea. Aún no está afectado el hueso, tendones o músculo.

ESTADIO IV: En esta fase la úlcera por presión es profunda y extensa, ya podemos observar daño en el músculo, tendones y articulaciones. Pudiendo llegar a verse el propio hueso. Suele aparecer tejido necrosado (tejido muerto) pudiendo presentarse socavamiento y tunelización hacia zonas más extensas.

Los tratamientos de estas úlceras, suelen variar unos de otros según el tipo de úlcera, pudiendo estar infectados o no. Presentando signos evidentes como; inflamación, dolor, calor, olor, exudado...

5 Discusión-Conclusión

Las escaras también llamadas úlceras por presión o úlceras de decúbito, son lesiones en una zona concreta de la piel. Por ejercer presión sobre la zona un tiempo prolongado.

La mayoría de las úlceras se localizan en la piel que recubre partes óseas más salientes como; talones, tobillos, coxis, caderas ...

Las personas más vulnerables a padecerlas, aquellas que tienen poca movilidad y se mantienen en una misma posición, ya sea encamados como en silla.

Los cambios posturales, cuidados de la piel, alimentación equilibrada e ingesta de líquidos junto con el ejercicio diario, son una herramienta crucial para la prevención.

La piel debe de ser revisada a diario, porque una úlcera por presión puede formarse en horas. La piel debe ser limpiada con un producto suave y debe secarse con suavidad a pequeños toques nunca friccionar.

La piel debe ser protegida por una crema específica de barrera, utilizando ropa suela que no presione ni marque en la piel.

6 Bibliografía

-<https://medlineplus.gov>

-<https://www.mayoclinic.org>

-<https://www.elsevier.es>

Capítulo 63

LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

BEATRIZ BALBOA MANJON

1 Introducción

El personal hospitalario se compone tanto del personal sanitario como son los médicos, residentes, estudiantes, especialistas, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, celadores, farmacéuticos dietistas, etc., como de personal no sanitario como cocineros, administrativos, equipo de limpieza, trabajadores sociales, seguridad, técnicos en mantenimiento, directores, gerentes, etc.

Todas las categorías son importantes y todos ellos se complementan para realizar el trabajo, pues un cirujano por ejemplo no podría tener el quirófano limpio sin el personal de limpieza, la enfermera sin la ayuda del auxiliar de enfermería la enfermera/o no tendría su material disponible, sin los celadores, el TCAE no tendría ayuda cuando asiste a los pacientes, no habría nadie que llevara a los pacientes a sus habitaciones o hacer alguna prueba.

Los administrativos también son importantes, pues son los que gestionan las citas de los pacientes, recepcionan las llamadas, preparan los datos informáticos, gestionan y manejan programas, organizan los expedientes y su tramitación, etc.

En resumen todo el personal tanto sanitario como no sanitario, que trabaja en un hospital está vinculado entre sí para el buen funcionamiento de este, para que el paciente esté atendido lo más adecuadamente posible y se siente a gusto, aunque este no vea a muchas de las personas que componen a este gran equipo de profesionales

2 Objetivos

Demostrar la gran importancia que tienen todas las categorías tanto sanitarias como no sanitarias que trabajan en un hospital para el correcto funcionamiento de este.

3 Metodología

Para realizar esta investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica por diferentes páginas como revistas médicas como textos o artículos con el tema a tratar, de los cuales se ha seleccionado y reunido toda la información necesaria para elaborar este trabajo.

4 Resultados

Cuando un paciente necesita la ayuda sanitaria, la primera toma de contacto es a través de un auxiliar administrativo ya sea por llamada telefónica o mediante la presencia al centro de salud correspondiente; este después de anotar sus datos junto con su número de historia le cita bien sea para una cita con su médico de cabecera o su enfermero/a.

Una vez atendido por su médico de cabecera este le remite al hospital si requiere de alguna consulta con su médico especialista mediante un auxiliar administrativo para gestionarle una próxima cita.

Una vez en el hospital el médico especialista le pedirá pruebas o analíticas por lo que se pondrá en contacto con las enfermeras, auxiliares o técnicos de radiología dependiendo de las pruebas que le hayan sido solicitadas.

En caso de que el paciente tenga que ser ingresado será el administrativo y la enfermera los que gestionen el ingreso en la planta y será llevado por el celador hasta su habitación ya sea en silla de ruedas o en cama.

Una vez en su habitación la enfermera le tomará las constantes, le pondrá la pulsera de identificación, abrirá una hoja de registros donde anotará todo lo que le realice. También verá al auxiliar de enfermería quien le dará el equipamiento necesario como pijama o camisón, etc. Le enseñará el manejo de las instalaciones de la habitación como el funcionamiento de la cama, el timbre, el armario, el baño, etc. Así como ayudarlo a asearse en caso de no poder solo, a comer, a levantarse o vestirse etc. A su vez todos los días verá a la persona responsable de la limpieza de la habitación y el baño a la vez que cuando se marche a su casa sea esta la responsable de desinfectar su cama, su sillón y su mesita.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido comprobar todos los trabajadores de un hospital son importantes y en el caso de que cualquiera del personal hospitalario falle, el correcto funcionamiento del hospital se vería afectado.

Como se ha podido ver el servicio de limpieza no es la categoría más alta del hospital como pueden ser los médicos, pero son sumamente importantes para mantener una buena limpieza y desinfección del hospital.

Es imposible imaginarse el buen funcionamiento del hospital sin el personal de limpieza, ni el administrativo, ni el auxiliar de enfermería, etc. Todos ellos son un equipo fundamental para garantizar la seguridad clínica de los pacientes.

Por eso es de gran importancia que todo el personal del hospital trabaje en equipo en perfecta armonía y de forma continuada para que los pacientes tengan la mejor atención sanitaria que se merecen y que tengan una estancia lo más agradablemente posible dentro de lo que cabe.

6 Bibliografía

- _ <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/temas-especiales/atenci%C3%B3n-hospitalaria/personal-del-hospital>
- _ <https://www.euroinnova.edu.es/blog/quienes-trabajan-en-un-hospital>

Capítulo 64

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL HOSPITAL DE DÍA DE HEMATOLOGIA Y ONCOLOGÍA

BEATRIZ BALBOA MANJON

1 Introducción

Los Hospitales de día Oncológicos y Hematológicos son aquellas unidades del hospital que ofrecen cuidados y la administración de tratamientos terapéuticos a los pacientes de una forma continua, sin que estos tengan que quedar ingresados. Por lo general este tipo de pacientes que acuden a estos hospitales de día, son aquellos que han sufrido algún tipo de tumor o cáncer, conocido como un crecimiento incontrolado de las células. Las células cancerosas provienen de una célula inicial que está sana haciendo que se altere, se multiplique y crezca sin control. Las células se dividen demasiado rápido y no mueren de la manera normal.

El tratamiento para el cáncer varía en función de lo que este haya crecido y de la fase en la que se encuentre y también de si el tumor se ha esparcido o no desde su situación original.

Si el tumor no se ha podido quitar totalmente por medio de cirugía, las opciones de tratamiento pueden ser la radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal, trasplantes de células madre, etc. Algunos tipos de cáncer requieren una combinación de varios tratamientos.

Actualmente, la mayoría de los tratamientos quimioterápicos o similares pueden administrarse de forma ambulatoria gracias a la existencia de los HOSPITALES DE DÍA en coordinación con los/as oncólogos/as y hematólogos/as de consultas. El equipo está formado por Oncólogos/as, Hematólogos/as, personal de Enfermería y auxiliares de Enfermería de experiencia, y especializados en el tratamiento del cáncer, junto con otros profesionales de apoyo como los/as celadores/as o el personal administrativo de experiencia y especializados en el tratamiento del cáncer.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia y las funciones del TCAE en el Hospital de día Oncológico y Hematológico.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de artículos y revisiones sistemáticas que tuvieran relación con las funciones del TCAE en los Hospitales de día Hematológicos y Oncológicos y para ello se consultan bases de datos de Pub Medline, Scielo y Google Académico.

Las palabras clave utilizadas han sido hospital de día, hematología, oncología, cáncer y TCAE.

4 Resultados

En la unidad de oncología y hematología es el TCAE el que llama al paciente y acompaña a la consulta, ayudando al oncólogo en las exploraciones y peticiones de prueba, también les dirán dónde tienen que ir para solicitar o realizarse las pruebas que les han pedido en la consulta, entregando a los administrativos las hojas de la primera visita, hojas de citación etc. Para desde allí enviarlas a Admisión.

Una vez haya hecho la enfermera la extracción de sangre en los tubos correspondientes de hematología o bioquímica, el TCAE será el encargado de mandarlos al servicio correspondiente para su análisis y en función de los resultados poner el tratamiento adecuado. También recogerá la orina de 24 horas que el paciente haya llevado y enviará para su análisis.

Una vez haya acompañado al paciente a su sillón o cama correspondiente le preguntará si quiere tomar agua o zumo y si tiene frío para proporcionarle una colcha o manta, preguntándole de vez en cuando si necesita algo o tiene alguna molestia o necesita ir al baño o poner la cuña o botella en cada caso.

Revisará y repondrá el material necesario de los carros de enfermera y armarios de las salas de tratamiento, hará las camas y los sillones de los pacientes que hayan acabado de poner el tratamiento, también deberán colocar la medicación que llega de la Farmacia del Hospital, debiendo clasificar esta, mirar su caducidad y colocar en su correspondiente sitio como baldas, neveras y llevar a cada box la medicación que se necesite. Es importante comprobar los sueros de Quimioterapia que llegan, leyendo el nombre del paciente y apuntarlo en el listado.

Una vez haya acabado el paciente de poner el tratamiento, le acompañará a la salida si es necesario o llamará a una ambulancia para su traslado.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE es fundamental para que funcione bien el Hospital de Día de Oncología y Hematología, lugares donde se administra la mayoría de los tratamientos quimioterápicos propios de estos servicios.

Podemos concluir con que las funciones principales del Auxiliar de Enfermería sobre todo, son facilitar la estancia en el hospital de día a los pacientes haciéndoles su estancia lo más cómoda posible dada su situación y ayudar a las enfermeras o los médicos en todo lo que necesiten.

Sus tareas son múltiples y por ello la importancia en el correcto funcionamiento de un Hospital de Día Oncológico y Hematológico.

6 Bibliografía

[_https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001289.htm#:text=Es%20el%20crecimiento%20descontrolado%20de,tambi%C3%A9n%20se%20denominan%20c%C3%A9lulas%20malignas](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001289.htm#:text=Es%20el%20crecimiento%20descontrolado%20de,tambi%C3%A9n%20se%20denominan%20c%C3%A9lulas%20malignas).

[_https://conviveconelcancer.com/que-es-un-hospital-de-dia/](https://conviveconelcancer.com/que-es-un-hospital-de-dia/)

Capítulo 65

CUIDADOS EN NUTRICIÓN ENTERAL POR Sonda NASOGÁSTRICA

MATILDE PADILLA BERROCAL

CRISTINA GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

La nutrición enteral es un tipo específico de soporte nutricional perteneciente a la alimentación artificial. Entendemos por nutrición enteral la entrada de nutrientes por la vía digestiva, directamente al estómago o al intestino delgado. Por lo tanto se necesita el empleo de una sonda para su administración por la que eliminamos el proceso de la etapa bucal y del esófago y pasamos una sonda por vía nasofaríngea, estas son las características de la nutrición enteral. La nutrición enteral emplea el aparato digestivo para hacer llegar los nutrientes al paciente a partir de una vía de acceso formado por unos equipos de administración. Estos constan de la propia alimentación en forma de batido refiriéndonos al entorno hospitalario y puede ser de dos formas; dieta basal, en la que el paciente no precise de ningún suplemento alimenticio y dieta terapéutica en la que el paciente precisa de una dieta nutricional específica. La bomba de nutrición, que se basa en un aparato donde fijaremos el flujo y velocidad que haya fijado su facultativo. Juntamos a través de una toma de conexión la alimentación por la que pasa por la bomba de infusión encargada de dosificar la alimentación conectada a la sonda del paciente.

Esta sonda tiene dos canales de entrada, uno por el que entrará la alimentación con o sin suplementos alimenticios y otro donde administraremos la medicación correspondiente al paciente.

2 Objetivos

Conocer las adecuadas técnicas en el manejo de sonda nasogástrica en un entorno hospitalario enfocado al cuidado por el técnico auxiliar de enfermería.

3 Metodología

Para la investigación de este trabajo se ha optado por recabar la recopilación y lectura de varios artículos relacionados con el tema, teniendo como respuesta una visión relacionada y enfocada a la finalización de este trabajo el cual tiene un fin ilustrativo.

4 Resultados

El auxiliar de enfermería debe estar cualificado para realizar la función de administración por sonda nasogástrica y encargarse de las funciones que precisa la nutrición enteral. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería será el que se encargará de la preparación siguiendo la prescripción médica.

Para iniciar una alimentación se cambiará el receptal y el equipo. Se rellena con la nutrición pautada.

Cuando iniciemos el cambio, colocaremos en la bomba de infusión el volumen a 0 y pondremos los parámetros (velocidad, volumen al infundir...) modificándolos si fuera necesario y ajustándose a las órdenes médicas. Se pondrá una etiqueta reflejando lo anterior acontecido y haciendo constar nuestro trabajo así como si queda pendiente por añadir o completar el tratamiento realizado también habrá que señalar si hemos introducido alguna sustancia como fibra, proteína etc. Por protocolo se comprobará el residuo gástrico, antes de las tomas y aparte marcaremos unas horas fijas como por ejemplo a las 12 horas, 18 horas, 24 horas y así sucesivamente. Si el contenido gástrico es superior a 500 ml se avisará al personal de enfermería encargado del paciente y se procederá a detener la infusión de la nutrición al menos durante una hora, ya que esto puede significar ralentización del adecuado vaciado gástrico.

En la administración de medicaciones esta se administrarán trituradas o disueltas en agua y vaso pequeño. Si fueran muchos fármacos a administrar se darán en varias tomas, arrastrando con agua tras su administración.

Para terminar se administran 20- 30 ml de agua o un poco más si fuera necesario para lavar bien la sonda y asegurarnos de que queda permeable. El total del líquido administrado hay que contabilizarlo en gráficas y balances.

5 Discusión-Conclusión

A través de este trabajo podemos concluir que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene una gran relevancia en el manejo y cuidado de la sonda nasogástrica, la nutrición enteral y la administración de medicación al paciente en algunas unidades hospitalarias.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería también tiene la responsabilidad de reflejar, balancear y hacer constar todo lo que introducimos al paciente, tanto el agua administrada para las medicaciones como la que le toca en las tomas, así como también la usada para el lavado de la sonda nasogástrica. Concluimos con que el técnico debe tener toda la información necesaria para aportar su labor en esta tarea.

6 Bibliografía

Guenter P, Jones J, Robert Sweed M, Ericson M. Sistema de la liberación y administración de la alimentación enteral. Madrid: McGraw-Hill interamericana Editores, 1998; p. 272-301.

Santana Cabrera JL, Ruiz Santana S. Digestión y absorción de nutrientes. Vías de acceso en nutrición enteral. Barcelona: Editorial Miltimédica, 1995; p. 1-21.

Capítulo 66

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA NUTRICION ENTERAL EN UVI

JOSÉ ALFREDO TAMARGO

1 Introducción

Las UVI o uci son unos servicios sumamente especializados que requieren un personal muy cualificado y específico, ya que ellas se trata a pacientes con patologías graves o muy graves que deben atenderse con precisión y rapidez, por tanto son unidades que deben contar con todos los servicios necesarios.

Los técnicos de enfermería en medicina intensiva tiene que prestar unos cuidados mas específicos que en cualquier otra planta hospitalaria, ya que deben estar preparados para situaciones cambiantes debido al tipo de paciente y a conocer el funcionamiento de aparataje sofisticado.

Se tratan sin duda de servicios de un carácter polivalente que funcionan en conexión con los demás servicios hospitalarios, ya que atienden tanto a pacientes médicos como quirúrgicos, ya que se tratan de pacientes de carácter crítico y altamente recuperables.

Las camas uvi no deben superar por ley el 10% de las camas hospitalarias.

Los pacientes uvi o uci deben de cumplir una serie de requisitos para poder ocupar una cama, son pacientes que están en estado grave, pero que son altamente recuperables como ya hemos dicho y por ello requieren de una monitorización de sus constantes y llevar a cavo un control de sus constantes vitales (actividad cerebral, tension, saturacion, etc).

Dichos controles son llevados a cabo por el TCAE.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del TCAE en la nutrición enteral en la UVI.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 nutrición enteral tiene la finalidad de administrar al paciente los nutrientes necesarios para mantener el equilibrio nutricional hasta que recupere la capacidad de alimentarse por vía oral.

Las nutriciones enterales que viene preparadas de farmacia para utilizar en uvi o uci ya están listas para su utilización aunque algunas de ellas deben ser disueltas en agua y preparadas por los TCAE antes de su administración.

Los TCAE deben de disponer todo el material necesario, revisarlo siempre antes y después de su utilización y colocarlo siempre en una zona accesible y que no interrumpa el trabajo de los compañeros DUE.

La nutrición enteral se administra de manera continua por lo que debemos comprobar que la bolsa de la nutrición está por encima de la cabeza del enfermo y por encima de la bomba.

La bomba dispone de un sistema de alarma que sonara en caso de obstrucción del sistema o algún tipo de incidencia o bien porque se acabe la alimentación y haya que sustituirla.

El cambio de la bolsa de alimentación debe hacerse lo mas rápido posible por lo que deberemos estar pendiente de ella par evitar que deje de recibir alimentación el menor tiempo posible el ritmo de infusión viene pautado por el médico intensivista y programado por el/la DUE.

La tolerancia a la alimentación debe ser comprobada por el TCAE una vez por turno o como mínimo cada seis horas.

El control de tolerancia se realiza mediante la aspiración con una jeringuilla a través de la sonda y nos indicará el nivel de tolerancia a la nutrición.

Se debe de interrumpir la nutrición si la cantidad aspirada es mayor de 500cc o bien bajar el ritmo de infusión los tipos de preparación de nutrición enteral pueden variar si el paciente es diabético o dependiendo de las necesidades.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva los TCAE somos profesionales que pertenecemos al equipo de enfermería y nuestra función principal es prestar servicios, cuidados y atención asistencial a los pacientes con la particularidad que al hacerlo en uvi o uci se tratan de cuidados mas técnicos y específicos a cualquier otra unidad de hospitalización.

Dentro de las muchas funciones que desempeña el TCAE en uvi incluimos también la colaboración en la colocación de vías centrales, movilizaciones, brazos, pronaciones, extubaciones, traslados, ingresos, etc.

Además de la limpieza de material, maquinaria, reposición de carros de curas.

Todas estas funciones y alguna mas son necesarias para el buen funcionamiento y repercuten directamente en el proceso de atención al paciente.

6 Bibliografía

PROTOCOLOS SESPA

PROTOCOLOS DE UVI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES

Capítulo 67

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS

JOSÉ ALFREDO TAMARGO

1 Introducción

Las urgencias hospitalarias desde hace años y mas si cave después de la pandemia han experimentado un aumento considerable llegando incluso a veces a límites insoportables por el sistema sanitario duplicando sus cifras de pacientes atendidos en esta unidad.

Buena parte de los pacientes atendidos en urgencias hospitalarias son pacientes que no son atendidos correctamente en atención primaria, bien son derivados injustificadamente por estos o porque confían en ser mas eficientes que la atención primaria.

Esta elevada utilización inadecuada de los servicios de urgencia hospitalaria no solo colapsa el servicio, sino que no pueden cubrir el seguimiento de los tratamientos de los pacientes además de la sobrecarga y la desorganización que conlleva al resto del hospital.

Esto se produce en cierta manera por el desconocimiento por parte de la población de la definición de urgencia y de emergencia.es por ello que es necesario identificar el nivel de urgencia con un código ya conocido por los colores verde, amarillo y naranja el cual dará prioridad a la hora de ser atendido.

Prácticamente todos los códigos verdes son problemas que pueden y deben ser atendidos en centros de atención primaria y muchos códigos amarillos también y con ello liberaría la presión a la que someten las urgencias hospitalarias y se atendería mas eficientemente a los pacientes.

2 Objetivos

Exponer el papel del TCAE en el servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se 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 TCAE es la persona que después de realizar el tiraje va a recibir al paciente al cual identificara, colocara y acomodara, además de ayudarle a desvestirse o vestirse proporcionándole en todo momento la intimidad necesaria.

El TCAE observará si el paciente es dependiente o no, si es continente o incontinente, etc. Ya que de ser así su papel es aun más importante, pues en estancias prolongadas debe tener en cuenta la aparición de úlceras por presión.

Al ingreso deberá comprobar que no sufre algún tipo de lesión cutánea y si es así se le informará al DUE para que evalúe el tipo de actuación a seguir.

En urgencias encontraremos todo tipo de enfermedades por ello debemos conocer los diferentes tipos de protocolos a seguir según el tipo de paciente, por ello es función del TCAE preparar al paciente y los materiales necesarios así como colaborar con el DUE y el médico en las tareas para las que nos requieran.

Es función del TCAE realizar los diferentes controles, recoger muestras de orina, heces, vomito, vaciar sondas etc

El TCAE se debe mantener en constante comunicación con el equipo de enfermería y avisar en todo momento de los cambios que observe en el paciente en resumen debe saber priorizar en sus tareas dependiendo las necesidades del servicio.

El TCAE colabora en todas las actividades que facilite el trabajo del equipo de enfermería y del médico siempre que cumplan con lo establecido dentro del ámbito de sus funciones

Todo ello tiene como finalidad el dar fluidez al servicio y poder dar al paciente el servicio y el tratamiento más acorde a su necesidad y evitar así el colapso del

servicio de urgencias de los diferentes hospitales de la región

5 Discusión-Conclusión

La actuación de todo el personal de enfermería en los diferentes servicios de urgencias hospitalarias determina en gran medida la posterior evolución de los pacientes por ello es indispensable una rápida y correcta actuación en estos servicios.

Es imprescindible unificar criterios y protocolos, ya que así facilita la actuación y evita olvidos y errores que muchas veces nos llevan a reclamaciones por parte de los pacientes y sus familiares y que no tendrán mayor seguimiento si hemos actuado correctamente y siguiendo los protocolos pertinentes.

Los protocolos deben ser revisados y actualizados sistemáticamente, pues las técnicas van cambiando con el paso de los años

6 Bibliografía

PROTOCOLO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES

Capítulo 68

DISTRIBUCIÓN Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA VASCULAR

ESTEFANIA RODRIGUEZ ALVAREZ

SONIA FERNANDEZ DIAZ

1 Introducción

La unidad de cirugía vascular es la unidad encargada del diagnóstico, tratamiento y profilaxis de las enfermedades vasculares, arteriales, venosas y linfáticas, esta unidad acoge a los pacientes que deben ser tratados o intervenidos ya sea de forma programada o de urgencia.

Como la gran mayoría de las unidades de hospitalización la unidad de cirugía vascular cuenta con los siguientes elementos:

Pasillo de habitaciones de pacientes: Habitualmente se encuentran a ambos lados del pasillo y cada habitación consta de dos camas, dos mesitas, dos armarios, un baño completo, dos sillones y dos televisores. A lo largo del pasillo también encontraremos algunas de las otras salas que componen la unidad.

Control de enfermería: Se encuentra casi siempre hacia la mitad del pasillo para tener fácil acceso a todas las zonas de la planta y un mejor control de los pacientes. Dentro del mismo control de enfermería se encuentra en muchas ocasiones la sala de medicación, donde se guarda toda la medicación necesaria para este servicio. Dentro del control también está ubicada la pizarra donde se anotan todas las intervenciones programadas y otros datos de interés para el personal sanitario.

Despacho de la Supervisora: como su nombre dice es el lugar desde donde la supervisora de la planta llevará a cabo las gestiones necesarias para el funcionamiento del servicio.

Sala de descanso: en muchas ocasiones se encuentra dentro del mismo control de enfermería y es utilizada por el personal de la planta para llevar a cabo los descansos durante el turno de trabajo.

Cuarto de Lencería: es el lugar donde se guarda toda la ropa limpia de la planta, así como el material para el cuidado de aseo personal de los pacientes. También se guardan en él los carros de aseo

Cuarto sucio: es el lugar donde se lava el material sucio y se prepara para la desinfección o su traslado a la unidad de esterilización, en él se guardan las cuñas, botellas, sondas y otros materiales fungibles.

Aseo para el personal: el baño que utiliza el personal de la planta, que habitualmente está compartido con los acompañantes de los pacientes.

Sala de curas: en esta sala encontraremos los carros de curas del personal de enfermería y todo el material necesario para llevar a cabo las mismas.

Sala de espera: es la sala donde pueden permanecer las visitas durante las intervenciones de los pacientes o cuando el personal sanitario así lo precise.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es dar a conocer al personal sanitario cuál es la distribución de una unidad de cirugía de forma generalizada, ya que en cada hospital pueden variar un poco las mismas y también las funciones que los auxiliares de enfermería deben llevar a cabo en esta unidad.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo he revisado y buscado información en diversas bases de datos (google académico), webs de referencia médica como scielo y consultado los protocolos de la unidad de cirugía vascular del hospital de referencia de mi ciudad.

4 Resultados

En cuanto a las funciones del personal técnico auxiliar de enfermería de esta unidad las diferencias por los turnos realizados en la planta que serían los sigu-

ientes:

TURNO DE MAÑANA:

El turno de mañana comienza a las 8:00 am y se procede a dar el cambio a los compañeros que salen del turno de la noche, ellos nos contarán las incidencias que debemos conocer. Por lo general la planta se divide en dos zonas, repartiendo así cada zona a un auxiliar y una enfermera, siendo el resto personal de apoyo para las tareas, cada auxiliar tomará la temperatura a los pacientes de su zona y realizará el registro de las mismas, en el caso de encontrar algo reseñable se lo comunicará siempre a la enfermera de esa zona, después se preparan los carros y el material necesario para el aseo de los pacientes y los cambios de la ropa de cama comenzando con dicha tarea, durante este proceso se reparten los desayunos para aquellos pacientes que tengan dieta asignada, al recoger los desayunos se observará y se registrará las cantidades de ingesta en los pacientes que tienen control, una vez terminados los aseos se recoge todo el material que se ha de enviar a la lavandería y se reponen los carros de aseo. Registraremos en el programa correspondiente todos los datos necesarios en la ficha del paciente. Realizaremos el pedido de lencería para reponer el cuarto y dejar todo preparado para el servicio. Se reparten las comidas a los pacientes y a su recogida se registrarán de nuevo los controles de ingesta a quien fuera necesario, en esta ocasión también realizaremos el control de diuresis y posteriormente lo anotaremos en la ficha del paciente. A la llegada de los compañeros del turno de tarde, les daremos toda la información relevante que deban conocer sobre las altas previstas, ingresos, cambios en los cuidados etc.

TURNO DE TARDE:

Este turno comienza a las 15:00, al entrar al turno se revisa el cuarto sucio para enviar a esterilización todo lo que sea necesario después de rellenar el formulario correspondiente, en el caso de que haya habido altas, se procederá a preparar las camas para posibles ingresos, se toma la temperatura a los pacientes y se revisan los drenajes, sondas etc. comprobando que todo está bien. Durante todo el turno se atenderán las llamadas al timbre de los pacientes.

A las 17:00 se reparten las meriendas a los pacientes y ayudaremos a aquellos que lo necesiten para los cambios posturales, levantarse de la cama al sillón si así lo tienen pautado. Al recoger las meriendas se registrará la ingesta al igual que en los demás turnos, si a lo largo del turno hay algún ingreso nos encargaremos de proporcionar al paciente todo lo necesario para su estancia.

A las 20:00 se reparten las cenas, mientras tanto se procede a reponer el material de la sala de curas, de la farmacia y se dejan limpios y repuestos todos los carros de la unidad.

Al recoger las cenas anotaremos todos los registros en el programa y comentaremos al personal de enfermería cualquier signo o síntoma anómalo que hayamos observado durante el turno.

TURNO DE NOCHE:

Este turno comienza a las 22:00 y se empieza por dar el relevo al personal de la tarde y recibiendo la información relevante.

Revisaremos la pizarra para observar las cirugías que haya programadas para el día siguiente y así poder preparar a los pacientes y el material necesario, se colocan a los pacientes los carteles necesarios para las pruebas y las intervenciones del día siguiente. Antes de las 00:00 se vacían los drenajes y los receptales para el registro en el programa. A lo largo del turno de la noche se atenderán los timbres de los pacientes. Antes de terminar el turno se limpiarán y se repondrá todo el material necesario en los carros y en las salas de curas y farmacia.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería es una de las piezas clave en todas las unidades hospitalarias, pero más aún en la unidad de cirugía vascular, ya que los pacientes que se encuentran en ella precisan de unos cuidados más específicos que precisan de la colaboración de todas las personas que trabajan en la planta.

Es muy importante conocer cuáles son las funciones de cada uno y que haya una buena organización y repartición de las tareas a llevar a cabo en esta unidad para así poder reducir el coste sanitario e intentar hacer la estancia de los pacientes lo más llevadera posible.

6 Bibliografía

<https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/13ca0e529aa44a71d708d5221617a001.pdf>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

<https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 69

CUIDADOS TRAS UN ICTUS

MARÍA DEL JUNCAL MÁRQUEZ DELGADO

1 Introducción

Con el término “ICTUS” nos referimos a cualquier trastorno de la circulación cerebral, de comienzo súbito, y que puede ser consecuencia de la interrupción del flujo sanguíneo a una parte del cerebro (isquemia cerebral) o por el contrario a la rotura de una arteria o vena cerebral (hemorragia cerebral).

Es una de las causas más importantes de incapacidad permanente del adulto y la segunda causa de muerte (la primera en mujeres). Además, puede provocar secuelas que afecten de manera importante la calidad de vida. Por todo esto, es vital acudir de manera precoz a un centro hospitalario para instaurar el tratamiento cuanto antes y aprovechar la neuroplasticidad del cerebro que hace que, en esas primeras horas, sea más fácil recuperar las funciones cerebrales afectadas.

En general los síntomas más habituales del ictus son:

- Pérdida de fuerza en la mitad del cuerpo (cara, brazo y pierna del mismo lado).
- Dificultad para hablar.
- Pérdida de sensibilidad u hormigueos en la mitad del cuerpo.
- Pérdida súbita de visión en un ojo.
- Dolor de cabeza muy intenso distinto del habitual.
- Etc.

Una vida sana disminuye el riesgo de padecer un accidente cerebrovascular. Los factores de riesgo son:

- Hipertensión arterial.
- Enfermedades cardíacas.
- Diabetes mellitus.
- Aumento del colesterol.

- Consumo de alcohol, tabacos o drogas (anfetaminas, cocaína, etc.).
- Sedentarismo.
- Obesidad.

2 Objetivos

- Conocer la valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon de los síntomas más comunes del Ictus.
- Establecer los diagnósticos enfermeros según: NANDA, NOC, NIC.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: ictus, cuidados, enfermería, Marjory Gordon, NANDA, NIC, NOC; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1995.

4 Resultados

VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

DE LOS SÍNTOMAS MÁS COMUNES

DOLOR AGUDO:

1. Respiración: Sin alteraciones
2. Alimentación / Hidratación: Sin alteraciones
3. Eliminación: Sin alteraciones
4. Movilidad / Postura: Sin alteraciones
5. Dormir / Descansar: Sin alteraciones
6. Vestirse / Desvestirse: Sin alteraciones
7. Temperatura corporal: Sin alteraciones
8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Sin alteraciones
9. Evitar peligros: Determinar el grado de dolor referido por el paciente, así como la duración de cada episodio de dolor. Determinar las consecuencias que tiene

para el paciente el dolor que sufre (absentismo laboral, alteración de la eliminación intestinal, alteración en la concentración mental, alteración de la higiene personal, trastornos de la movilidad, afectación del sueño, etc.).

10. Comunicación / Relaciones sociales: Sin alteraciones

11. Valores / Creencias: Sin alteraciones

12. Autorrealización: Sin alteraciones

13. Entretenimiento: Sin alteraciones

14. Aprendizaje: Sin alteraciones.

SEGÚN MAREO Y/O VÉRTIGO:

1. Respiración: Sin alteraciones

2. Alimentación / Hidratación: Sin alteraciones

3. Eliminación: Sin alteraciones

4. Movilidad / Postura: Determinar la habilidad del paciente para andar por su domicilio, bajar y subir escaleras, así como para mantener una marcha eficaz.

5. Dormir / Descansar: Sin alteraciones

6. Vestirse / Desvestirse: Sin alteraciones

7. Temperatura corporal: Sin alteraciones

8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Sin alteraciones

9. Evitar peligros: Determinar el equilibrio del paciente al caminar, al estar en bipedestación, en sedestación y si existe o no mareo.

10. Comunicación / Relaciones sociales: Sin alteraciones

11. Valores / Creencias: Sin alteraciones

12. Autorrealización: Sin alteraciones

13. Entretenimiento: Sin alteraciones

14. Aprendizaje: Sin alteraciones.

MOVILIDAD FÍSICA LIMITADA:

1. Respiración: Sin alteraciones

2. Alimentación / Hidratación: Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de alimentación.

3. Eliminación: Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de evacuación.

4. Movilidad / Postura: Valorar la capacidad del paciente para ambular, mantener la posición corporal, realizar una marcha eficaz, bajar y subir escaleras.

5. Dormir / Descansar: Valorar la capacidad del paciente para preparar la vestimenta y vestirse.

6. Vestirse / Desvestirse: Sin alteraciones

7. Temperatura corporal: Sin alteraciones

8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de baño/higiene.
9. Evitar peligros: Determinar el grado de dolor referido por el paciente, así como la existencia de irritabilidad e inquietud. Determinar el grado de seguridad del hogar del paciente, así como su conducta frente a la prevención de lesiones.
10. Comunicación / Relaciones sociales: Valorar los sentimientos del paciente (autoestima, desesperanza, tristeza, depresión, etc.).
11. Valores / Creencias: Sin alteraciones
12. Autorrealización: Valorar el grado de adaptación a la discapacidad física.
13. Entretenimiento: Sin alteraciones
14. Aprendizaje: Sin alteraciones.

5 Discusión-Conclusión

Aproximadamente un 30% de los pacientes pueden tener síntomas previos, de aviso, de escasa duración llamados “ataques isquémicos transitorios”. Es importante su identificación, ya que puede evitar un infarto cerebral posterior.

La prevención disminuye el riesgo y debe hacerse a cualquier edad, pero sobre todo a partir de los 45 años, a fin de identificar los factores de riesgo cuyo control reduce drásticamente el riesgo de ictus.

En algunas ocasiones, los pacientes debido a su complejidad, gravedad o por la necesidad de precisar técnicas avanzadas de monitorización, estudio o, incluso, tratamiento, deben ser atendidos en centros de máximo nivel.

En conclusión, el ictus es un problema sanitario a nivel mundial, debido a su elevada morbimortalidad e impacto sociosanitario. La implantación y puesta en marcha de un protocolo como el Código Ictus ha conseguido mejorar los resultados clínicos, así como, la calidad de vida de los pacientes tras sufrir el episodio.

6 Bibliografía

- Clínica Universidad de Navarra
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Madrid: El Ministerio; 2009.
- Moros JS, Ballero F, Jáuregui S, Carroza MP. Rehabilitación en el ictus. An Sist Sanit Navar. 2000
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales

(IMSERSO). Recursos sanitarios. En: Modelo de atención a las personas con daño cerebral. Madrid: IMSERSO; 2007.

- Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
- Herdman TH, editora. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

275

- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

Capítulo 70

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

SANTA VIRGINIA ZAMBRANO ZAMBRANO

ANA MARIA ESCALANTE LORENZO

RAQUEL ABALO FERNANDEZ

ROSA ELENA MARTIN FERNANDEZ

LETICIA PRIETO PEREZ

1 Introducción

Cuando nos referimos a esterilización nos referimos al procedimiento físico-químico que va dirigido a destruir toda la flora microbiana.

Antiguamente era muy común que cada quirófano y sala de curas se encargara de todo su material. Como no existían técnicas muy eficaces como las que puede haber ahora, la esterilización se llevaba a cabo metiendo el instrumental en hervidores en los que no existía ningún control ni de tiempo ni de temperatura. Se utilizaban autoclaves que no eran capaces de destruir todas las bacterias. Evidentemente no era lo más higiénico y por suerte todo ello cambio gracias a las distintas tecnologías que fueron apareciendo. A día de hoy, las principales formas de esterilización son el calor húmedo y el óxido de etileno.

Es muy importante que se lleve a cabo una buena esterilización de todo, ya que casi todos los pacientes cuando llegan a un hospital se les suele realizar algún procedimiento invasivo y si el material no está en las condiciones adecuadas esto podría derivar en distintas infecciones que podrían poner en peligro la vida del paciente.

El técnico auxiliar de enfermería dentro del servicio de esterilización tiene que conocer perfectamente cuál es el funcionamiento de todos los aparatos y que tipo de esterilización se utilizara en cada caso.

2 Objetivos

Para la realización de esta comunicación tenemos como objetivo conocer la importancia de la esterilización y cuáles son las técnicas mas acertadas para cada material.

3 Metodología

Para la realización de esta comunicación hemos llevado a cabo una búsqueda minuciosa a través de diferentes plataformas online y revistas científicas utilizando los siguientes descriptores: técnicas de esterilización, funciones del TCAE en esterilización, técnica de vapor húmedo y óxido de etileno.

4 Resultados

Nos referimos con esterilización al procedimiento fisicoquímico por el cual el instrumental se encuentra libre de cualquier microorganismo que pueda estar presente.

Dentro de un hospital es muy importante el servicio de esterilización. A cualquier paciente que entre en el hospital normalmente se le realiza algún procedimiento invasivo, por ello es muy importante que todo el material este libre de cualquier bacteria que pueda poner en riesgo la vida del paciente al poder derivar en una infección.

Antiguamente se usaban técnicas que era muy poco probable que destruyeran cualquier tipo de microorganismo, pero gracias a las nuevas tecnologías el procedimiento de esterilización cambió mucho. Existen diversas técnicas de esterilización, pero las más utilizadas a día de hoy son el calor húmedo (autoclave) y el

óxido de etileno. A continuación procedemos a especificar más profundamente estas dos técnicas:

- Esterilización por calor húmedo (autoclave): se trata de la esterilización gracias al vapor a presión. Esta máquina (autoclave) permite que la cámara llegue a los 121°. En estas máquinas es muy importante controlar la temperatura, la presión y el tiempo de exposición de los materiales, ya que son factores críticos en el procedimiento. Normalmente, el tiempo de exposición serán 15 minutos para lograr la esterilización, pero en algunas ocasiones será necesario variar el tiempo dependiendo del material a esterilizar.
- Esterilización por óxido de etileno: la práctica con este sistema ha evolucionado mucho con los años y a día de hoy es uno de los métodos más eficaces que existen a bajas temperaturas, ya que no supera los 60°. Está basado en la distribución del gas (óxido de etileno) a bajas temperaturas y gracias a ello podemos esterilizar materiales más sensibles al calor como el látex, catéter, gasas...

5 Discusión-Conclusión

Todo el personal de este servicio es muy importante que esté perfectamente formado en el ámbito de la esterilización, ya que de una buena esterilización dependerá que los pacientes puedan sufrir menos riesgo de infección y con ello que exista menos riesgo de cualquier complicación en la salud del paciente.

Aunque existan muchas maneras de esterilización, a día de hoy las mas utilizadas en los servicios suelen ser el calor húmedo (autoclave) y el óxido de etileno. Este último es muy eficaz para el instrumental termosensible, ya que esteriliza a bajas temperaturas (entre 30 y 60°).

Gracias a las nuevas tecnologías podemos llevar a cabo una mejor esterilización y reducir los riesgos por infección.

6 Bibliografía

- Márquez, F. C. (2007). TCAE en el servicio de esterilización. Editorial Vértice.
- Silvestre, C., Fagoaga, L., Garcandía, M. J., Lanzeta, I., Mateo, M. C., & Zapata, M. C. (2000, January). Esterilización. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 23, pp. 95-103).
- Acosta-Gnass, S. I. (2008). *Manual de esterilización para centros de salud*. Pan American Health Org.

Capítulo 71

GASTROSCOPIA. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA PARA LA EXPLORACIÓN DEL TUBO DIGESTIVO. PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA AMBULATORIA. PRAXIS

MARÍA DEL JUNCAL MÁRQUEZ DELGADO

1 Introducción

El endoscopio nació en 1932, diseñado por Schindler; fue un gastroscopio semirígido molesto para el paciente y con grandes riesgos, a la vez que impedía una completa visualización del tubo digestivo. En los años 50 se fabricó una gastrocámara consistente en un tubo flexible con una lente incorporada en la punta; para surgir a partir de 1954 una segunda generación fabricados por Hopkins y Kapany, fabricados en fibra de vidrio que permitía transmitir la luz caliente de una lámpara hasta su extremo distal, convertida en luz fría, lo que sirvió para que Hirschowitz en 1957 fabricaran el primer gastroscopio de fibra con visión frontal. Para su realización se utiliza un videogastroscopio de visión frontal con un amplio ángulo de visión de hasta 150 grados en los endoscopios más recientes. Los últimos modelos proporcionan 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 2,8mm que permite la inserción de accesorios habituales, como pinzas de biopsia, asas de polipectomía o agujas de inyección. Para determinados procedimientos

existen modelos especiales como el gastroscopio terapéutico, con un canal de trabajo de mayor calibre (3,8 a 4,2mm) necesario para la colocación de prótesis. El gastroscopio de doble canal con al menos un canal de gran calibre que permite la inserción simultánea de dos materiales de trabajo o el gastroscopio fino o pediátrico con un canal de trabajo de 2,2mm muy útil en el franqueo de estenosis.

2 Objetivos

Describir la utilidad y modo de empleo de la endoscopia digestiva alta para la exploración del tubo digestivo consiguiendo diagnóstico.

3 Metodología

Las herramientas usadas para la realización 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 empleado como palabras clave: endoscopio, 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

Explorar el tubo digestivo desde 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 endoscopio, además de ser una técnica muy valiosa para detectar tumores de esófago, estómago y la parte inicial del duodeno. Para llegar a dicho diagnóstico puede ser necesario tomar algunas muestras para el análisis, diagnóstico y tratamiento de determinadas enfermedades como *Helicobacter pylori*, enfermedad celiaca. Durante la exploración puede ser necesario 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 realización de una gastrostomía de alimentación.

Existen algunos aspectos a tener en cuenta previos a la realización 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 antes de la realización de la prueba.

El paciente se coloca en posición de decúbito lateral izquierdo con una almohada bajo la cabeza y la barbilla inclinada hacia el pecho, procurando que la boca esté algo más baja que la garganta (lo que facilitará la entrada del tubo endoscópico, además de permitir la salida de saliva y con ello evitar las acumulaciones de secreciones y saliva regurgitadas en la boca). Se coloca 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 utilizado es la lidocaína (disminuye el reflejo nauseoso y las molestias faríngeas), cuyo efecto se prolonga aproximadamente 1 hora, tiempo en el que el paciente no deberá ingerir ningún tipo de líquido ni alimento sólido.

En algunos centros puede aplicarse una sedación mínima, ya que la duración de la prueba es muy corta, 5-10 min. En este caso 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 sin insuflación, generalmente bajo visión directa hacia el esfínter esofágico superior, momento en el que se invita al paciente a tragar para facilitar el paso.

Se examina cuidadosamente la mucosa del esófago mientras se introduce lentamente el gastroscopio hacia el esófago distal y la unión gastroesofágica, atravesando el cardias hacia el estómago.

El fundus debe ser examinado mediante la maniobra de retroversión, que se realiza 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, manteniendo un giro antihorario de 180 grados se penetra en el fundus examinando con facilidad la vertiente cardial y el fornix.

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 del tracto digestivo.

Es una exploración que permite la visualización directa de la parte alta del tubo digestivo

(esófago, estómago y duodeno), utilizando un tubo flexible o endoscopio.

A través del canal del endoscopio, podemos pasar gran variedad de instrumental, que permite tomar muestras para el análisis y actuar in situ sobre diversas lesiones.

La terapéutica endoscópica tiene, en general, una elevada tasa de resultados satisfactorios, con menores riesgos que el tratamiento quirúrgico.

La realización 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

- Classen M, Tytgat G, Lightdale C, editors. Upper Gastrointestinal Endoscopy. In: Gastroenterological Endoscopy. 2nd ed. Stuttgart: Thieme; 2010.
- Cotton P, editor. Pediatric Gastrointestinal Endoscopy. In: Advanced Digestive Endoscopy: Practice and Safety. Melbourne: Blackwell Publishing; 2008. 217
- Bordas JM, Herráiz M, Brullet E, editors. Utilidad de la anestesia tópica. Edimsa-faríngea en endoscopia digestiva alta. In: Actualizaciones en Endoscopia Digestiva 1. Barcelona; 2012
- 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.
- Vázquez JL, editor. Endoscopia digestiva alta. In: Endoscopia digestiva. Diagnóstica y terapéutica. Madrid; Editorial Médica Panamericana; 2008.
- Bartram MI, Misiewicz JJ, Cotton PB, Price AB, Thompson RP. Atlas de Gastroenterología. Ed. Medsi. Barcelona 1996. Tomos I-VIII.
- 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 72

EL SONDAJE VESICAL

RAQUEL ABALO FERNANDEZ

ANA MARIA ESCALANTE LORENZO

SANTA VIRGINIA ZAMBRANO ZAMBRANO

ROSA ELENA MARTIN FERNANDEZ

LETICIA PRIETO PEREZ

1 Introducción

Cuando nos referimos a un sondaje vesical nos referimos a una técnica invasiva que se trata de la introducción de un catéter o sonda que va desde la uretra hasta la vejiga directamente y tiene fines diagnósticos o terapéuticos. Es una técnica muy empleada sobre todo para la recogida de orina cuando el paciente no puede miccionar en ese momento y cuando existe algún problema por el que el paciente no es capaz de miccionar solo.

Existen diferentes tipos de sondas dependiendo de si el sondaje vesical va a ser temporal o no. Las sondas pueden ser de látex, silicono o plástico.

En el sondaje vesical se corre alto riesgo de infección cuando el sondaje es por un tiempo prolongado, por ello es muy importante llevar a cabo una buena higiene y que el personal sanitario que manipule la sonda sea lo mas estricto posible con la higiene de sus manos.

Es muy importante vigilar que el paciente orina, ya que puede existir una obstrucción de la sonda y eso le lleve al paciente a una retención urinaria por dicha obstrucción.

El personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de colaborar con el médico o la enfermera en todo lo que estos le soliciten.

2 Objetivos

En esta comunicación tenemos como objetivo conocer como es el procedimiento del sondaje vesical y cuales son las posibles complicaciones en las que puede derivar.

3 Metodología

Para la realización de esta comunicación se ha llevado a cabo una búsqueda minuciosa a través de diferentes plataformas online y revistas científicas utilizando los siguientes descriptores: sondas vesicales, el sondaje vesical y funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el sondaje vesical.

4 Resultados

El sondaje vesical es una técnica invasiva que trata de poder conectar la vejiga directamente con el exterior para fines que pueden ser diagnósticos y/o terapéuticos. Cuando se realiza un sondaje vesical el fin es tener una vía de drenaje desde la vejiga que puede ser temporal, permanente o intermitente.

Estos sondajes nos pueden servir para varias cosas, como pueden ser las siguientes:

- Recogida de muestras estériles
- Introducción de medicación
- Control de diuresis
- Etc.

Existen diversos materiales con los que se pueden fabricar las sondas y dependiendo de su fin o de su duración se usaran unos u otros. Las sondas pueden estar hechas de:

- Látex: se suelen usar para vaciado vesical permanente, pero en sondajes menores a 15 días, como puede ser un postoperatorio. Son de uso muy frecuente.
- Silicona: estas sondas también son muy utilizadas, ya que permiten que su calibre sea menor y por ello mas finas y tengan una mayor tolerancia en el paciente. Están indicadas para sondajes con duración mayor a 15 días.
- PVC: son las utilizadas en los cateterismos intermitentes.

Uno de los problemas más asociados al sondaje vesical son las infecciones. Por ello es imprescindible que se tenga una higiene muy minuciosa tanto con el sondaje vesical, como después con los cuidados e higiene que ello conlleva. Es imprescindible el lavado de manos tanto antes como después de cualquier manipulación de la sonda. En pacientes con un deterioro alto de la salud puede ser muy perjudicial para su recuperación una infección urinaria.

En el sondaje vesical la enfermera debe de ser muy cuidadosa con que todo el procedimiento sea estéril y el auxiliar se encargará de ayudarla en la parte del procedimiento que haga falta que sea estéril.

5 Discusión-Conclusión

El sondaje vesical es una técnica invasiva que se trata de insertar desde la uretra una sonda que llegue directamente a la vejiga. Puede llevarse a cabo para fines diagnósticos y/o terapéuticos.

Las sondas pueden ser de diferentes materiales (látex, silicona y PVC) y dependiendo el fin y la duración de la usada se usarán unos u otras.

Es muy importante que este procedimiento sea totalmente estéril, ya que uno de los principales problemas asociados al sondaje vesical son las infecciones y esto en un paciente que su salud está muy delicada puede acarrearle serios problemas e incluso la muerte.

6 Bibliografía

Jiménez Mayorga, I., Soto Sánchez, M., Vergara Carrasco, L., Cordero Morales, J., Rubio Hidalgo, L., & Coll-Carreño, R. (2010). Protocolo de sondaje vesical. *Bibl Lascasas*, 6(1).

Martín, J. A., Martínez, S. V., Falcón, D. E. G., Belloso, D. A. M., & González, R. S. (2017). Sondaje vesical. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 24(10), 596-604.

Capítulo 73

LA NUTRICIÓN PARENTERAL

ROSA ELENA MARTIN FERNANDEZ

LETICIA PRIETO PEREZ

ANA MARIA ESCALANTE LORENZO

SANTA VIRGINIA ZAMBRANO ZAMBRANO

RAQUEL ABALO FERNANDEZ

1 Introducción

La alimentación parenteral se trata de introducir todos los nutrientes que una persona necesita a través de la vía venosa y sin tener que utilizar el aparato digestivo. Es un tipo de nutrición que está indicada para pacientes que su tracto gastrointestinal no está bien y no son capaces de recolectar los nutrientes necesarios a través de una dieta normal o una nutrición enteral. También está indicada en pacientes que reciben altas dosis de radiación, pacientes con diarrea severa y pacientes con vómitos que no cesan. Esta técnica nunca será utilizada en pacientes que tienen un tubo digestivo normal y pueden recabar los nutrientes de esta forma.

La forma más común de llevar a cabo esta nutrición es a través de un catéter venoso en la vena cava superior.

Un problema bastante importante en este tipo de nutrición son las infecciones. Se pudo comprobar que cuando se realizan de forma adecuada los protocolos de colocación y mantenimiento de catéteres las infecciones disminuyen de forma muy significativa.

Cuando se coloque un catéter para nutrición parenteral es preferible que no se ande manipulando para otras cosas como administración de medicación, retirada de sangre para laboratorio o administración de sangre, etc. Todo esto puede derivar en que aparezcan diferentes problemas.

2 Objetivos

El principal objetivo en esta comunicación es saber a qué nos referimos cuando hablamos de nutrición enteral y conocer los posibles problemas derivados de ello.

3 Metodología

Para la realización de esta comunicación se ha llevado a cabo una búsqueda a través de diferentes plataformas on line y revistas científicas. Los descriptores utilizados en la búsqueda fueron los siguientes: nutrición parenteral y problemas de la nutrición parenteral.

4 Resultados

La nutrición parenteral consiste en poder aportarle los nutrientes necesarios al cuerpo por una vía extradigestiva, es decir a través de un catéter venoso que va directamente a la sangre cuando el aparato digestivo no funciona correctamente, cuando existe algún problema que el cuerpo no es capaz de recolectar los nutrientes necesarios, etc. Normalmente, se realiza a través de un catéter en la vena cava superior.

Este tipo de nutrición conlleva un gasto económico elevado y además no está exento de complicaciones, así que se debe de mirar muy bien que tipo de pacientes la deben de llevar a cabo. Siempre que exista un tracto digestivo funcionando la elección será la nutrición enteral.

La nutrición parenteral puede administrarse a través de una vía central o una vía periférica. Las detallamos a continuación:

- Nutrición parenteral total o central: su osmolaridad es $>800\text{mOs/L}$ por lo que requiere un acceso venoso central. Se necesita este tipo de nutrición cuando debe de ser total y cuando se va a alargar en el tiempo.

Nutrición parenteral periférica: su osmolaridad es $<800\text{mOsm/L}$. En la mayoría de los casos no es completa por lo que también se denomina nutrición parenteral parcial o complementaria, ya que completa la nutrición

enteral/oral. Una de las ventajas que tiene la nutrición parenteral periférica con catéter corto es que el catéter se introduce en el antebrazo y se trata de una técnica fácil que se puede retirar una vez finalizada la nutrición. También tiene bastantes inconvenientes como pueden ser: flebitis continuada, retirada del catéter accidentalmente, se necesita cambiar la vía cada 24 horas... No es el acceso más recomendable. Se usará para nutriciones relativamente cortas.

Las fórmulas para la nutrición parenteral son preparadas en la farmacia en cabinas de flujo.

Para evitar posibles complicaciones deberemos de cambiar cada 24 horas el equipo de infusión utilizando una técnica aséptica y se cambiará al inicio de la bolsa de nutrición.

5 Discusión-Conclusión

La nutrición parenteral es un sistema de nutrición que tiene un elevado coste económico y bastantes complicaciones, por ello siempre que el tracto gastrointestinal funciones de deberá de llevar a cabo la alimentación normal por boca o la nutrición enteral.

Este tipo de nutrición se lleva a cabo a través de un catéter y puede ser central o periférico. En los casos en que la nutrición sea total o de larga duración se deberá de utilizar el catéter central, en cambio, si la nutrición va a ser para un corto periodo de tiempo o como nutrición complementaria nos servirá que se realice mediante catéter periférico.

6 Bibliografía

Cruz, C. G. Alimentación Parenteral. del Rosal Rabes, T., de Pipaón Marcos, M. S., Biarge, M. M., Dorronsoro, I., & Jiménez, J. Q. (2008). Alimentación parenteral, líquidos y electrolitos. Protocolos de Neonatología.[aut. libro] AEP. Protocolos Diagnóstico Terapeúticos de la AEP: Neonatología, 101-110.

Prado, R. A., Márquez, H. A., & Moya, D. A. (2012). Nutrición enteral y parenteral. McGraw-Hill Interamericana.

Capítulo 74

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA SALA DE PARTOS

ESTEFANIA RODRIGUEZ ALVAREZ

SONIA FERNANDEZ DIAZ

1 Introducción

La función de los técnicos auxiliares de enfermería en todas las unidades hospitalarias siempre es ayudar al personal de enfermería en los cuidados a los pacientes y el funcionamiento del servicio mediante una serie de tareas específicas.

En la unidad de partos nuestra función es la misma que en el resto de unidades, colaborar en los cuidados en las pacientes, haciendo su estancia lo más agradable posible.

El proceso del parto se puede dar tanto de forma espontánea como de forma programada, dependiendo cuál de ellas sea la llegada de la paciente a la unidad se dará de forma diferente, ya que en partos espontáneos la paciente suele llegar a través del servicio de urgencias y en el caso de los partos programados la paciente es citada para ingresar en una fecha programada con la intención de provocar el parto.

El proceso del parto comprende diferentes etapas:

Dilatación

Expulsivo

Alumbramiento

Recuperación

En la unidad de partos encontraremos diferentes salas dotadas de todo el material y los recursos necesarios para atender a la paciente en todas las fases anteriormente citadas.

En el bloque obstétrico tiene el objetivo de:

- Conseguir un ambiente amable, no medicalizado y confortable, en el que la mujer se sienta cómoda y segura en vez de expuesta y observada.
- Minimizar los recorridos y circulaciones durante las fases de preparto, parto y posparto, así como minimizar las distancias con las áreas de hospitalización convencional obstétrica y de neonatología.
- Fomentar el encuentro entre madres como apoyo al posparto inmediato.

2 Objetivos

El objeto de esta investigación es dar a conocer al personal sanitario las funciones y el funcionamiento de la unidad obstétrica de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo he llevado a cabo una revisión sistémica en varias bases de datos y páginas web de referencia sanitaria como pubmed, medline, etc.

También he buscado información en diferentes organigramas de algunos de los hospitales de referencia del País.

4 Resultados

Entre las funciones del TCAE en la zona de paritorios podemos clasificar según las fases del parto:

En la zona de dilatación los auxiliares colaboran con la matrona en las siguientes tareas

- cuidado de los pacientes durante la estancia en la unidad
- el traslado de las analíticas realizadas al laboratorio
- llevar el material necesario a la zona de esterilización
- limpieza del material empleado en la unidad
- reponer todo el material necesario, tanto de farmacia como lencería
- mantener colocado el almacén

Funciones directamente relacionadas con la paciente:

- Preparar a la embarazada (vestir y desvestir)
- Asearlas cuando sea necesario.
- Traspaso de cama de la embarazada.
- Poner y quitar las cuñas, así como hacerse cargo de la higienización de la misma.
- Preparar epidural y permanecer durante la técnica

Las funciones en la zona de paritorio son:

- Preparar el paritorio
- Ayudar en el transporte de la gestante al paritorio
- Permanecer todo el tiempo que el parto dure con la matrona
- Atender todas las posibles incidencias que surjan en el transcurso del parto
- Recoger al R. N.
- Pesar al R. N.
- Vestir al R. N. Si no se realiza el protocolo de piel con piel
- Mandar los gases del cordón
- Ayudar a la matrona si se realiza una donación de cordón
- Ayudar en la higiene de la puérpera.
- Hacer la cama
- Recoger el paritorio
- Limpiar y empaquetar el instrumental para mandarlo a esterilización
- Trasladar la sangre de la donación a Banco

Una vez que el parto ha finalizado debemos recoger y limpiar todo el material utilizado, enviar a esterilización todo el material necesario, proceder a identificar al recién nacido con la correspondiente pulsera en el cual aparecerá el nombre y los apellidos de la madre, la fecha y hora del parto y el sexo del recién nacido.

También nos haremos cargo de los cuidados personales de la puérpera tras el parto, cambiando las sábanas para mantener la cama limpia, aseando a la paciente y realizando los cambios de compresas necesarios.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión de este trabajo es que en esta unidad aparte de las tareas físicas que se realizan también existe una parte de apoyo emocional muy importante en nuestra labor como personal sanitario, ya que los pacientes de esta unidad se ven completamente expuestos y en situaciones de mucha intimidad.

También existe una parte de trabajo administrativo de colaboración en el archivo de la historia clínica de los pacientes.

En esta unidad como en la unidad de quirófano es muy importante conocer todos los materiales por su nombre y tener el conocimiento de los protocolos para así poder ser mucho más rápidos y eficientes en nuestra tarea.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/funciones-tcae-obstetricia/>

<https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/20ae78c7a2f36d8bc0e248b05fbd1542.pdf>

<https://www.fp-santagema.es/auxiliar-de-enfermeria-en-paritorios/>

Capítulo 75

PAPEL A DESARROLLAR POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON COVID-19

MARÍA BELÉN SÁNCHEZ MURUJOSA

1 Introducción

El SARS-CoV-2 es el virus causante de la enfermedad infecciosa, aún en estudio, más popularmente conocida como coronavirus o Covid-19. La propagación de este ocurre principalmente por gotículas y aerosoles expulsados al hablar, respirar, toser, estornudar etc., por la boca o nariz de una persona infectada.

La mayoría de las personas que lo contraen sufren una afectación leve - moderada y no necesitan hospitalización para su resolución. Por otro lado, existen grupos de población más vulnerables ante este virus. Se ha visto que entre ellos se encuentran los ancianos, y sobre todo personas de cualquier edad con patologías previas como diabetes, enfermedad cardiovascular, obesidad, inmunodeprimidos, enfermos oncológicos, enfermedad respiratoria crónica... y más aún si presentan varias de estas comorbilidades.

Estos grupos son más susceptibles de desarrollar síntomas graves e incluso la muerte ante el contagio, también de padecer el conocido como coronavirus persistente, por lo que pueden necesitar asistencia y seguimiento médico exhaustivo e incluso la hospitalización. (1,2)

Como bien se menciona aún es una enfermedad en estudio, por lo que no están claras las consecuencias y secuelas (covid-19 persistente) a largo plazo de haber contraído y superado la enfermedad. Lo que sí es un hecho evidenciado es que estas secuelas son más notables y persistentes en pacientes que hayan padecido un estado clínico grave o mucho tiempo de hospitalización. Esto se debe a múltiples factores, algunos de ellos están bien estudiados y son: largos periodos de encamamiento, la falta de movilidad, el impacto psicológico por el aislamiento y el socio-familiar por la situación que atraviesan, la suplementación con oxígeno, mayor número de comorbilidades, sexo femenino y avanzada edad.(2)

Por todo ello, en este contexto de hospitalización, se desarrollaron protocolos y medidas preventivas y de contención específica para evitar el contagio y la propagación del virus entre trabajadores y el resto de enfermos de los hospitales. De igual modo se desarrollaron pautas y estrategias a seguir dentro de las propias áreas o unidades hospitalarias habilitadas para los enfermos covid-19, con el fin de proporcionar la mejor atención sanitaria y de más calidad posible. Para ello los equipos médicos, de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se vieron obligados a extremar las precauciones en el desarrollo de sus funciones, ya que además de manejar un nuevo virus no estaban claras ni sus manifestaciones y consecuencias, ni su abordaje clínico. (3)

En este trabajo se exponen recomendaciones y estrategias de atención a enfermos covid-19 por parte de la comunidad sanitaria, incidiendo más en el trabajo desarrollado e imprescindible de la unidad de enfermería, más concretamente de los TCAE.

2 Objetivos

Identificar las correctas actuaciones de los TCAE en materia de prevención y contención ante la pandemia de la Covid-19.

Conocer las funciones de los TCAE para con los enfermos agudos hospitalizados por Covid-19 y con los que presentan Covid-19 persistente.

Resaltar la importancia del trabajo de los TCAE durante todo el desarrollo de la pandemia por la Covid-19.

3 Metodología

Este trabajo es una revisión bibliográfica acerca de la función que desempeñaron los TCAE durante la pandemia de la Covid-19. Para llevarlo a cabo se han consultado páginas web como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y

revistas sanitarias como Elsevier o la Gaceta Sanitaria. Además se ha usado la base de datos Pubmed, en la que se han incluido artículos publicados en español e inglés.

4 Resultados

En los estudios consultados se exponen los abordajes de distintos aspectos que engloban la atención de un paciente enfermo de covid-19 en las unidades de hospitalización. Se podrían agrupar estos aspectos en tres grandes grupos: lo referente a la organización del trabajo de los profesionales sanitarios; el aislamiento en habitaciones, zonas o áreas acondicionadas; y el apoyo emocional al paciente y su familia. Dentro de cada división se detallará a continuación el trabajo y funciones de los TCAE. (3)

En cuanto a la organización del trabajo, a cada enfermera/o con su correspondiente TCAE se le recomienda tener asignados un número de pacientes, a su vez con su correspondiente médico/a responsable. Esta asignación se realiza a la llegada de los nuevos ingresos, los TCAE son quienes los reciben y ubican, y les informan de las normas de prevención y seguridad de la unidad a los pacientes y a las familias. (3)

Con el fin de facilitar el trabajo a los TCAE y de minimizar las entradas en las habitaciones de los enfermos se recomienda: agrupar varias intervenciones a realizar a un mismo paciente siempre que su estado clínico lo permita; tener todo el material necesario y dispuesto previamente; realizar rondas para actividades como reparto de medicación, control de constantes, de glucosas, electrocardiogramas...; cada vez que entren en una habitación deben tomar nota si fuese necesario del estado clínico del paciente (hidratación, nutrición, movilidad, orina y deposiciones, disnea, fatiga...). Otra facilidad sería que solo el/la enfermero/a se vistiera con el EPI para entrar en las habitaciones a realizar los controles necesarios y que el TCAE desde fuera le asistiera. Además del trabajo específico de la situación, los TCAE deben realizar las funciones intrínsecas a su profesión, el aseo de los pacientes, alimentación, asistencia, proporción de enseres necesarios, atención de sus necesidades, etc. (3,4)

El aislamiento en las habitaciones acondicionadas para Covid-19 significa estancias bien ventiladas. El trabajo de los TCAE en este caso reside en la obligación primera de su propia protección, lavado de manos antes y después del contacto con la habitación, uso de guantes y del EPI. De igual modo se instará a los pacientes a realizar también un exhaustivo lavado de manos, y al uso de mascarilla quirúrgica en las situaciones necesarias. El TCAE proporcionará a los enfermos

las pertenencias necesarias para que su aislamiento sea lo más confortable y llevadero posible. Es fundamental que se realice un registro de cada entrada a las habitaciones en aislamiento, ya sea por parte del personal incluidos los TCAE (para alguna intervención o por alguna incidencia que ocurra) como por parte de las visitas. Las cuales no están permitidas por norma general, con la salvedad de la población vulnerable, los niños, personas con discapacidad física o intelectual o casos a valorar individualmente que si podrían recibirlas. (3)

El apoyo emocional a los pacientes y a sus familias es indispensable para la buena evolución del paciente, para apaciguar las dudas y los miedos de unos y de otros, y para el correcto funcionamiento de la unidad. En este caso el TCAE debe mostrar empatía y comprensión hacia la situación del paciente y de la familia, y ayudar a mitigar miedos, ansiedad y estrés. Ante el paciente debe facilitar la estancia y la recuperación, proporcionarle tranquilidad y los cuidados necesarios para su bienestar, acompañar la enfermedad, y cuando sea posible establecer puentes de contacto con la familia, videollamadas por ejemplo. (3,4,5)

5 Discusión-Conclusión

Ante una situación como la pandemia por Covid-19 la población mundial ha tenido que hacer esfuerzos, cambiar hábitos, adaptarse a nuevas circunstancias y normas sociales, sufrir una enfermedad nueva y totalmente desconocida, etc. Pero quizás uno de los sectores más sacudidos y que no ha podido negar su participación haya sido el sector sanitario. Cabe destacar el gran trabajo de toda la comunidad sanitaria, obligados en muchas ocasiones a elegir entre su vida, su familia, y su profesión. En este ámbito desolador el gran apoyo de los equipos médicos y de enfermería han sido, principalmente, los TCAE. Han sabido adaptarse a las normas cambiantes, a la formación continua, a los enfermos de todas las edades, a los agudos, a los crónicos, a los graves, a sus familias, a las actuaciones rápidas, a los EPI, a cuidar su salud por encima de todo y un largo etcétera de situaciones adversas. Porque si ellos enfermaban entonces... ¿Quién velaría por nuestra recuperación y bienestar durante las hospitalizaciones? Con esta reflexión queda claro que fue y es importante el papel de todos los sanitarios en estas circunstancias, que el sistema sanitario es deficitario y que gracias a los profesionales de la salud las consecuencias no han sido peores. Y desde aquí se abre una puerta a nuevas investigaciones y al desarrollo de protocolos actualizados sobre las funciones y las delimitaciones de cada profesional, dando a cada quien la responsabilidad y valoración que corresponda. (3,4,5,6)

6 Bibliografía

1. Organización mundial de la salud [sede Web]. Ginebra: OMS; 2022 [acceso 16 de septiembre de 2022]. Coronavirus [1 pantalla]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_2
2. Cabrera AL, Leite R, Bagattini AM, Riera R. Frecuencia, signos y síntomas, y criterios adoptados para COVID-19 prolongado: una revisión sistemática. *Int J Clin Pract* [Internet]. 2021 [citado 16 de septiembre de 2022];75(10):e14357. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8236920/>
3. De Andrés B, Solís M, Revuelta M, Sánchez H, Santano A. Cuidados enfermeros en el paciente adulto ingresado en unidades de hospitalización por COVID-19. *Elsevier* [Internet]. 2021 [citado 16 de septiembre de 2022];31(1):49-54. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-cuidados-enfermeros-el-paciente-adulto-S1130862120303132>
4. López AE, Serrano ER. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental. *Escritos de Psicología* [Internet]. 2022 [citado 16 de septiembre de 2022];14(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092021000200001#:text=Nueve%20art%C3%ADculos%20analizan%20la%20soledad,impacto%20de%20la%20infecci%C3%B3n%20en
5. Prieto MA, March JC, Martín A, Escudero M, López M, Luque N. Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía. *Gaceta sanitaria* [Internet]. 2022 [citado 16 de septiembre de 2022];36(2):139-145. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-repercusiones-del-confinamiento-por-covid-19-articulo-S021391112030251X>
6. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Trabajar en tiempos de COVID-19: buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios [libro en internet]. 1ª ed. Madrid: Datos Abiertos; 2020 [citado 16 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/710902/Trabajar+en+tiempos+de+COVID19+buenas+pr%C3%A1cticas+de+intervenci%C3%B3n+psicosocial+en+centros+sanitarios+-+A%C3%B1o+2020.pdf>

Capítulo 76

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA

MARÍA BELÉN SÁNCHEZ MURUJOSA

1 Introducción

La pediatría, según la Real Academia Española (RAE), “es la rama de la medicina que se ocupa de la salud y enfermedades de los niños”. La Asociación Española de Pediatría (AEP) va más allá y clarifica que “la pediatría estudia al niño en su totalidad” lo que hace referencia al constante cambio, crecimiento, desarrollo y maduración de este, y no solo a la salud o la enfermedad.

Asimismo se ha de tener en cuenta que este periodo evolutivo desde la concepción hasta el fin de la adolescencia, viene determinado por estímulos externos: entorno social, familiar y escolar; e interno: características biológicas, fisiológicas y médicas distintas del adulto.

Por tanto podemos dividir las competencias pediátricas según la AEP en: pediatría preventiva que es la encargada del cuidado y seguimiento de niños y adolescentes sanos; pediatría clínica se ocupa de la asistencia médica, y de los cuidados y seguimiento de los niños y adolescentes que padecen alguna enfermedad; y la pediatría social que abarca las relaciones individuales y con el entorno físico y social del niño y del adolescente tanto sano como enfermo.

De esto surge la necesidad de formaciones específicas y competentes para los profesionales sanitarios que dan asistencia en el campo de la pediatría. Tan importante es contar con un buen médico pediatra que diagnostique y detecte los

problemas de salud, como con un enfermero/a especialista en pediatría que realice los procedimientos médicos oportunos en situación de enfermedad o no, o técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) actualizados que sepan dar los cuidados necesarios en cada momento del desarrollo. (1)

Además de a la pediatría este trabajo concierne a la figura del TCAE en este ámbito. Ya se ha expuesto la indispensabilidad de la formación de los sanitarios y a continuación se desarrollarán las funciones que han de desempeñar los TCAE y las capacidades que han de presentar para ofrecer a los niños y adolescentes la mejor atención sanitaria que en sus manos esté. (2)

2 Objetivos

Exponer las funciones y actuaciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los distintos ámbitos de la pediatría.

Conocer la importancia de la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las unidades de pediatría.

Entender la peculiaridad del trabajo de los profesionales sanitarios en las unidades de pediatría y la necesidad de formaciones específicas para estos.

3 Metodología

Es un trabajo de revisión bibliográfica para el cual se ha recurrido a la Real Academia Española y a la página web oficial de la Asociación Española de Pediatría para definir y encauzar el tema a desarrollar. También se han consultado artículos de revistas online como “Revista Médica”.

4 Resultados

Como se menciona anteriormente la pediatría se clasifica en preventiva, clínica y social. En cuanto a la preventiva las funciones del TCAE son el apoyo al equipo médico y de enfermería que realicen los cuidados y seguimiento del bebé, niño o adolescente en este caso sano. Las situaciones a intervenir pueden ser: la ordenación de la consulta (papel en camillas, instrumental necesario, documentación...), las revisiones periódicas pertinentes a cada etapa, la toma de constantes, el pesaje y tallaje como medidas de control, ayudar a vestir o desvestir al paciente... (1,2)

En la división de la pediatría clínica es importante tener presente que se trabaja con menores de todas las edades enfermos, y que a diferencia de los adultos no suelen entender por qué sufren ese estado o porque tienen que estar en el hospital. Por lo tanto hay que escuchar sus opiniones y miedos, pero también recordar que sus progenitores son los que tienen la última palabra y decisión.

Es necesario tener especial talante a la hora de establecer la relación entre profesionales sanitarios y usuarios (paciente y padres), ya que será lo que marque el proceso del afectado, en este caso el menor.

Por lo que se valora positivamente en los trabajadores sanitarios la paciencia y empatía con los niños en todas sus etapas de desarrollo; y la presencia de buenas capacidades comunicativas para hacerles entender que siempre van a estar acompañados en el proceso de su enfermedad, que serán escuchados y respetados, y por supuesto atendidos de la mejor y más correcta manera posible. (2,3)

A cerca de las funciones asistenciales del TCAE en la pediatría clínica es crucial la observación del paciente. A veces puede ser difícil interpretar o entender lo que quieren expresar, o incluso no saben o no pueden hacerlo. El TCAE es la figura que más tiempo pasa con los pacientes, ya que va a estar presente en varios momentos del día a día (desayuno, aseo, ducha, cambios, comidas, medicaciones, control de constantes y valores vitales...) por ello es, si cabe, aún más importante el desarrollo de buenas habilidades comunicativas para mostrarlas tanto con pacientes como con los padres o tutores de estos. (2,3,4)

Gracias a ese estrecho vínculo que nace entre TCAE y paciente es más fácil identificar las necesidades y problemas durante los primeros momentos (horas, días, semanas) de vida de un recién nacido o hacerlo también durante todas las etapas pediátricas por las que pasan los niños. (2,3)

También forma parte de las funciones de los TCAE detallar a los padres o tutores las pautas para: la correcta realización de cuidados a los niños, mantener buen desarrollo acorde a su edad, favorecer la calidad de vida y el cuidado de su salud, evitar accidentes, prevenir enfermedades o secuelas.

Otras funciones que desempeñan en este campo los TCAE son: la limpieza de incubadoras o acomodamiento de las camas, colaborar con el resto de equipo médico en las intervenciones necesarias, facilitar medidas de confort, acompañar a los niños a realizar las pruebas complementarias pertinentes, en ausencia de familiar o tutor extremar la vigilancia por seguridad de los niños, hacer los cambios posturales o movilizaciones oportunas a los pacientes, colaborar en el cumplimiento de las normas y en mantener un clima de tranquilidad alrededor del niño. (2,3,4)

Por último la pediatría social que se refiere a las interrelaciones de los niños y

adolescentes entre sí mismos y con el mundo que les rodea. En este ámbito es imprescindible por parte de todos los profesionales sanitarios mantenerse alerta para la detección precoz de la posibilidad de maltrato, tanto psicológico como físico, de malnutrición, de situación de abandono o exclusión, de bullying, etc. Al igual que es importante detectar problemas de comunicación o dificultades en el establecimiento de adecuadas relaciones sociales. Si ocurriese alguna de estas situaciones se debe de manera inmediata informar al responsable, en cada caso, de solucionar o alertar del problema. (1,2,3)

5 Discusión-Conclusión

Es de opinión consensuada la necesidad de formaciones específicas y competentes para los sanitarios, pero más si el trabajo se desempeña en un ámbito tan distinto y peculiar como es la pediatría por las características de sus usuarios. Igual de importante es saber realizar el trabajo y estar actualizado en los procedimientos, como tener ciertas aptitudes personales que favorezcan el trato con el paciente, los niños, y sus padres o tutores.

Se puede decir entonces que además de la adecuada asistencia sanitaria y el saber trabajar en equipo, en este campo de la medicina es de especial interés que los sanitarios y trabajadores en general tengan unas habilidades comunicativas bien desarrolladas para saber manejar este tipo de pacientes.

Dejando de lado este aspecto, cabe destacar el gran papel que representan todos los sanitarios en la pediatría y especialmente los TCAE, por la estrecha relación que nace entre ellos y los pacientes, en este caso los niños. Relación bien estudiada y necesaria a la hora de identificar y solucionar distintos problemas que puedan ir sucediendo a lo largo del desarrollo infantil.

Una vez detallada la importancia de los TCAE en la pediatría, es de obligación recordar que todos los trabajadores sanitarios y no sanitarios tanto de atención primaria como especializada, son indispensables a la hora de que el trabajo salga adelante y es de agradecer su labor. Esto justifica la necesidad de formaciones adecuadas, de protocolos, de nuevos estudios que clarifiquen actuaciones y funciones, y que con ello quede clarificado todo lo mencionado.

6 Bibliografía

1. Asociación española de pediatría [sede Web]. Madrid: AEP; 2009 [revisado 17 de junio de 2010; acceso el 24 de septiembre de 2022]. Pediatría y sus áreas especí-

- ficas, una especialidad troncal [3 pantallas]. Disponible en: <https://www.aeped.es/noticias/pediatrica-y-sus-areas-especificas-una-especialidad-troncal>
2. Innovación en formación profesional [sede Web]. Madrid: Grupo Planeta; 2022 [revisado 23 de mayo de 2022; acceso 24 de septiembre de 2022]. ¿Qué hace un auxiliar de pediatría? [6 pantallas]. Disponible en: <https://www.ifp.es/blog/que-hace-un-auxiliar-de-pediatrica>
3. Álvarez B. Cuidados del técnico auxiliar de enfermería en los pacientes pediátricos. Revista médica [Internet]. 2021 [citado 24 de septiembre de 2022];4(8):119. Disponible en: <https://revistamedica.com/cuidados-tcae-pacientes-pediatricos/>
4. Milán N. Fundamentos de las rutas de cuidados en el paciente pediátrico. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2012 [citado 24 de septiembre de 2022];28(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192012000200013&script=sci_arttext&tlng=en

Capítulo 77

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CAMPO DE LA OBSTETRICIA

MARÍA BELÉN SÁNCHEZ MURUJOSA

1 Introducción

La obstetricia según la Real Academia Española (RAE) es: “parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio”. Mientras que define la ginecología como: “parte de la medicina que trata del aparato reproductor femenino y de sus enfermedades”. Son dos ramas médicas cercanas, ambas tratan a la mujer pero no desde el mismo punto de partida. En ocasiones no se distingue entre estas especialidades por el hecho de que es necesario el trabajo en equipo de ambas partes para el seguimiento y tratamiento de las pacientes, o porque el mismo profesional médico reúne las dos especialidades en su formación.

Encaminando el trabajo hacia la obstetricia, esta interviene en distintas etapas que son:

Preconcepción: se aconseja a la mujer que va a concebir y a la pareja la mejor vía en su caso para conseguir quedar embarazada. Y se intenta maximizar la probabilidad de embarazo seguro minimizando los riesgos de salud para la mujer.

El cuidado prenatal: es decir, el seguimiento y monitorización de la gestante y el feto durante todo el embarazo, hasta término.

Los cuidados neonatales: hacen referencia exclusivamente al recién nacido, son todas las intervenciones que necesita inmediatamente después de nacer.

Los cuidados postparto: estos si conciernen tanto a la madre como al neonato tras el parto y se suele alargar el control varias semanas.

En todas las etapas definidas es imprescindible la participación de un amplio equipo sanitario interdisciplinar, desde el médico obstetra y ginecólogo, y las matronas del equipo de enfermería hasta los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y celadores. Por esto se pretende definir el importante papel que desempeñar todos los profesionales en este amplio campo de la medicina y especialmente el de los TCAE. (1)

2 Objetivos

Conocer las funciones y el alcance de la intervención de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la rama médica de la obstetricia.

Estudiar la importancia de la presencia de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de obstetricia.

3 Metodología

Es un trabajo de revisión bibliográfica que versa sobre el papel de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de obstetricia. Para definir el tema se ha recurrido a la Real Academia Española y para contextualizarlo a una página web sobre medicina y todas sus intervenciones, como es USAMEDIC. Además para la exposición de los resultados se han consultado varios artículos de la base de datos Scielo.

4 Resultados

Desde la concepción del feto hasta el puerperio es la obstetricia quien se encarga del seguimiento y evolución de la mujer. Por ello y por la multitud de intervenciones que requieren las mujeres en esta etapa es imprescindible la formación especializada de los distintos profesionales sanitarios en este ámbito.

En este trabajo lo que concierne es detallar la actuación de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en las unidades de obstetricia.

La base de su aportación es dar apoyo al médico obstetra, al ginecólogo y al equipo de enfermería en los procedimientos a realizar, y por supuesto a la gestante, ofreciéndole el mayor bienestar posible en su situación.

Esto supone estar en el momento de la recepción de la paciente por cualquier motivo, una cita de seguimiento o para el propio parto. Debe anotar los datos

personales, recoger las pertenencias si las tuviera, acompañar a realizar los distintos exámenes médicos o a la habitación de ingreso, e informarle que puede estar acompañada en todo momento por la persona que ella decida. Además si fuese el caso debe tomar las constantes vitales de la gestante, y asistir a la monitorización fetal, también acomodar e instruir a la paciente en las técnicas y procedimientos que se sucedan, como la fase de dilatación.

Llegado el momento del parto, los TCAE deben preparar el paritorio (material, instrumentación, medicación...) y lo más importante acompañar y empatizar con la parturienta en todo instante. Se le facilita toda la información para decidir si quiere o no la epidural, para elegir la posición más propicia en cada momento del parto, pero remarcando que debe encontrarse cómoda y para participar de su parto en todo el proceso.

Una vez se produce el milagro de la vida, actualmente se da especial importancia al momento “piel con piel” en el que, si no hubo complicaciones, se pone el bebé sobre su madre para ese primer contacto externo entre ellos. Serán examinados, controlando constantes vitales, posibles afecciones postparto, peso y talla del bebé etc, y serán trasladados a la habitación de ingreso. Una vez allí es función del TCAE junto con enfermería la de exponer: los beneficios de la lactancia materna y cómo hacerlo si quisiera, los procedimientos y cuidados del bebé en el domicilio, la importancia del descanso de la madre y su autocuidado, y la obligatoriedad de la asistencia a las revisiones de ambos pautadas por parte del equipo médico. (1,2,3)

5 Discusión-Conclusión

La obstetricia es una rama médica dedicada a la mujer desde la concepción del feto hasta el puerperio, en estas fases están implicados distintos profesionales sanitarios, entre ellos los TCAE.

Sus funciones para con la obstetricia y las mujeres gestantes queda ampliamente expuesta en este trabajo. Su participación va desde el apartado puramente asistencial: la recepción de la paciente, el acompañamiento en procesos y pruebas, el acomodamiento de la sala de partos y de la mujer en ella, el seguimiento y la toma de constantes tanto de la mujer como del feto o bebé; hasta una atención más personal y directa hacia la gestante, tranquilizándola y empatizando con ella, y hacia su etapa de madre promoviendo momentos de intimidad con el bebé como el “piel con piel”, la lactancia materna o los cuidados hacia ambos.

Pese a la variedad de bibliografía existente sobre esta sección médica de la mujer como es la obstetricia son de interés más publicaciones que hablen sobre ello.

Ya que es un tema en constante desarrollo y actualización, y también un gran desconocido para parte de la población y más importante, para las mujeres.

6 Bibliografía

1. USAMEDIC [sede Web]. Perú: USAMEDIC; 2020 [acceso 1 de octubre de 2022]. Diferencias entre ginecología y obstetricia, ¿sabes cuáles son? [10 pantallas]. Disponible en: <https://usamedic.pe/diferencias-entre-ginecologia-y-obstetricia/>
2. Embark S, Ouhamed N, Reguero M, Aragón P, Mohamed H. Funciones del TACE en obstetricia. Revista médica [Internet]. 2021 [citado 1 de octubre de 2022];4(5):15. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tcae-obstetricia/>
3. De Los Ríos C, Abdelkader R, Gómez MC, Palomo M, Moreno AE, Márque OM. El técnico auxiliar de enfermería en la sala del parto. Revista médica [Internet]. 2022 [citado 1 de octubre de 2022];5(8):169. Disponible en: <https://revistamedica.com/tecnico-auxiliar-enfermeria-sala-parto/>

Capítulo 78

ACTUACIÓN DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE DIÁLISIS

MARÍA BELÉN SÁNCHEZ MURUJOSA

1 Introducción

La diálisis es el proceso terapéutico que sustituye la función renal cuando esta se ve disminuida (insuficiencia renal aguda o crónica), y lo que hace es eliminar las sustancias tóxicas presentes en la sangre.

Hay dos tipos de diálisis, la diálisis peritoneal que se utiliza en el 10-20% de los casos. Es un procedimiento domiciliario, ya que la sangre se filtra y limpia sin salir del cuerpo. Esto ocurre gracias a un catéter que se implanta en el paciente y a través del cual se introduce el líquido de la diálisis a la cavidad peritoneal, una vez pasado el tiempo del proceso se extrae ese líquido con las sustancias de desecho. Y el otro tipo es la hemodiálisis, que se usa en un 80-90% de los casos. Al igual que la diálisis peritoneal es un tratamiento sustitutivo de la función renal, pero en este caso ocurre a través de una máquina, es un procedimiento de depuración sanguínea extracorpórea. Por este motivo es más frecuente que se realice en las unidades de diálisis de hospitales y no en el domicilio, aunque en los últimos años está aumentando el número de pacientes que prefieren realizarlo de forma autónoma en sus domicilios. (1,2)

La elección de uno u otro tipo de diálisis se basa en si el usuario padece otras enfermedades, o alguna limitación anatómica o fisiológica, su situación social,

sus preferencias y las de la familia, el costo económico, y la capacidad de realizar el procedimiento de manera segura y eficaz; ya que ambos procedimientos son igual de válidos.

Una vez un paciente de nefrología, pase a ser usuario de hemodiálisis hospitalaria entran en juego diferentes profesionales sanitarios que deben garantizar la efectividad del procedimiento y el bienestar del paciente, ya que es un proceso largo (unas 4h cada vez) y varios días por semana (una media de 3 días a la semana). Es aquí donde el equipo de enfermería comienza su labor, enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) deben velar por el éxito del tratamiento en cada ocasión. Por lo que tienen un papel fundamental, y no solo es el asistencial, si no para con el paciente. Las habilidades sociales y comunicativas son de gran importancia con estos pacientes, ya que pasan muchas horas de su día conectado a una máquina y son los profesionales sanitarios los que están acompañándolos en todo momento. (1,2,3)

2 Objetivos

Conocer que es la diálisis y porque un paciente llega a ser usuario de ese procedimiento.

Exponer las funciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el proceso hemodiálisis hospitalaria.

Estudiar la importancia del equipo de enfermería, enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en las unidades de diálisis.

3 Metodología

Es un trabajo de revisión bibliográfica acerca de los procesos de diálisis y el trabajo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en estas unidades. Para la exposición del tema se han consultado varios artículos científicos en distintas fuentes, bases de datos como Scielo y de revistas científicas como “Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social”. Y también se ha recurrido a la página web de la Fundación Renal Española.

4 Resultados

La hemodiálisis es un proceso terapéutico y como tal se necesita formación e información para realizarlo y para recibirlo. Por ello los usuarios de esta técnica

invasiva han de saber a qué se enfrentan, que ocurre en su cuerpo y porque lo necesitan, que es lo que la máquina hace con su sangre, como puede reaccionar su cuerpo, que medidas de seguridad y control han de seguir... y todo ello ha de ser explicado y llevado a cabo por el equipo de enfermería (enfermeros y TCAE) de la unidad de diálisis.

Si comenzamos desde la llegada del paciente a su cita con la hemodiálisis el TCAE debe recibirlo y acomodarlo en la sala en la que se le va a realizar el procedimiento, le ayudará a desvestirse y a ponerse la ropa adecuada aportada por la unidad. También debe hacer un registro con los valores de sus constantes vitales y del peso previo a la hemodiálisis, para el control de los líquidos que retiene el cuerpo y del peso en seco (una vez dializado) del paciente.

Es cuando la enfermera visita al paciente y con el apoyo del TCAE, pone el catéter de doble sentido al paciente por el que le van a conectar posteriormente a la máquina de diálisis, la cual extrae la sangre por la vía de salida del catéter, depura la sangre y devuelve la sangre limpia al paciente por la vía de entrada.

Durante el proceso de hemodiálisis y puesto que son muchas horas, una media de 4 horas por sesión, el TCAE debe estar pendiente en todo momento del paciente, asegurar su bienestar, que la máquina está funcionando correctamente y que su estado se mantiene estable. Como se menciona es una técnica invasiva y larga, y no está exenta de complicaciones. El más común es la bajada de la tensión arterial que cursa con náuseas, mareos, calambres e inconsciencia, otros son las cefaleas o la hipertensión arterial.

Una vez finalizado el tiempo de dialización, el TCAE desconecta al paciente de la máquina, le retira el catéter, toma de nuevo las constantes y vuelven a registrar el peso, también le ayuda a vestirse si es necesario.

Por último el TCAE junto a la enfermera, han de encargarse de recoger, limpiar y preparar de nuevo la máquina de diálisis para el próximo uso. (1,2,3,4)

5 Discusión-Conclusión

La diálisis es un procedimiento en cualquiera de sus versiones que disminuye la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares. Esto hace de ello un procedimiento que se vuelve pesado y angustioso incluso, de ahí la importancia de contar con profesionales sanitarios con empatía, delicadeza y dedicación en las unidades de diálisis.

El acompañamiento a los pacientes por parte de los TCAE se vuelve primordial, son procesos largos en los que los pacientes agradecen compañía en silencio o charla y distensión, de aquí surge la idoneidad de la versatilidad en habilidades

sociales de los profesionales sanitarios.

Para finalizar, mencionar que es importante la formación en el procedimiento y su buen desarrollo. Los TCAE y enfermeros deben estar siempre pendientes de los pacientes, de su estado de salud, y de que el tratamiento transcurra de forma segura y eficaz.

6 Bibliografía

1. Fundación Renal [sede Web]. Madrid: Fundación Renal; 2018 [revisado en enero de 2018; acceso 12 de octubre de 2022]. Hemodiálisis y diálisis peritoneal [8 pantallas]. Disponible en: <https://fundacionrenal.com/contenido/hemodialisis-y-dialisis-peritoneal-2/>
2. Torres C. Insuficiencia renal crónica. Rev Med Hered [Internet]. 2003 [citado 12 de octubre de 2022];4(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1018-130x2003000100001&script=sci_arttext
3. Sánchez A, Zavala MC, Pérez A. Hemodiálisis: proceso no exento de complicaciones. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2012 [citado 12 de octubre de 2022];20(3):131-137. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim123c.pdf>
4. Publicaciones Vértice S. L. TCAE en hemodiálisis [libro en internet]. 1ª ed. España: Editorial Vértice; 2011 [acceso 12 de octubre de 2022]. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=crY4lyidBuAC&oi=fnd&pg=PP2&dq=hemodialisis+proceso&ots=XGlNYqPf18&sig=KBOo5KLIktCsTqLdv_CMIi-nUkc#v=onepage&q=hemodialisis%20proceso&f=false

Capítulo 79

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL VÍNCULO CON PACIENTES TERMINALES

MARÍA BELÉN SÁNCHEZ MURUJOSA

1 Introducción

Las enfermedades terminales son aquellas que engloban a las distintas patologías que pueden afectar a un tipo de pacientes concretos, los cuales han de cumplir ciertos requisitos como son: ser portador de una enfermedad grave diagnosticada sin dudas por un médico experto, dicha enfermedad ha de ser progresiva e irreversible, con pronóstico de muerte en un periodo breve de tiempo que va desde 1 a 6 meses y para la cual no exista en la actualidad un tratamiento que vaya a cambiar el curso de la misma. (1,2)

Estos pacientes precisan de una serie de atenciones especiales agrupadas bajo el término cuidados paliativos, definido por La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) como “un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. Los cuidados paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible y rodeados de la gente que quiere”. (3)

Dichos cuidados han de ser aplicados tanto en el ambiente hospitalario como en el propio domicilio del paciente por parte de la familia y las periódicas revisiones médicas. Aunque ambas opciones son válidas y complementarias, se destaca la

importancia de los cuidados hospitalarios al ser estos aplicados en el primer momento tras evaluar la situación individual de cada paciente, por un personal sanitario cualificado, el cual se encarga además de formar a la familia en el trato en el hogar durante el curso de la enfermedad.

Dentro del personal sanitario será relevante la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), debido a que estos profesionales pasarán un gran volumen de tiempo con estos pacientes proporcionándoles la mayoría de los ya citados cuidados paliativos. (2)

2 Objetivos

Conocer la situación de los pacientes terminales y sus requerimientos, los cuidados paliativos.

Estudiar la participación de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los cuidados paliativos de los enfermos terminales.

Exponer las funciones asistenciales de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con los enfermos terminales.

3 Metodología

Es un trabajo de revisión bibliográfica que pone de manifiesto las adversidades de los enfermos terminales y del trabajo de los sanitarios y sus familias con ellos. Se ha consultado la página web de la SECPAL para definir el tema. También se han revisado artículos científicos de revistas como “Revista médica” o “Revista sanitaria”, y de bases de datos, en este caso de Scielo.

4 Resultados

Los cuidados paliativos han demostrado ser la vía de tratamiento existente para el manejo de las enfermedades terminales buscando siempre como fin la mayor calidad de vida para estos pacientes durante sus días finales. Para ello se establecen una serie de objetivos como son: el alivio del dolor y otros síntomas, no alargar ni acortar la vida, dar apoyo psicológico, social y espiritual, y reafirmar la importancia de la vida considerando la muerte como algo normal; todo ello ofreciendo apoyo a las familias durante la enfermedad y en el duelo.

Dentro de esta serie de medidas las funciones del TCAE irán dirigidas a: colaborar en el cuidado del mantenimiento de su imagen corporal proporcionando tanto

higiene personal como postural; prestando gran atención a la valoración de la piel y mucosas para detectar y prevenir la formación de úlceras por presión; ayudar al paciente en su bienestar, creando un ambiente agradable en la habitación que permita tanto su correcto descanso como el de los familiares; prestar atención a la alimentación adaptándola a las diferentes necesidades del paciente, teniendo en cuenta su tolerancia y haciendo especial hincapié en la ingesta de líquidos con el fin de evitar el estreñimiento, el cual en caso de producirse se ha de aliviar con la aplicación de enemas bajo la prescripción médica; asegurar que el paciente reciba los tratamientos médicos y farmacológicos destinados a reducir el dolor y mejorar su calidad de vida.

Además han de llevar a cabo todas estas labores descritas manteniendo privacidad y respeto hacia el paciente y familiares, ofreciendo un trato respetuoso, cordial y colaborador hacia los mismos.

Finalmente añadir que los TCAE también son los encargados de dar apoyo al equipo de enfermería en las intervenciones que se realicen, como asistir en curas, el registro de la temperatura corporal o de las constantes vitales. (1,4)

5 Discusión-Conclusión

Es conocido lo complicado que resulta el manejo de los pacientes terminales a lo largo del transcurso de su enfermedad, siendo vital el acompañamiento de estos y sus familias desde el momento inicial de su diagnóstico hasta el final. A la dificultad que presenta el enfrentarse a una enfermedad sin cura, tanto física como psicológicamente, se añaden los problemas que puedan derivar secundariamente de la misma como son por ejemplo las UPP, complicada higiene, la toma correcta de la medicación oportuna, una complicada alimentación (obligada a ser ajustada en muchos casos por las características del paciente), o el manejo del estreñimiento (para evitarlo y para tratamiento una vez se ha producido).

Es por todo ello por lo que no se trata de pacientes que precisan cuidados al uso, sino que requieren un mayor volumen de dedicación, donde serán los TCAE figuras de gran relevancia, tanto ser la figura hospitalaria que mayor tiempo pasará con el paciente, como por las peculiares características que presentan los cuidados paliativos, donde la formación del TCAE será clave.

6 Bibliografía

1. Erro M, Gil R, Gallardo R, Ferrer S, Leante N, Gómez S. Participación TCAE en los cuidados paliativos del paciente. Dialnet [Internet]. 2022 [citado

- 1 de noviembre de 2022];3(9). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8656687>
2. Grupo de Estudios de Ética Clínica. El enfermo terminal. Rev. Med. Chile [Internet]. 2000 [citado 1 de noviembre de 2022];128(5). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000000500015&script=sci_arttext
3. Sociedad Española de Cuidados Paliativos [sede Web]. Madrid: SECPAL; 1997 [acceso 1 de noviembre de 2022]. Historia de los cuidados paliativos [13 pantallas]. Disponible en: <https://www.secpal.org/historia-de-los-cuidados-paliativos/>
4. Baragaño EA, González SM, Ramos S, Álvarez M. Funciones del TCAE en pacientes con cuidados paliativos. Revista médica [Internet]. 2022 [citado 1 de noviembre de 2022];5(1):135. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tcae-cuidados-paliativos/#::text=Dar%20apoyo%20psicol%C3%B3gico%2C%20social%20y,sea%20lo%20m%C3%A1s%20activa%20posible.>

Capítulo 80

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA HIGIENE Y EL ASEO DEL PACIENTE

ELIA GARCÍA GALAN

ERNESTO JONATHAN GARCÍA QUINTANILLA

1 Introducción

La higiene y el aseo de un paciente institucionalizado será responsabilidad del TCAE, quien, además de brindar los apoyos necesarios para asegurar la máxima autonomía de la persona en la realización de esta actividad, se encargará de educarla, cuando fuera preciso, para que continúe desarrollándola correctamente en su domicilio.

La carencia de higiene adecuada es un factor de riesgo en la aparición y mantenimiento de distintas patologías y malestar: aumenta la posibilidad de contraer infecciones, ya que no se eliminan las secreciones que permanecen depositadas en la piel y mucosas, obstaculiza el diagnóstico de alteraciones, puesto que no se advierten anomalías como eritemas, hematomas, inicio de lesiones por presión, eccemas, etc. Además, favorece los rascados, la irritación tisular y genera sensación de malestar. Por el contrario, el aseo frecuente y acorde a las necesidades específicas del paciente, estimula la circulación sanguínea, favorece la renovación celular, (permitiendo continuar con su función de barrera) ayuda a regular la temperatura corporal y produce bienestar y aumento de la autoestima.

En este capítulo nos vamos a centrar en el aseo completo del paciente en la ducha. Siempre que este sea posible se considera la mejor opción para mantener la

higiene corporal y del cuero cabelludo y para estimular la circulación sanguínea, ya que el agua se distribuye uniformemente por todo el cuerpo arrastrando toxinas en su recorrido.

Cuando se desestima la posibilidad anterior, caben varias opciones como son: el aseo en cama completo o parcial o la bañera geriátrica realizando la transferencia mediante grúa.

2 Objetivos

- Describir los aspectos a tener en cuenta previamente a iniciar la actividad.
- Identificar productos de apoyo que pueden favorecer la independencia.
- Enunciar los pasos sucesivos para llevar a cabo la intervención.

3 Metodología

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

4 Resultados

Antes de iniciar la actividad de la ducha habrán de tomarse ciertas precauciones: Lo primero es acondicionar el cuarto de baño y la habitación para que el paciente se sienta lo más cómodo posible. Por tanto, se asegurará la máxima intimidad aproximando o cerrando puertas y evitando interrupciones. La temperatura de la estancia debe oscilar entre los 22° y 24°, cerrar ventanas para evitar corrientes es igualmente importante.

En la ducha, deberán estar al alcance todos los productos necesarios: gel, champú, esponja, toalla, etc. A ser posible, la ropa que se vaya a poner tendrá que estar preparada, en el orden de puesta, en un lugar próximo a la silla de descanso, donde se realizará el vestido, de esta manera se evita tener que esperar después del secado.

La manera en que se apoye y guíe la actividad favorece la colaboración y bienestar del paciente. Se le pedirá que participe, en la medida de lo posible, cuidando el

lenguaje no verbal que acompañará las indicaciones de las sucesivas subtareas hasta finalizar el proceso.

La ducha se realizará con ayuda del auxiliar siempre que el paciente pueda incorporarse de la cama y tenga buen control de tronco, puesto que necesita permanecer, bien de pie, en los supuestos de afectación funcional más leve, o bien sentado en silla de ducha o taburete ergonómico. En ambos casos la manera más frecuente de realizar la transferencia será con ayuda de uno/a o dos auxiliares o utilizando grúa de bipedestación.

Durante toda la actividad deberá observarse la seguridad del paciente. Las sillas de ducha habitualmente cuentan con reposabrazos y reposapiés para una mejor colocación del paciente, los taburetes ergonómicos pueden también venir equipados con reposabrazos o asideros. En la ducha suelen existir así mismo diferentes barras de sujeción donde el paciente puede sostenerse para mantener mejor el equilibrio. El suelo debe ser antideslizante y contará con pendiente suave que favorezca el desagüe.

Una vez situado en la ducha y tras comprobar la temperatura del agua, el orden para efectuar la limpieza será: Pelo, cara, cuello, brazos, tórax, abdomen, espalda, piernas, pies y zona genital.

En el proceso se deberá tener en cuenta que puede ser necesario colocar tapones de algodón en los oídos. Para la higiene de los ojos se evitará usar jabón y se realizará con una gasa desde el ángulo interno hasta el externo. En el cuello, se limpiará cuidadosamente la zona posterior de las orejas.

Los hombros y brazos se asearán de proximal a distal, podrá solicitarse al paciente que colabore en esta tarea. Es fundamental la higiene interdigital y de las uñas.

La zona submamaria se limpiará con sumo cuidado, ya que es habitual que en algunas mujeres aparezcan lesiones por humedad u hongos y puede resultar doloroso.

Las partes más inaccesibles para los pacientes serán la espalda, las nalgas y la zona anal, además de los pies. Para este cometido podrá proporcionarse una esponja con mango largo que será útil sobre todo en el caso de la espalda y los pies. El aseo de la zona genital y anal será más sencillo si, en el caso de usar silla o taburete, este cuenta con un orificio para facilitararlo.

Tras finalizar el enjabonado se procederá al aclarado de todo el cuerpo y al secado, sin friccionar, sino mediante pequeños toques en todo el cuerpo con una toalla. En las zonas donde no esté contraindicado se aplicará crema hidratante con un suave masaje y se iniciará el vestido.

El baño y la estancia deben quedar completamente recogidos y colocados.

5 Discusión-Conclusión

Los beneficios de practicar higiene y aseo diarios en el paciente están ampliamente demostrados, no solo desde el punto de vista de mejora de salud física, sino también emocional. Cuidar la temperatura en el proceso, un adecuado lenguaje corporal y gestual, el tono de la voz y la delicadez en los movimientos, son fundamentales para conseguir el éxito de gratificar al paciente en este momento del día. Los efectos pueden ir desde promover una mayor activación por las mañanas y comenzar el día con mejor disposición, a favorecer la relajación y el sueño por las tardes, sin olvidar que la actividad proporciona un aumento de la autoestima al incidir en la mejora de la imagen personal.

6 Bibliografía

1. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana M^a Fernández Espinosa, Auxiliar de Enfermería. Técnicas básicas de enfermería. Higiene en el medio Hospitalario. Séptima edición. Mc Graw Hill Education.
2. <https://revistamedica.com/actividades-tcae-aseo-encamado/>
3. <http://www.auxiliar-enfermeria.com/tecnicasauxenf.htm>

Capítulo 81

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS EN LA UNIDAD DE NEFROLOGÍA

ÁNGELA GARCÍA ZAFRA

MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR

GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS

MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ

MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad renal, o enfermedad renal, es una enfermedad caracterizada por la pérdida gradual de la función renal. Ahora se considera un problema de salud pública debido a su alta tasa de infección. El impacto de estas enfermedades radica en los mayores esfuerzos de la comunidad de atención médica para abordarlas, su impacto socioeconómico, prevalencia, mortalidad e impacto en la salud del paciente.

El deporte es uno de los pilares que ayudan a la recuperación de los pacientes trasplantados de riñón. De hecho, son muchos los beneficios a nivel físico, psicológico y social. También puede reducir la morbilidad y mortalidad, prevenir

eventos cardiovasculares, obesidad, hipertensión, dislipidemia y diabetes, mejorar el sueño, aumentar la autoestima y acelerar el proceso de envejecimiento. El proceso de trasplante de riñón es largo y complicado, y muchas intervenciones y cirugías afectan su éxito.

Huelga. Uno de ellos es el deportivo, que debe regirse y regularse por órdenes médicas. Uno de los criterios para un trasplante rápido y a largo plazo es que los pacientes trasplantados de riñón lleguen en el mejor estado de salud posible.

Tiempo desde el alta hasta el alta hospitalaria tras la cirugía

A los tres o cuatro meses del alta hospitalaria es un periodo muy complicado hasta que los órganos empiezan a funcionar con normalidad. La revisión bibliográfica realizada permite sustentar datos e ideas respecto a que la disposición de autocuidado del paciente es fundamental para una terapia de reemplazo renal óptima. Cosas cotidianas.

El conocimiento de esta enfermedad y la capacidad de afrontar sus consecuencias mejora, por tanto, la autopercepción de salud de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). La atención y las iniciativas de salud deben apuntar al tratamiento curativo o paliativo de la enfermedad, la prevención de complicaciones y la mejora de la calidad de vida en general.

2 Objetivos

Describir la enfermedad renal y las repercusiones que tiene en el paciente por parte del técnico de cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la enfermedad renal, los riñones pierden gradualmente su capacidad para filtrar agua y productos de desecho nocivos. La disminución de la función renal se produce con mayor frecuencia, lo que lleva a la insuficiencia renal crónica. Sin

embargo, el inicio de la enfermedad puede ser repentino. En ese caso, estamos hablando de enfermedad renal aguda.

Muchos pacientes requieren un trasplante de riñón debido al deterioro de la función renal. Existen varios factores de riesgo para esta afección, incluida la enfermedad renal poliquística familiar y las personas que tienen cálculos renales recurrentes. A medida que avanza la enfermedad, los pacientes pueden observar mal aliento y la piel se vuelve más seca, quebradiza, propensa a la descamación y de un color terroso. Los médicos deben informar a los pacientes de las opciones de tratamiento que mejor se adaptan a sus necesidades y problemas, pero la decisión final sobre qué procedimiento seguir recae en el paciente. Las recomendaciones de nutrición adecuadas son esenciales para las personas con ERC. El tratamiento ideal para los pacientes con enfermedad renal crónica es el trasplante renal, que mejora la calidad de vida y la supervivencia. España es líder mundial en donaciones y trasplantes. Según el informe de la organización.

Según Nacional de Trasplantes, en 2017 se batió un récord histórico en España con un total de 5.261 trasplantes de órganos realizados, de los cuales 3.269 fueron trasplantes renales. En 2018, el Hospital Clínico de Valladolid logró un récord con 60 riñones trasplantados. A medida que aumenta la proporción de receptores de trasplantes y la población de receptores envejece, existe la necesidad de prolongar la longevidad de los riñones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Esto se logra a través de muchos apoyos básicos, que incluyen inmunosupresión, actividad física, nutrición personalizada y apoyo psicológico y social. La importancia del cuidado diario está especialmente justificada en pacientes con acceso vascular sometidos a hemodiálisis.

La calidad de vida de los pacientes con ERC puede verse afectada por cambios en el estilo de vida y presentar una disminución del funcionamiento físico, mental, emocional, ocupacional y mental. La mayoría de los pacientes perciben que su calidad de vida es mala. La salud física y mental son los problemas de calidad de vida más percibidos, y los cambios relacionados con la edad exacerban esta percepción con la edad. El objetivo del tratamiento es detener la progresión de la insuficiencia renal y prevenir futuras complicaciones. Puede ser necesaria la modificación de la función renal. Este tratamiento incluye hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal y tratamiento conservador. Sin embargo, la mayoría de los pacientes continuaron con hemodiálisis como tratamiento inicial. Este tratamiento requiere sesiones de tratamiento de 3-4 horas 3-4 veces a la semana. En esta situación, teniendo en cuenta el filtrado glomerular y la presentación clínica del paciente, el comité renal asignado a cada centro recomienda posibles tratamientos para determinar el abordaje más adecuado. El tipo de intervención

que elige un paciente está relacionado con factores intrínsecos de la enfermedad y factores extrínsecos como la edad, el nivel de formación, los recursos económicos y el entorno.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo resaltando que la insuficiencia renal es una enfermedad progresiva con un gran número de casos, cada vez en aumento de nuevos pacientes. Para esa persona, saber que tiene una enfermedad renal crónica tiene un gran impacto emocional y le afecta también a la familiar. La familia es un pilar importante, un vínculo ante el cambio.

El equipo general es el responsable de la atención integral del paciente, y más específicamente el equipo de enfermería, que incluye a los técnicos auxiliares de enfermería, es el responsable de la atención al paciente. Es fundamental acompañar al paciente, escucharlo activamente y resolver cualquier duda.

6 Bibliografía

1. Koeppe, G. B. O., & Araújo, S. T. C. D. (2009). La Comunicación como temática de investigación en Nefrología: subsidio para el cuidado de enfermería. *Acta paulista de Enfermagem*, 22(spe1), 558-563.
2. Santos, B. T. U. D., Araújo, S. T. C. D., Torres, D. G., Bastos, S. D. S. F., Azevedo, A. L. D., & Neves, K. D. C. (2019). Integralidad del cuidado-permanencia en la nefrología: concepciones de enfermeros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53.
3. Trepichio, P. B., Guirardello, E. D. B., Duran, E. C. M., & Brito, A. P. D. (2013). Perfil de los pacientes y carga de trabajo de enfermería en la unidad de nefrología. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 133-139.
4. Bernal Herrera, P., López González, F., Jerez Moreno, M. D. C., & Peinado Baraso, M. D. C. (2009). Plan de cuidados estandarizado para pacientes de nefrología

Capítulo 82

FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

ÁNGELA GARCÍA ZAFRA

MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR

GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS

MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ

MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno mental que hace que las personas tengan pensamientos, sentimientos, ideas, sentimientos, obsesiones y comportamientos repetitivos e indeseados que los llevan a hacer algo una y otra vez, lo que genera sentimientos de ansiedad y estrés. Se caracteriza por un sentimiento mixto de afecto que a menudo amenaza con repetir rituales y comportamientos en la vida cotidiana, afectando negativamente la calidad de vida. El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por patrones de pensamientos y miedos no deseados que conducen a un comportamiento obsesivo y repetitivo (compulsivo). Estas obsesiones y compulsiones interfieren en la vida diaria y provocan un gran malestar emocional a la víctima.

Podemos ignorar o detener nuestras obsesiones, pero aumentan nuestro dolor emocional y ansiedad. Eventualmente, siente la necesidad de tomar acciones compulsivas para aliviar el estrés. Incluso si trata de ignorar o eliminar los pensamientos e impulsos perturbadores, siguen regresando una y otra vez, participando en comportamientos rituales y cayendo en el círculo vicioso del trastorno obsesivo-compulsivo. Este trastorno se centra en el miedo a contaminarse demasiado con bacterias al lavarse las manos a la fuerza hasta que estén adoloridas o agrietadas para reducir el miedo a la contaminación e infección

2 Objetivos

Explicar la enfermedad del TOC que padecen los pacientes de salud mental por parte del equipo de técnicos de cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como Scielo, Pubmed, Google Search y se ha buscado el tema del trastorno obsesivo-compulsivo en pacientes de psiquiatría y se han utilizado descriptores como: salud mental, psiquiatría, trastornos obsesivos.

4 Resultados

Personas con TOC: Pensamientos e imágenes repetitivas de varias cosas. Practican los mismos rituales y pensamientos y acciones incontrolables e indeseables. Obtienen menos placer de tal comportamiento, pero se sienten menos ansiosos. Pasan al menos una hora al día pensando en estas cosas, haciéndolos sentir miserables e interrumpiendo su vida diaria. En lugar de tratar de confrontar al paciente para prevenir las compulsiones, refuerza activamente el progreso del paciente, empatiza con él, establece relaciones de confianza y proporciona un entorno seguro y de fomento de la autoestima en el que las familias están involucradas. El trastorno obsesivo-compulsivo es un comportamiento repetitivo impulsado por compulsiones, a menudo un comportamiento mental destinado a reducir la ansiedad asociada con la obsesión para evitar que suceda algo malo. Sin embargo, puedes dejar la compulsión. Si tiene obsesiones, puede idear rituales y reglas para controlar su ansiedad. En su mayor parte, estas compulsiones son excesivas e irrelevantes para la vida real, pero estamos tratando de resolverlas. El

trastorno obsesivo-compulsivo generalmente comienza en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta, pero no en la niñez. Los síntomas progresan a lo largo de la vida, varían en severidad, empeoran más rápidamente bajo estrés y se consideran una discapacidad de por vida, a veces convirtiéndose en un trastorno debilitante. Las personas con TOC encuentran aumentos temporales en la ansiedad, picos y luego desaparecen sin medidas obsesivas. Cuando no es posible crear una situación realista que desencadene la compulsión, el terapeuta puede utilizar exposiciones, visualizaciones y grabaciones imaginarias que pueden aumentar el nivel de ansiedad de la tarea. A medida que las exposiciones terapéuticas se repiten con el tiempo, la ansiedad asociada se vuelve menos notoria o disminuye hasta que desaparece por completo.

Los antidepresivos llamados inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) pueden ayudar a reducir los niveles de angustia y ayudar a las personas a tener éxito en el tratamiento. Los medicamentos generalmente se usan temporalmente hasta que la enfermedad se pueda controlar solo con tratamiento.

Muchos expertos creen que la terapia cognitivo-conductual (CBT, por sus siglas en inglés) funciona más rápido con el tiempo que los medicamentos, es más rentable y no tiene riesgo de efectos secundarios. Los estudios han demostrado que este tratamiento es más efectivo para reducir los síntomas del TOC que la medicación sola. Por estas razones, los proveedores de atención informados aconsejan a las personas que usen medicamentos solo cuando se los recomienden, además de la terapia cognitiva conductual (TCC). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) deben suspenderse gradualmente, no abruptamente. El trastorno obsesivo-compulsivo es una enfermedad crónica. Los síntomas se pueden manejar, pero pueden surgir de la misma manera o de diferentes maneras.

5 Discusión-Conclusión

Este capítulo concluye con la convicción de que los síntomas del TOC son inconscientes. La gravedad del TOC es a menudo una comprensión psicodinámica de los desencadenantes psicosociales que ayudan a controlar la angustia en estos pacientes. Confrontar e interpretar las características presentes puede influir en el manejo general del paciente.

Cada miembro del equipo de técnicos de cuidados auxiliares de enfermería en los centros hospitalario y en la unidad de enfermedad mental y multidisciplinar tiene un papel y unas funciones en la mejora y el bienestar del paciente, y la identificación funcional es fundamental para observar estos cambios sobre todo

mejorías.

6 Bibliografía

1. nimh.nih.gov [Internet]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-obsesivo-compulsivo/index.shtml>.
2. cdc.gov [Internet]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/tourette/ocd.html>.
3. Alivio para el TOC Una Guía para Personas con Trastorno Obsesivo Compulsivo. Aaaa.org [Internet]. Disponible en: <https://adaa.org/sites/default/files/Alivio-para-el-TOC.pdf>.

Capítulo 83

LA RELEVANCIA DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS PROTOCOLOS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

ÁNGELA GARCÍA ZAFRA

MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR

GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS

MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ

MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

Los técnicos en cuidados Auxiliares de Enfermería, son fundamentales en las tareas de movilización de pacientes, llegando a ser uno de los pilares más importantes en la movilización de pacientes, siempre con ayuda inestimable del celador, los dos forman una simbiosis laboral en el protocolo de movilización de los pacientes que son dependientes.

La complejidad a la hora de las movilizaciones a los pacientes que así lo requieran, conllevan unas capacidades tanto físicas, como de delicadeza a la hora de practicar la movilización del paciente y que el TCAE deberá poner en práctica en cada movilización de pacientes. Tenemos que tener muy claro cada movimiento que

hagamos, para evitar problemas que puedan surgir en el paciente y para protegernos nosotros mismos, ya que las movilizaciones requieren de un esfuerzo que exige la implicación de fuerza física, fuerza que en ocasiones puede ocasionarnos lesiones musculares por trabajar sin medir los efectos que nos puedan causar una lesión muscular.

Para que las lesiones musculares no se produzcan, y para que el paciente no sufra ningún riesgo, el TCAE y la persona que realice la movilización junto con él, siempre deberán evitar la realización de movimientos bruscos, tales como las rotaciones o giros agresivos de la columna dorso-lumbar, la flexión prolongada de la espalda en malas posiciones u otras zonas del cuerpo que pueden sufrir el riesgo de terminar dañadas y como consecuencia, se produce una lesión que podría ser incluso de pronóstico grave.

2 Objetivos

- Detallar las diferentes posturas, los protocolos y las normas de movilización que se llevan a cabo con los pacientes dependientes.
- Exponer los principios fundamentales en el trabajo de movilización de pacientes y conocer los mecanismos para la realización de cada uno de los movimientos, para evitar lesiones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las movilizaciones manuales de los pacientes son muy variadas, y conllevan acciones como es el hecho de levantarlos de la cama o de la camilla, bajarlos de la silla de ruedas, o el simple hecho de sostenerlos para que no se caigan, otra acción es el acto de empujarlos o de tirar de ellos para acomodarlos, todas estas acciones se realizarán siempre, haciéndolo con mucha suavidad y delicadeza, todas ellas son parte de las movilizaciones. Los mecanismos de movilización manual deben

estar pautados antes de comenzar la técnica y deben atenerse rigurosamente a los protocolos de movilización impuestos.

Hacer uso de una técnica adecuada, ya sea manual o mecánica. Mantener el centro de gravedad entre el paciente y del celador para así alcanzar más estabilidad. Hay varias posiciones en las que un paciente puede estar acostado o ha de posicionarse de una forma concreta según la patología que presente. Aplicar una fuerza adicional si usamos el propio peso del cuerpo con un movimiento de balanceo. Para la realización del movimiento, el celador ha de tener el cuerpo alineado, las rodillas ligeramente flexionadas y se invertirán las posiciones de los pies.

Hay muchos y variados factores que pueden conllevar riesgos a la hora de realizar la movilización manual de pacientes, hay posiciones que puedan llegar a ser peligrosas para el paciente, factores de riesgo que pueden producir graves daños colaterales físicos.

Estos factores de riesgo hacen referencia a distintos aspectos, como son:

1. Riesgos debidos a la tarea. Como son la fuerza y la repetición de movimientos:
 - Fuerza: es la cantidad de esfuerzo físico necesaria para la realización de la movilización, por ejemplo el empujar, tirar de una carga o levantar a un paciente.
 - Repetición: es lo que se denomina la ejecución del mismo movimiento o de la misma serie de movimientos, siempre que sea de manera continuada o que requiera una frecuencia prolongada durante la jornada laboral.
2. Riesgos para el paciente: no se debe nunca levantar a un paciente como si se tratara de una carga o de un objeto, esto nos hace entender que no se pueden trasladar las “normas” para levantar cargas a los pacientes, del mismo modo, ya que nunca podemos saber lo que vaya a suceder mientras se está movilizándolo a un paciente.
3. Riesgos relacionados con el medio que nos rodea: son muchos los peligros y los riesgos para el paciente relacionados con el medio. El peligro de tropezar es uno de ellos y se deberán tomar medidas de prevención para que no suceda, los resbalones y las caídas, tienen el mismo denominador común que los resbalones. Las superficies en las que se trabaja y sus irregularidades son otros riesgos para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Equipos de trabajo adecuados, material con ropa de calidad y calzado con suela antideslizante y la formación de los conocimientos de las técnicas de movilización, con una buena base de formación, serán de vital importancia para la

realización del trabajo con total seguridad y sin riesgos para el paciente o para el TCAE y la persona que le ayude con la movilización.

Para intentar evitar que se produzcan lesiones consecuencia del levantamiento de pacientes y de sus traslados, se intentará mantener siempre el centro de gravedad del cuerpo, eso nos evitará riesgos tanto para el paciente como los trabajadores encargados de movilización, como norma general son el TCAE y el celador, hay que procurar por todos los medios que la realización de los movimientos y de la movilización sean sin riesgo, cómodos y seguros para todos los que interviene en la técnica de movilización, y esa seguridad debe incluir la anulación de cualquier riesgo durante todo el tiempo que dure la técnica.

6 Bibliografía

1. Técnicas de Movilización de Pacientes - OposSanidad (auxiliar enfermeria.com).
2. Hazards and risks associated with manual handling in the workplace (europa.eu).
3. www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=IB6kt7woCqs%3d&tabid=623.
4. Técnicas de Movilización y Transferencias de Pacientes (efisioterapia.net).
5. Lectura 6 Movilización y traslado de pacientes. Técnicas de movilización. Traslado de paciente encamado, en camilla y en silla de ruedas. Posiciones anatómicas básicas. (juntadeandalucia.es).

Capítulo 84

TOMA DE MUESTRAS DE ORINA CON BOLSA RECOLECTORA EN BEBÉS

CRISTINA GARCÍA SUÁREZ

MATILDE PADILLA BERROCAL

1 Introducción

El análisis de orina es una de las herramientas más básicas, útiles y comúnmente realizadas en el ámbito sanitario.

La muestra de orina es una recolección puntual de la orina que se le pide a un paciente con una cantidad determinada para ver una serie de valores que podemos evaluar a través de ella.

Se le pide al paciente que recoja orina en un recipiente estéril.

En el caso de los pacientes incontinentes, como el caso de los bebés, tendremos que desarrollar técnicas no invasivas, cómodas y prácticas para la toma de la muestra.

Existen materiales específicos para la toma de muestras de orina en bebés, se trata de unas pequeñas bolsas recolectoras con una boca adhesiva para la zona genital.

Es muy importante realizar la técnica de forma estéril, pues existe un alto riesgo de infección del tracto urinario, por la posible introducción de microorganismos al interior de la vejiga o la posibilidad de contaminar la muestra durante la técnica.

Debido a que la técnica de obtención de muestra es sencilla y segura y aporta una valiosa información sobre el estado de salud del paciente pediátrico es una de las determinaciones más usuales y más requeridas por el personal facultativo.

2 Objetivos

Estudiar el proceso de toma de muestras de orina en bebés con bolsa recolectora.

3 Metodología

Para el abordaje del tema se ha realizado una búsqueda exhaustiva de documentos académicos.

Los criterios de inclusión para la selección de dichos documentos han sido los archivos en los que se describe las técnicas necesarias en la recolección urinaria pediátrica estéril.

4 Resultados

En el servicio de salud nos podemos encontrar con pacientes pediátricos, bebés o niños, por lo que su capacidad para orinar es por reflejo, es decir, involuntaria. Por motivos clínicos pueden precisar de un análisis de orina. Este análisis tendrá una técnica específica diferente a la ordinaria.

Dado que los niños de muy baja edad no pueden orinar a voluntad la recogida de orina la realizarán sus padres o personas responsables.

Indicaremos a los responsables de cómo hacer una adecuada técnica para la recogida de orina en el paciente pediátrico.

Diferenciaremos de sí es niño o niña, ya que los recolectores en bolsa tienen una diferencia dependiendo del sexo del bebé. En el caso de los niños la boca de la bolsa recolectora es más alargada y estrecha, en comparación con el material utilizado en las niñas que, la boca de la bolsa recolectora es más ancha.

Partiendo de esa diferenciación también hay que variar el aseo del bebé en su zona genital.

En el caso de los niños retiraremos un poco el prepucio sin ejercer fuerza ni fricción sobre la piel y limpiaremos la zona en círculos. En las niñas apartaremos los labios mayores y limpiaremos de arriba abajo de una única pasada, sin repetir con la misma gasa.

Todo lo anterior acontecido se ha de hacer bajo una higiene estricta, desde el lavado de manos a los productos empleados. Siempre que nos sea posible usaremos gasas estériles y suero fisiológico para el empleo de la técnica.

Las bolsas adhesivas pueden perder su poder de adhesión por el contacto con la zona húmeda, intentaremos siempre antes de pegar la bolsa dejar la zona seca. Tras colocar la bolsa pondremos el pañal de una manera un poco más holgada

a lo habitual, pero sin que se desprenda fácilmente con el fin de poder acceder visualmente a ella y que no se produzcan fugas.

Se ha de observar el colector, al menos cada media hora para comprobar si se ha producido la micción. Si esta no ha tenido lugar durante la primera hora, se ha de retirar el recolector y colocar uno nuevo, repitiendo el proceso desde el principio.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que a la hora de evaluar y perseguir el fin de un diagnóstico son las causas por las que podemos recurrir a un análisis de orina.

Discutimos la técnica pediátrica proponiendo diferenciaciones y tipos de técnicas a realizar según el sexo del bebe y cómo realizar una eficaz recolección de orina en pacientes con pañal.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener la formación adecuada para llevar a cabo este tipo de técnicas, que conlleven al éxito del diagnóstico mediante el requerimiento de la orina para una prueba la cual se ha de hacer en un entorno y técnicas estériles.

6 Bibliografía

Pascual Fernández C, Ignacio Cerro C. Bolsa colectora de orina. En: Adrián Gutiérrez J, Guerre-ro-Márquez G, Jiménez García R, Míguez-Navarro C, Moreno Díaz J, Palacios Cuesta A, et al. (eds). Manual de Técnicas y procedimientos en Urgencias de Pediatría para enfermería y medicina. Madrid: Ergon; 2011. p. 201-4.

Mena Moreno C, Collado Gómez R, Bellón Elipe MI. Extracción de Muestras de Orina [Internet]. Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neo- natales; 2016. Disponible en: <https://ajibarra.org/D/post/extracion-de-muestras-de-orina/>

Serrano,S.; Prada, E.; Lopez, S. & Franquelo, R. Estudio retrospectivo de contaminación de urocultivos. Poster 187. XIII Congreso Nacional del Laboratorio Clínico. 2004; 63.

Capítulo 85

ENFERMEDAD DE CROHN POR TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

AINOA RAMOS ALVAREZ

MARIA MONTSERRAT ALVAREZ ALVAREZ

ANA BELEN BRANDI ALONSO

MARTA MIRAVALLES BERROS

CARLOS GUTIÉRREZ ZAPATA

1 Introducción

La enfermedad de Crohn, es una patología inflamatoria crónica, recurrente, de origen desconocido, que evoluciona de modo en forma de brotes. Puede afectar a cualquier parte del tractogastrointestinal, que va desde la boca hasta el ano. Pero, en general, afecta al intestino delgado y al comienzo del intestino grueso. Su localización más frecuente se encuentra en el íleon terminal, la porción más distal del intestino delgado. Hay muchas teorías sobre el origen de la enfermedad, pero según diversos estudios, existe una predisposición genética que se ve alterada a nivel inmunológico ante antígenos alimentarios o bacterianos. Las personas blancas o de ascendencia judía europea tienen mayor riesgo. Puede desarrollarse a cualquier edad, pero a menudo, se presenta entre los 15 y los 35 años. Los investigadores, creen que una de las causas puede ser una reacción autoinmune que sucede cuando el sistema inmunitario ataca a las células sanas del cuerpo. El estrés y el consumo de ciertos alimentos, también pueden repercutir, provocando

un empeoramiento de los síntomas. Para hacer un diagnóstico, el especialista, consultará la historia clínica del paciente, le hará preguntas acerca de los síntomas que padece y de antecedentes familiares, realizará un examen físico y solicitará numerosas pruebas: análisis de sangre y heces, colonoscopia, endoscopia digestiva y pruebas de diagnóstico por imágenes.

2 Objetivos

Dar a conocer la enfermedad de Crohn, su origen, sus características, sintomatología, brotes, pruebas diagnósticas e índice de enfermos en España.

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación científica, 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

Según la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), una de cada 450 personas padece una enfermedad inflamatoria intestinal en nuestro país, y en concreto, la enfermedad de Crohn es la más común. La enfermedad de Crohn, es una afectación inflamatoria intestinal de tipo crónica, con manifestaciones intermitentes que afectan al tracto gastrointestinal. No se conoce la causa de esta enfermedad, pero diversos estudios afirman, que existe una predisposición genética en la que hay una alteración a nivel inmunológico ante antígenos alimentarios y bacterianos. El sistema inmunitario del propio cuerpo, ataca por error y destruye el tejido corporal sano, dañando diferentes partes del tubo digestivo provocando una inflamación. Casi siempre, se ve perjudicado el extremo inferior del intestino delgado (íleon) y el comienzo del intestino grueso (ciego). Aunque puede ocurrir en cualquier parte del tubo digestivo, que va desde la boca hasta el recto. Hay diferentes factores que pueden propiciar un empeoramiento de la patología: genes y antecedentes familiares, factores ambientales, tabaquismo...

Hay cinco tipos de Crohn según la zona del tracto gastrointestinal que esté afectada. La gastroduodenal afecta al estómago y a duodeno que es la primera parte del intestino delgado; Yeyunoleítis, produce áreas irregulares de inflamación en el yeyuno, que es la mitad superior del intestino delgado; Ileítis, afecta al íleon, que es la última parte del intestino delgado; Ileocolitis, es la más común y afecta al colon e íleon. Afecta a hombres y a mujeres por igual, aunque suele ser más común en personas jóvenes. Una tercera parte de los casos, se diagnostican antes de los 20 años. La sintomatología es muy variada y alterna periodos de aparición, llamados brotes, con otros de remisión. Además, la zona donde se localiza la enfermedad, influye en el tipo de molestias que causa. Aún así, los más comunes son: diarrea, pérdida de peso, dolor abdominal, vómitos... En el peor de los casos, puede derivar en complicaciones más graves como la perforación u obstrucción del intestino, hemorragias, fistula, absceso o úlcera anal. El diagnóstico inicial puede realizarlo el médico de cabecera mediante la historia clínica del paciente y una exploración general que determine una sensibilidad abdominal, erupción cutánea, articulaciones inflamadas o úlceras bucales. También pueden apreciarse alteraciones en los resultados de la analítica. Pero para la confirmación de la enfermedad, es necesario realizar estudios radiológicos (TAC, ecografía, tránsito intestinal) y colonoscopia para explorar la mucosa intestinal y tomar muestras para una biopsia.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Crohn, afecta a la parte final de intestino delgado (ileón) y al principio del intestino grueso (colon). Se trata de una enfermedad crónica e inflamatoria que provoca grandes cólicos, diarreas o hemorragias durante los brotes. El estrés, dejar de tomar el tratamiento o tomar antiinflamatorios de forma incontrolada puede reavivar estos brotes. Sin embargo, hay ocasiones en las que los brotes aparecen sin más. Hay pacientes que padecen brotes con mayor frecuencia y otros que pueden permanecer años sin sufrirlos. La actividad de la enfermedad, influye sobre la calidad de vida del paciente. Se desconocen las causas exactas de esta patología, pero se cree que puede haber una predisposición genética.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000249.htm>
<https://www.radiologyinfo.org/es/info/crohns-disease>

[https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/
enfermedades-digestivas/enfermedad-crohn/que-es](https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/enfermedad-crohn/que-es)
<https://accuesp.com/crohn-y-colitis/la-enfermedad/crohn>

Capítulo 86

EL PACIENTE CON DISFAGIA

PATRICIA CABELLO IGLESIAS

ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ

ANDREA GONZALEZ TATO

MARTA ESCALADA PERTIERRA

1 Introducción

La disfagia es la dificultad para tragar. Los alimentos o líquidos tardan más tiempo en llegar de la boca al estómago por lo que el cuerpo necesita más tiempo y realiza un esfuerzo mayor para mover el bolo alimenticio.

En la deglución participan varios músculos y nervios y cuando se ven debilitados o dañados por diferentes causas puede aparecer la disfagia, esta puede ser temporal e ir mejorando con el tiempo o permanente. En ambos casos es muy importante conseguir una alimentación e hidratación segura y eficaz. Hay casos en los que es imposible la ingesta de alimentos por boca por lo que hay que recurrir a diferentes opciones como puede ser la alimentación enteral, donde el alimento es introducido directamente en el estómago o la alimentación parenteral donde los nutrientes van directos a la sangre.

Entre las complicaciones más importantes está la malnutrición, deshidratación y pérdida de peso, ya que hay una dificultad para ingerir líquidos y alimentos y también está la neumonía por aspiración, que es cuando los alimentos o los líquidos pasan a las vías respiratorias.

La disfagia se puede clasificar en orofaríngea y en esofágica, en la primera se ve afectada la transferencia de lo ingerido desde la boca hasta el esófago y, en la

segunda desde el esófago hasta el estómago.

2 Objetivos

- Exponer unas recomendaciones para alimentar a la persona.
- Explicar qué alimentos son más recomendables para ayudar a la persona con problemas de disfagia a alimentarse.
- Exponer las diferentes opciones que hay para alimentar a un paciente con problemas de deglución.

3 Metodología

Para este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en libros y artículos de las principales bases de datos como son SCOPUS, PUBMED e IBECS, así como una investigación sobre la diferente literatura científica existente, descartando los artículos anteriores a los últimos siete años.

4 Resultados

La disfagia es la dificultad para tragar. En función de su evolución en un paciente se intentará introducir la alimentación oral, pero será necesario una valoración para saber la capacidad que tiene para tragar.

El paciente debe comer siempre bajo la supervisión del personal de enfermería o de su familia o cuidador y, si es posible, es mejor que sea el propio paciente el que se alimente por sí mismo ya que eso ayuda a prevenir la aspiración. Antes de empezar debe tenerse en cuenta:

- El paciente debe de estar despierto, consciente y tranquilo.
- Debemos respetar el tiempo de comida que en este caso será mayor de lo habitual.
- Si lleva prótesis dental debe de estar bien colocada, de no ser así es mejor quitarla y que coma sin ella.
- El paciente debe de estar lo más concentrado posible en el acto de tragar, por lo que evitaremos en la medida de lo posible las distracciones.
- El paciente debe de adoptar una postura correcta: en la cama se elevará la cabecera a 45° o en su defecto se mantendrá la espalda recta y la cabeza se inclinará ligeramente hacia adelante en el acto de tragar y en la silla la persona debe

de estar erguida en ángulo recto y con la cabeza inclinada ligeramente hacia adelante en el momento de tragar.

Si es una persona la que debe ayudar al paciente a alimentarse por que este no puede hacerlo por sí mismo esta debe colocarse a su misma altura o un poco más baja, evitando que el paciente extienda la cabeza.

Entre una toma y la siguiente debemos comprobar que no hay alimento en la boca. Si la comida se alarga mucho es conveniente cambiar a raciones más pequeñas y más frecuentes.

Al acabar es importante revisar la boca, retirando algún posible resto que haya podido quedar en ella y realizar una buena higiene de la misma ya que o hacerlo puede favorecer el crecimiento de bacterias y producir una infección. Es conveniente que permanezca al menos treinta minutos incorporado para evitar el reflujo.

La dieta debe llevar alimentos variados y de buena calidad, intentando que resulten apetitosos, importante que tengan una textura fina y homogénea evitando todo aquello (pepitas, espinas, pieles, etc.) que pueda producir un atragantamiento.

Los líquidos es conveniente administrarlos con espesantes, siguiendo las recomendaciones del fabricante para conseguir la viscosidad segura para el paciente. El agua gelificada es otra buena opción para mantener hidratado al paciente.

Debemos evitar alimentos duros o con tropezones, que lo ingerido no esté muy caliente, también evitaremos pescados que sean difíciles de retirar las espinas, alimentos pastosos y todos aquellos que puedan producir atragantamiento.

En algunos casos cuando la disfagia es muy severa e imposibilita incluso la deglución de los alimentos adaptados puede optarse por la nutrición enteral, que consiste en la colocación de una sonda nasogástrica que va desde la nariz hasta el estómago o una gastrostomía endoscópica percutánea, donde la sonda va directamente en el estómago. Cuando el paciente va mejorando y va recuperando la capacidad de tragar, se puede retirar.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia es la dificultad que puede tener una persona para tragar, pero con una serie de pautas y una alimentación adaptada al trastorno puede conseguirse una buena nutrición del paciente, lo mismo ocurre con los líquidos para mantenerlo hidratado. Si aún así la deglución del bolo alimenticio no es posible llevarla a cabo puede optarse por otro tipo de nutrición como son las sondas, que lle-

varan directamente el alimento al estómago del paciente sin que este necesite realizar ningún esfuerzo y, con ello seguimos manteniendo al paciente nutrido e hidratado. La disfagia es un problema que puede ser permanente o llegar a desaparecer.

6 Bibliografía

1. Disfagia: qué es, causas, tipos, síntomas y tratamientos. <https://www.institutoorl-iom.com/disfagia/>,
2. <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/disfagia>.
3. Disfagia <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/trastornos-esof%C3%A1gicos-y-de-la-degluci%C3%B3n/disfagia>.

Capítulo 87

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

DANIEL ARGUELLES CABEZA

1 Introducción

Podemos definir la rehabilitación como la especialidad que se dedica a tratar la discapacidad que causan diferentes patologías tanto quirúrgicas como médicas, ya sean agudas o crónicas. La rehabilitación hospitalaria busca la recuperación funcional de los pacientes. Dentro del ámbito hospitalario, esta labor se lleva a cabo por un equipo multidisciplinar entre los que se encuentran médicos, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, etc.

El servicio de rehabilitación hospitalario es utilizado por diferentes tipos de pacientes. Estos pueden ser desde personas que hayan tenido problemas neurológicos, personas que han sufrido diferentes tipos de accidentes o han pasado por operaciones quirúrgicas. También hay pacientes con problemas respiratorios o de movilidad, así como niños o adolescentes.

Los servicios de rehabilitación hospitalaria pueden darse tanto en las habitaciones de los pacientes hospitalizados que así lo necesiten como en los lugares propiamente destinados para ello, como los gimnasios del hospital, piscinas o salas de electroterapia. Además, dentro de este servicio también se encuentran las consultas de los médicos rehabilitadores y salas de técnicas para la enfermería. En el servicio de rehabilitación el paciente tiene distintos tratamientos como puede ser la fisioterapia, la electroterapia, la terapia ocupacional o el servicio de logopedia. El auxiliar de enfermería llevará a cabo múltiples tareas para ayudar a los pacientes bajo la supervisión de un fisioterapeuta o enfermera.

2 Objetivos

- ☒ Enumerar las tareas que realiza el auxiliar en este servicio
- ☒ Explicar las diferentes tareas que lleva a cabo el auxiliar de enfermería dentro del servicio de Rehabilitación en el hospital.

3 Metodología

Se lleva a cabo una búsqueda sistemática en bases de datos como Medline o Scielo, utilizando palabras clave como “rehabilitación” o “recuperación”. También se hace una revisión bibliográfica a través del buscador “Google” buscando revistas que traten la temática de las funciones del auxiliar de enfermería en el servicio de rehabilitación.

4 Resultados

Dentro del servicio de rehabilitación, el auxiliar de enfermería puede realizar sus funciones en diferentes lugares como puede ser gimnasio, gimnasio infantil, consultas médicas, control de entrada al servicio, servicio de electroterapia y parafina, rehabilitación respiratoria y piscina entre otros.

En el servicio de rehabilitación hospitalaria, el auxiliar de enfermería llevará a cabo diferentes funciones, entre las que se encuentran:

- Estar pendiente de los pacientes que llegan al servicio de rehabilitación para atender las dudas que les puedan surgir referentes a la ubicación de los servicios, horarios, etc.
- Acomodar a los pacientes en las diferentes zonas del servicio de rehabilitación.
- Acompañar a los pacientes que necesiten ayuda a la hora de ir al baño para hacer sus necesidades o aseo.
- Estar pendientes de los otros profesionales que están realizando labores de rehabilitación para auxiliarse a la hora de llevarlo a cabo. Se ocuparán de facilitarles los materiales necesarios para la realización de los ejercicios y técnicas de rehabilitación.
- Llevarán a cabo la limpieza y esterilización de los materiales que utilicen los pacientes después de su uso.
- Se ocuparán de mantener el orden de los materiales y máquinas dentro del lugar destinado a la rehabilitación.
- Se ocuparán de reponer los materiales que se vayan usando en el día a día utilizando el almacén destinado a este servicio.

- Ayudarán a los pacientes a la hora de vestirse y desvestirse, así como a preservar su intimidad si fuera necesario.
- Si el fisioterapeuta lo solicita, el auxiliar de enfermería se ocupará de acompañar y vigilar al paciente mientras realiza los ejercicios correspondientes, sobre todo cuando este presente algún tipo de incapacidad o dependencia.
- Dentro del servicio de rehabilitación, el auxiliar de enfermería también realiza labores de atención, administración y gestión, acompañando a los pacientes cuando llegan a las consultas y realizando labores administrativas.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería lleva a cabo una labor importante dentro del servicio de rehabilitación. Es importante que esté pendiente en todo momento de los pacientes que llegan al servicio para poder asistirles durante su estancia en el servicio. Para ello, debe conocer bien las diferentes terapias que se llevan a cabo dentro del servicio de rehabilitación, así como su ubicación y particularidades.

El profesional debe ayudar al paciente a poder estar a gusto dentro del servicio, ayudándole en lo que este pueda necesitar. Es necesario que el auxiliar se coordine bien con los demás profesionales del servicio para que la atención al paciente sea lo más satisfactoria posible.

6 Bibliografía

1. Medline.
2. Scielo.
3. www.google.es
4. www.paleodiversitas.org

Capítulo 88

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

DANIEL ARGUELLES CABEZA

1 Introducción

El servicio de Neonatología es aquel donde los recién nacidos reciben cuidados y se les presta la atención necesaria. La neonatología abarca la asistencia en las primeras horas de vida de los recién nacidos que son consideradas cruciales para saber si pueden darse problemas futuros y atajarlos. Este servicio engloba la asistencia en el parto, las atenciones al neonato y sus cuidados médicos, además de las atenciones de maternidad referentes a su madre. En este servicio también suele estar ubicado el lactario con las salas preparadas para que las madres puedan extraer la leche de forma manual.

Dentro de este servicio, hay diferentes unidades de cuidados según su complejidad. La unidad de cuidados intensivos es la más compleja ya que en ella se atiende a los neonatos que presentan problemas serios de salud. También está el área de cuidados básicos donde se prestan la asistencia básica a los niños que no requieren cuidados especiales y la sala de partos.

Además, los padres del recién nacido reciben un apoyo psicológico ya que muchas veces se encuentran en una situación inesperada ante partos prematuros o dificultades en los partos.

Estos servicios son prestados por un equipo multidisciplinar formado por enfermeros, auxiliares de enfermería, pediatras y diferentes especialistas según el tratamiento y patología que presente el neonato. Es muy importante que este equipo multidisciplinar este bien coordinado.

2 Objetivos

- ☒ Definir y enumerar las tareas que se llevan a cabo después del parto y los cuidados que debe prestar el Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería al neonato durante la estancia de este.
- ☒ Explicar brevemente algunas de estas.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda de información en diferentes revistas científicas, bases de datos como “Medline” y “Scielo” partiendo de palabras clave como “neonatología” y “recién nacido”. También se ha buscado información en libros de la editorial “Mad”.

4 Resultados

Una vez que finaliza el nacimiento del recién nacido, se lleva cabo una comprobación de la correcta adaptación del bebe a la vida fuera del útero de su madre, se constata la edad y peso y se observa que no haya ningún tipo de problema tras la gestación o el parto o se de algún tipo de anomalía congénita.

Tras el parto, las primeras tareas que se suelen realizar son las siguientes: Cortar el cordón umbilical, colocar al niño sobre el pecho o abdomen de la madre, se lleva a cabo el test de Apgar (esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, tono muscular...), se identifica al bebe con pulseras homologadas del mismo color que su madre, se toma una muestra de sangre del cordón umbilical, se lleva a cabo la profilaxis de la conjuntivitis neonatal, se lleva a cabo un cribado endocrino-metabólico y otro de hipoacusia, se le administra vitamina k, se le vacuna de la hepatitis B, se le pesa y talla y se le mide el perímetro cefálico.

El auxiliar de enfermería llevará a cabo diferentes funciones y cuidados dependiendo del estado de salud, de las necesidades y situación del bebe recién nacido.

Cuando el recién nacido presenta un buen estado de salud y está a término, el auxiliar de enfermería le prestará cuidados básicos y complementarios. Dentro de estos incluimos los cambios posturales, el aseo, la alimentación, el control de la temperatura, peso y talla entre otros, la atención al cordón umbilical y a las pérdidas que presente. Además, llevará a cabo un control de la incubadora limpiándola y desinfectándola, y se encargará de reponer el material necesario y de labores de mantenimiento. También fomentará la lactancia materna desde el primer momento.

Cuando el recién nacido es pretérmino o presenta bajo peso o algún problema de salud grave necesitará cuidados especiales como la estancia en una incubadora, la monitorización de sus constantes vitales o la nutrición enteral. Estos recién nacidos es probable que necesiten tratamiento con fototerapia para tratar hiperbilirrubinemia, que provoca un color amarillento en la piel del recién nacido al que llamamos ictericia.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de la unidad de Neonatología, las funciones del auxiliar de enfermería van a variar según el estado de salud de cada bebé y de la comunidad autónoma donde realice su trabajo. Lo que está claro es que el auxiliar de enfermería es el profesional que pasa más tiempo con el paciente y debe estar preparado para prestar sus cuidados en el momento que se precise, además de coordinarse con el equipo de enfermería encargado de los pacientes recién nacidos.

Es importante que el auxiliar de enfermería anime a los padres del recién nacido a participar de los cuidados de su hijo recién nacido y a estar pendiente de las dudas o cuestiones que a estos se les pueda presentar referente a su hijo. Por todo ello, el auxiliar de enfermería debe estar formado y preparado correctamente para poder prestar sus cuidados de la mejor manera posible.

6 Bibliografía

1. Scielo
2. Medline
3. Libro editorial Mad
4. www.tcaeintegral.es

Capítulo 89

ZONAS Y ELEMENTOS QUE CONFORMAN EL QUIRÓFANO

ESTEFANIA RODRIGUEZ ALVAREZ

SONIA FERNANDEZ DIAZ

1 Introducción

Los quirófanos son las zonas donde los profesionales llevan a cabo las intervenciones quirúrgicas a los pacientes que así lo precisan de forma programada como urgente, por eso es muy importante que el personal sanitario conozca cuales son las zonas que lo componen, los elementos que lo forman, el personal que interviene y el funcionamiento de esta unidad, para así poder desarrollar el trabajo de forma efectiva y evitar complicaciones innecesarias.

Comenzaremos por enumerar las diferentes zonas que lo componen:

- Zona negra: es una zona no restringida, por ella pueden circular tanto el personal sanitario como pacientes, en ella se pueden encontrar el control, la zona séptica, el cuarto de ropa sucia, la sala de descanso, etc.
- Zona de transferencia o intercambio: es donde se recibe el material necesario para la intervención y el lugar donde se hace la transferencia del paciente de una cama a la otra.
- Zona gris: es una zona semirrestringida y se considera una zona limpia, donde en algunos casos se deja a los pacientes tras la intervención para recibir los primeros cuidados.
- Zona blanca: es una zona totalmente restringida en la cual solo puede encontrarse el personal necesario para llevar a cabo la intervención, este personal debe llevar el vestuario y la indumentaria adecuada para el lugar.

2 Objetivos

El objetivo de esta investigación es poder dar a conocer la estructura, el funcionamiento y los materiales más utilizados en los quirófanos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo he realizado una revisión bibliográfica en bases de datos conocidas como pubmed, medline, medline plus. También he consultado algunas web relacionadas con este tema en google académico, así como algunas páginas de hospitales de reputación y protocolos de quirófanos.

4 Resultados

En cuanto a los elementos que componen un quirófano podemos separar los aparatos y material fungible y el personal sanitario que interviene.

Material y aparatos:

Mesa de Mayo: en ella se colocarán los siguientes materiales, bisturíes, tijeras de disección, tijeras de hilo, tijeras de apósitos, pinzas de sostén, pinzas de tejido, pinzas lisas, pinzas dentadas, pinzas de Allis, pinzas de Babcock, pinzas de hemostasia...

En cuanto a la maquinaria podemos encontrar:

Ecógrafo

Torre de laparoscopia (insuflador de Co2, fuente de luz fría, cámara de vídeo y accesorios y un monitor)

Torre de laparoscopia (incluye lo mismo que la anterior)

Irrigador de líquidos

Luz fría para aspirador con luz

Mesa quirúrgica

Bisturí eléctrico

Bomba de infusión

Palo de gotero

En cuanto al personal que participa en el quirófano encontramos:

Cirujano, será la persona encargada de llevar a cabo la intervención

Ayudante del cirujano, normalmente es otro médico que colabora con el cirujano durante la intervención

Anestesiólogo, es el médico encargado de administrar la anestesia y llevar el monitoreo del paciente durante el proceso.

Enfermera ayudante de anestesiólogo, realiza la función de ayuda.

Enfermera circulante, la función de esta persona es preparar el quirófano para la intervención y debe saber el funcionamiento de este perfectamente, es la encargada de proporcionar el material necesario durante la intervención y de comprobar que durante la misma se conserva la esterilidad.

Enfermera instrumentista, es la encargada de proporcionar al cirujano todo el material que precise.

Auxiliares de enfermería, estos permanecen fuera del quirófano durante la intervención y son los encargados de darle a la enfermera circulante el material que esta le pida.

Celadores, serán los encargados de trasladar a los pacientes, antes y después de la intervención y también en colocarlos en la posición que el cirujano solicite.

Personal de limpieza, este personal entrará al quirófano junto con los auxiliares de enfermería para dejar limpio y recogido para la siguiente intervención.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión de este estudio de investigación es que la zona de quirófanos quizás sea la que mayor complejidad tiene en un hospital, dado que requiere un gran conocimiento de materiales, procedimientos y protocolos, también es la zona donde intervienen un mayor número de profesionales sanitarios que deberán trabajar en equipo y con una gran organización para llevar a cabo las intervenciones con el menor riesgo posible para los pacientes y menor coste sanitario.

Por todo esto me parece muy importante dar a conocer cuál es el funcionamiento de los quirófanos y los materiales más frecuentes que podemos encontrar en ellos.

6 Bibliografía

- <https://www.partesdel.com/quiropfano.html>.
- <https://www.quiropfano.net/areas-quiropfano/partes-quiropfano.php>.
- <https://mejorconsalud.as.com/organizacion-distribucion-quiropfano/>.
- <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/Biblioteca/Paginas/PubMed.aspx>.

Capítulo 90

CUIDADOS EN EL ASEO Y LA PIEL DE UN RECIÉN NACIDO POR EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

ANDREA GONZALEZ TATO

MARTA ESCALADA PERTIERRA

PATRICIA CABELLO IGLESIAS

ADRIAN REGUERAR FERNANDEZ

1 Introducción

El aseo del recién nacido o neonato es una función necesaria que debemos realizar pasadas las 24 horas de su nacimiento. La protección de la piel es de suma importancia, esta actúa como barrera y protección para no llegar a contraer una infección. Debemos respetar las primeras horas de vida antes del aseo, podría haber riesgo de hipotermia y no supondría ningún beneficio.

La piel del recién nacido tiene un pH neutro y está cubierta de vérmix caseosa. Un material con propiedades hidratantes, aislantes, antimicrobianas y antioxidantes. Pasadas las 24-48 horas habrá menos riesgos. Una vez se haya caído el cordón umbilical, se podrá proceder a realizar un baño al día por inmersión. Nunca antes, podría haber riesgo de hipotermia y no supondría ningún beneficio.

Este proceso será enseñado a las madres primerizas haciéndolas partícipes, dándoles una explicación de las técnicas adecuadas para realizar el aseo de sus bebés y de cuáles son las condiciones óptimas apropiadas.

Respetar todas las recomendaciones durante el periodo neonatal es esencial. Las 4 primeras semanas de vida de un neonato tiene cambios rápidos, puesto que están aprendiendo los hábitos de alimentación, junto con sus primeros vínculos familiares.

En este capítulo se desarrollarán las funciones a realizar junto con la Enfermera, como técnicos de enfermería podremos efectuarlas en su tarea profesional.

2 Objetivos

- Exponer la práctica adecuada de cuándo y cómo hacer el aseo desde el trabajo del Auxiliar de enfermería.
- Explicar las complicaciones que supondría una mala práctica del aseo con el neonato y el cuidado de su piel.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, hemos realizado una búsqueda sobre las publicaciones ya existentes en libros, revistas 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

En las primeras horas hay que evitar la pérdida de calor y la eliminación del vórmis de la piel del recién nacido. Para ello es necesario, no lavar, ni limpiar con jabón. De igual manera evitar la irritación en la piel.

- Lavar las manos y usar guantes estériles.
 - Limpiaremos los restos de sangre del parto, principalmente la cabeza.
 - No limpiar las zonas de la piel que no lo necesiten.
 - Se limpiará la zona del cordón umbilical con agua tibia y jabón neutro sin aditivos, secar muy bien.
 - No usar antisépticos, puede retrasar la caída del cordón umbilical. Solo se usará en caso de onfalitis (Infección del ombligo).
 - Se limpiará la zona del periné, eliminando el meconio pegado a la piel. En niñas limpiar y secar de delante hacia atrás.
- Para poder hacer el baño por inmersión, una vez se haya caído el cordón umbilical, se recomienda:

- Llenar bañera $\frac{3}{4}$, la temperatura del agua antes de la inmersión estará a 44 grados y adecuar para la inmersión a 34 grados.
- Preparar el material a utilizar.
- Lavar las manos y usar guantes.
- Proceder al baño y explicaremos a los padres como hacerlo.
- La sujeción del bebe, será de forma que la cabeza, el cuello y los hombros reposen sobre el brazo. Y la mano sujete de forma segura al niño por debajo de la axila. Con la otra mano la esponja con muy poco jabón.
- No usar cremas emolientes, evitar productos perfumados, pueden ser sensibilizantes e irritantes.
- El baño no debe de durar más de 5 minutos, pues la temperatura del agua disminuye.
- Se le secará con pequeños toquecitos con una toalla y con cuidado de que los pliegues queden bien secos.
- En la zona umbilical tener cuidado y secar muy bien.
- Si la piel está irritada o seca se le podrá poner aceite y cremas sin aditivos.
- Se vestirá al recién nacido de prisa y se hará la piel con piel con la madre.

5 Discusión-Conclusión

El papel del Técnico Auxiliar de Enfermería dentro del equipo neonatal, es el de enseñar los métodos de aseos adecuados y del cuidado de la piel a la madre.

Una mala actuación a la hora del aseo, podrían ocasionar problemas graves para el recién nacido. Hacer el aseo antes de lo indicado puede suponer una hipotermia. Usar jabón, puede causar la eliminación del vórmix. La eliminación del olor del líquido amniótico de las manos del recién nacido, ya que esta es importante a la hora de la lactancia.

En el cuidado de la piel, es muy importante no usar cremas y aceites emolientes, pueden irritar y sensibilizar gravemente la piel del neonato.

6 Bibliografía

1. https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/580d19a2-436f-4876-ac5c-72e6b0775601/ce3f63de-4c2c-4887-b6c6-2d36fa778e5d/Gu%C3%ADa%20de%20consenso_DEF.pdf

2. <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/aseo-en-recien-nacido#:text=Se%20debe%20emplear%20un%20jab%C3%B3n,enfri%C3%A9%20y%20el%20ni%C3%B1o%20tambi%C3%A9n.>

Capítulo 91

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA FUNCIÓN DE NUTRICIÓN

ELIA GARCÍA GALAN

ERNESTO JONATHAN GARCÍA QUINTANILLA

1 Introducción

Según la OMS, la alimentación es un “proceso consciente y voluntario que consiste en el acto de ingerir alimentos para satisfacer la necesidad de comer” y la nutrición es la “ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.” Por tanto, la nutrición va más allá del acto de satisfacer el apetito y toma en cuenta tanto la cantidad como las propiedades nutricionales de los alimentos.

Cuando encuadramos la actividad de la alimentación en un centro asistencial, ya sea hospital, residencia, centro de atención a personas con diversidad funcional, etc, deberíamos referirnos, por tanto, a nutrición. Consecuentemente, las dietas que se ofrecen a los usuarios estarán adaptadas a ellos en textura y nutrientes, y según su composición, se buscará evitar intolerancias y favorecer el adecuado tránsito intestinal. Así podemos decir que existen dietas: hipocalóricas, hiposódicas, hiperprotéicas, astringentes, laxantes, y muchas otras combinaciones. En cuanto a su textura, las dietas pueden ser: líquidas, semilíquidas, túrmix, blanda, basal, espesada (en caso de disfagia a líquidos), etc.

El TCAE debe conocer esta variedad y comprobar que la dieta de cada paciente sea la correcta, especialmente, en el caso de las dietas para personas disfágicas

y alérgicas a algún alimento. Además, deberá supervisar o ayudar en caso de necesidad.

2 Objetivos

- Explicar los diferentes tipos de alimentación según la vía de acceso de los nutrientes y sus técnicas de administración.
- Describir los aspectos a tener en cuenta antes y durante la actividad de nutrición.
- Enunciar los pasos sucesivos para llevar a cabo la intervención en el caso de dar de comer a un paciente dependiente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Habitualmente, los nutrientes que los pacientes precisan para mantener las funciones vitales, son obtenidos a través del sistema digestivo, cuya vía de acceso natural es la cavidad bucal, hablamos entonces de alimentación oral. Puede ser autónoma o precisar ayuda por parte del TCAE para llevarse a cabo, es el caso que veremos con posterioridad más detenidamente.

La nutrición parenteral es aquella que se administra mediante un catéter intravenoso y consigue entrar al torrente sanguíneo. Se utiliza en algunas ocasiones en que es necesario dejar reposar el sistema digestivo o porque este sea incapaz de hacer su función como transformador del alimento en nutrientes.

Cuando se emplea la vía enteral, el sistema digestivo continúa realizando su función, pero la vía de entrada natural se descarta. Existe imposibilidad para masticar o tragar o hay falta de apetito que origina desnutrición severa.

La alimentación enteral puede conseguirse mediante diferentes técnicas, su elección es bajo criterio médico tomando en consideración su carácter temporal o definitivo. Así, cuando se prevea a corto plazo, no se emplearán técnicas quirúrgicas, sino que se administrará mediante diferentes tipos de sondas que, habit-

ualmente, se introducen por la fosa nasal, a saber: nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal. El alimento será insertado mediante jeringa, bomba de infusión o por gravedad.

Si es una nutrición enteral a largo plazo se colocará una PEG (gastrostomía endoscópica percutánea) o una PEJ (yeyunostomía gastroscópica percutánea. En ambos casos, se implanta mediante cirugía una sonda, bien en el estómago en el primer caso o en el yeyuno, en el segundo caso, que sale al exterior y desde donde se transportarán los nutrientes suministrados, de nuevo mediante jeringa, bomba de infusión o gravedad.

Lo más común es que la dieta de una alimentación enteral a largo plazo sea una fórmula comercial a base de alimentos homogeneizados con textura líquida o semilíquida.

En este capítulo nos ocuparemos de exponer las técnicas y precauciones que se deben tener en cuenta para ayudar a la nutrición de un paciente dependiente, garantizando su seguridad y comodidad durante la realización de las comidas.

En primer lugar, se informará a la persona de que va a comenzar a comer, se intentará conseguir su máxima atención y colaboración.

La postura del paciente será fowler o semifowler mientras dure la comida y se mantendrá en la media hora u hora siguiente, para evitar que se produzca reflujo y riesgo de aspiración. Si tiene que permanecer acostado tras ese tiempo, se colocará en decúbito lateral izquierdo por si se produjera un vómito.

Se colocará babero o servilleta en el pecho del paciente y así evitar manchas o salpicaduras.

Se comprueba la textura y la temperatura, así como la concordancia de la dieta prescrita.

Cuando se inicie la alimentación, la cuchara debe aproximarse a la boca del paciente desde el frente, a la misma altura, para evitar hiperextensión del cuello al tragar, que podría provocar atragantamientos y broncoaspiraciones de alimentos a la vía aérea.

Deben ofrecerse pequeñas cantidades y esperar a que dé tiempo a masticar y tragar, el TCAE habrá de asegurarse de que no quedan restos de alimentos antes de introducir la siguiente toma.

Cuando se ingieran líquidos, ha de procurarse que el paciente no extienda el cuello al tragar, para ello existen vasos con abertura nasal que permiten su inclinación manteniendo el cuello en posición neutra. Cuando no esté contraindicado, pueden utilizarse pajitas o boquillas anatómicas en los vasos, sobre las que cerrar los labios.

Tras finalizar se procederá a recoger la bandeja, retirar el babero o servilleta y

realizar una correcta higiene de la boca, manos y cavidad bucal.

5 Discusión-Conclusión

La nutrición adecuada al paciente convaleciente es una parte importante de su proceso de recuperación. Dadas las diferentes características de las personas que sufren, según qué patología, el tipo de dieta debe estar adecuadamente estudiado, al igual que la forma de administración, la cantidad y la textura.

En los casos en que el auxiliar ayude a la persona en esta actividad, cobra relevancia la relación que ocupan en el espacio y el ángulo de administración, la velocidad, la comunicación verbal y no verbal y, por supuesto, la supervisión constante para evitar, en la medida de lo posible, incidentes que generen complicaciones en la salud de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Maria Juliana Cortés Piqueras, Irene Cortés Piqueras, Maria Isabel Garcia Martinez. Cuidados del paciente encamado por el TCAE.
2. Técnicas Básicas de Enfermería 2019. Editorial Macmillan.
3. <https://revistamedica.com/administracion-nutricion-enteral-tcae>

Capítulo 92

TRATO DIGNO HACIA EL PACIENTE DESDE EL RESPETO A SU AUTONOMÍA

SELENE BENITO OTERO

JAVIER USOBLAGA MARTÍNEZ

1 Introducción

La dignidad es la manera en la que las personas sienten, piensan y se comportan en relación al valor de ellos mismos y de otros/as. La dignidad del paciente es un derecho fundamental que le corresponde por el hecho de ser humano, pero aún cobra una mayor importancia por su situación de vulnerabilidad como enfermo.

Durante un proceso de este tipo, la persona sufre cambios físicos y emocionales, pudiendo sufrir pérdidas ante las que se adapta modificando el concepto que tiene de sí misma. Otras personas, sin embargo, consiguen mantener su percepción de dignidad.

Actualmente, en sanidad se llevan a cabo de manera regular encuestas en centros de asistencia sanitaria para medir el nivel de satisfacción de los pacientes y usuarios, recogiendo datos que identifican aspectos del trato recibido, algunos de ellos relacionados con la dignidad, pero no la contemplan en todas sus formas.

Por otro lado, la intimidad es uno de los aspectos más valorados por los pacientes y familiares durante un proceso de salud. Sin embargo, en determinadas

situaciones, la intimidad durante procesos y exploraciones sensibles pasa a un segundo plano a favor de otras necesidades valoradas como básicas, lo que puede provocar en el paciente una cierta transgresión en sus valores.

La intimidad es uno de los aspectos imprescindibles y menos cuidados dentro de la asistencia sanitaria. Existen multitud de situaciones, como la hospitalización o la realización de pruebas o exploraciones, donde el paciente se ve sometido a una continua invasión de su intimidad en todos los aspectos.

Tanto la dignidad, como la intimidad del paciente pueden verse atacadas en el proceso de hospitalización, muchas veces por conductas relacionadas con los profesionales que trabajan en los centros. Por ello, un trato digno y un respeto a la intimidad del paciente son claves para una asistencia sanitaria de calidad.

2 Objetivos

Destacar la importancia del respeto a la dignidad e intimidad del paciente.

Abogar por un trato humanizado del paciente, y por un trato que todo ser humano merece.

Revisar los conceptos de dignidad e intimidad desde el punto de vista del paciente enfermo.

3 Metodología

Como método se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática, extrayendo información de diversas publicaciones y artículos científicos, revistas médicas y blogs relacionados con el tema.

Para acceder a toda esta información se utilizó la terminología: intimidad del paciente, dignidad del paciente, dignidad en sanidad, respeto al paciente, derecho a la intimidad, calidad de la asistencia sanitaria, trato con el paciente.

4 Resultados

La intimidad es un aspecto subjetivo, único en cada persona, influido por factores como la educación, la edad, el sexo, la etnia, la religión, etc. Teniendo en cuenta que el derecho a la privacidad, confidencialidad e intimidad es un derecho

esencial de los ciudadanos, reconocido y protegido por la ley, en ocasiones los pacientes lo echan en falta para sentirse cómodos durante su paso por el centro.

Para respetar la intimidad de los pacientes, es fundamental cumplir ciertas pautas de comportamiento, donde los profesionales entiendan la figura del paciente como una persona, y no como un simple objeto de cuidado.

El hecho de que una persona enferma necesite desvelar datos o aspectos que forman parte de su intimidad, cara a su recuperación, no significa que renuncie a ella, y espera que esos datos sean protegidos por todo el personal que le atienda.

Este respeto a la intimidad y a la autonomía del paciente abarca:

- Respeto a su intimidad física en exploraciones, cuidados y procesos de higiene.
- Derecho a no ser grabado y retratado a través de fotografías, videos y otros medios que expongan su identidad a terceros.
- Derecho a ser acompañados: todos los pacientes tienen derecho a ser acompañados por un familiar, cuidador o persona de su confianza salvo que, por circunstancias de su recuperación, fuese desaconsejable.
- Derecho a la confidencialidad: los profesionales tienen la obligación de guardar el secreto y no revelar datos sin el consentimiento previo del paciente.

Para que el paciente pueda mantener su intimidad salvaguardada, son necesarios una serie de requisitos:

- I. Espacios reservados para dar información
- II. Habitaciones de uso individual (recomendación). Mayor intimidad para el paciente.
- III. Habitaciones de uso compartido. Reducir el número de camas todo lo posible, utilización de cortinas separadoras en exploraciones o procesos de higiene.
- IV. Vestimenta de pacientes. Fomentar, en la medida de lo posible, la utilización de su propia ropa, o ropa cómoda y que ayude a preservar la intimidad más delicada.
- V. Evitar interrupciones durante la actividad asistencial en todo lo posible.
- VI. Presencia de alumnos. En el caso de la presencia de alumnos, explicar al paciente el motivo de su presencia, siempre pidiendo permiso previo del mismo.
- VII. Respeto a la confidencialidad de la información.
- VIII. Exploraciones “sensibles”. Comunicación con el paciente, explicando siempre lo que se le va a realizar.
- IX. Existencia de un régimen de visitas estricto pero justo.
- X. Protección de la documentación clínica propia del paciente.

Las conductas del profesional en el trato con el paciente deben basarse siempre

en el respeto a la intimidad y a la dignidad del mismo. A continuación, resumimos una serie de actuaciones a tener en cuenta:

- Los profesionales deben garantizar la intimidad del paciente durante todo el proceso asistencial, utilizando todos los medios que estén a su alcance.
- Adoptar conductas amables en la relación con el paciente, generando un ambiente relajado y privado, facilitando al paciente toda la información para que pueda tomar sus propias decisiones de manera autónoma (respeto a su autonomía).
- Mantener siempre actitud de escucha activa, centrándonos en sus inquietudes, transmitiendo interés.
- Utilizar un lenguaje comprensivo y adaptado a su nivel cultural, para conseguir que comprenda la información de manera adecuada.

Cabe recordar que los enfermos no nos pertenecen y que no es en vano invertir unos segundos en pedir su permiso antes de compartir su información. Se debe entender al enfermo como un sujeto libre, capaz de decidir por sí mismo, reconociéndolo y tratándolo de esta manera como persona adulta.

Durante el proceso asistencial, la dignidad del paciente puede verse gravemente afectada por el entorno físico, las actitudes de quienes le atienden y el modo en todo ello se realiza. Cuando la dignidad prevalece, los pacientes se sienten más seguros y autónomos. Por el contrario, cuando la dignidad se ve afectada, los pacientes se sienten devaluados, inseguros, humillados o avergonzados.

Condiciones que comprometen seriamente la dignidad del paciente:

- Pacientes hacinados, esperando el ingreso horas y horas
- Condiciones higiénicas poco adecuadas durante el proceso asistencial
- Condiciones de hospitalización que atenten contra la intimidad del paciente
- Condiciones de espacios con intimidad baja o nula

Por otro lado, existen actividades y procedimientos invasivos que pueden comprometer esta dignidad. Mencionaremos algunos de ellos:

- Baño en cama, ayuda en la ducha
- Colocación de cuña o botella para miccionar o defecar encamado/a
- Ayuda para usar el baño, incontinencia de orina
- Extracción de muestras de zonas sensibles (fluidos, fecalomas, etc.)

Reunimos una serie de recomendaciones para el trato personal-paciente, dentro

del respeto a su dignidad:

- Debemos presentarnos al paciente y familiares, incluyendo nombre y cargo. A su vez, es importante identificarnos con una tarjeta situada en nuestro uniforme.
- Preguntar al paciente como desea ser tratado. Evitar términos que invadan su confianza, como abuelito, madre, querido, corazón, etc. a menos que el paciente así lo manifieste.
- Es importante que cuidemos nuestro lenguaje corporal: estar de brazos cruzados al pie de la cama o evitar el contacto visual resulta desagradable .
- En presencia del paciente debemos evitar llamadas personales al móvil, así como conversaciones privadas sobre cualquier tema con otros compañeros.
- No debemos compartir información del paciente con personal que no esté directamente involucrado en su atención, ni discutir sobre ella en público.
- Es importante respetar y estar atento a las características culturales y religiosas de los pacientes, y respetarlas en todo momento.
- Avisar antes de entrar en una habitación.
- Debemos tener especial cuidado en el pudor de los pacientes, retirando solo las ropas necesarias.
- Evitar terminología vulgar, como bromas que puedan ser malinterpretadas.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la asistencia hospitalaria dificulta en ocasiones salvaguardar de una manera íntegra el derecho a la intimidad y a la dignidad de los pacientes, entendemos que, como profesionales de sanidad, debemos hacer todo lo posible para que así sea, utilizando los recursos con los que contamos que muchas veces, por agilizar la asistencia, dejamos de lado.

Entendemos que cada uno de nosotros tenemos unos valores y principios muy personales, adquiridos durante nuestra vida y experiencia, pero el respeto a la dignidad del paciente debería de ser algo intrínseco en cualquiera de nosotros. En algún momento de nuestra vida, ya sea por el paso de los años o por problemas de salud, todos nos veremos en una situación de asistencia que atente contra nuestra dignidad, que ponga en jaque nuestra intimidad, y el trato y el respeto que recibamos por parte del personal del hospital marcará la diferencia y nos facilitará, aunque sea un poco, nuestro proceso de curación.

6 Bibliografía

- 1- B. Campillo et al. (Mayo 2020) Percepción del respeto y mantenimiento de la dignidad en pacientes hospitalizados.SciELO. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2020000100061
- 2- C. Rendón et al. (2019) Asistencia e intimidad del paciente: una perspectiva global. Revista Ocronos. Recuperado de: <https://revistamedica.com/asistencia-intimidad-del-paciente/>
- 3- R. Franco (4 de junio de 2016) La dignidad del ser humano cuando se es paciente. Blog Raquel Franco. Recuperado de: <http://raquelfrancovalenzuela.com/la-dignidad-del-paciente/>
- 4- (septiembre 2015) Intimidad en la atención sanitaria. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Recuperado de: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-25-intimidad-en-la-atencion-sanitaria/>

Capítulo 93

LA HIGIENE DE MANOS EN UN MEDIO QUIRÚRGICO CON SOLUCIÓN ALCOHÓLICA

ANDREA GONZALEZ TATO

MARTA ESCALADA PERTIERRA

PATRICIA CABELLO IGLESIAS

ADRIAN REGUERAR FERNANDEZ

1 Introducción

Uno de los aspectos fundamentales en los hospitales es la higiene. Para el control de infecciones. Los centros hospitalarios son conocidos como unos de los principales transmisores de enfermedades. Habiéndose contagiado infecciones a pacientes, estos a familiares, entorno y así provocando a su paso una epidemia. Uno de los problemas más frecuentes en la población es cuando aparece una infección nosocomial u hospitalaria. Originando a su paso numerosas muertes y cada vez hay más casos de pacientes infectados en hospitales.

Una de las formas más comunes de contagiar enfermedades es a través de las manos del personal sanitario, o a través de objetos contaminados.

Siendo las manos uno de los mayores vínculos para transmitir infecciones, cultivando numerosos microorganismos, siendo de así de gran importancia el lavado de manos.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define las infecciones nosocomiales, como una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección.

Siendo de gran importancia proporcionar unas pautas a los profesionales sanitarios, a los pacientes y visitantes sobre la importancia que tiene la una buena higiene de manos para prevenir la transmisión de las infecciones nosocomiales, los pasos que deben seguir para llevar a cabo una correcta higiene de manos, la frecuencia y los momentos en los que se tiene que realizar.

2 Objetivos

- Dar pautas a seguir para un buen lavado de manos quirúrgico.
- Exponer la eficacia que tendrían las soluciones de hidroalcohol en el lavado de manos.

3 Metodología

Se elabora una búsqueda e investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente sobre el lavado de manos quirúrgico con hidroalcohol. Usando como base de datos: Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una de las medidas más antiguas y actualmente una de las más eficaces, es el lavado de manos, controlando así la infección nosocomial.

Con los avances tecnológicos actualmente hay nuevos productos como son las Soluciones Alcohólicas.

En procedimientos quirúrgicos es muy importante el lavado de manos para llegar a conseguir asepsia, antes y después de una intervención.

Existen dos lavados de manos quirúrgicos:

- Jabón antiséptico.
- Solución alcohólica.

El lavado de manos con solución alcohólica es más eficaz que el lavado de manos tradicional y posee mayor eficacia antibacteriana.

La OMS recomienda que las concentraciones sobre el hidroalcohol son del 75% v/v de isopropanol o 80% v/v de etanol.

El proceso realizado debe de llevar un orden:

- 1° Poner en palma de las manos una dosis de solución hidroalcohólica.
- 2° Extender la solución con movimientos circulares y de fricción en las manos.
- 3° Frotar palma de una mano con el dorso de la otra y lo mismo con la otra mano.
- 4° Con los dedos enlazados, se procede a frotar las manos.
- 5° Restregar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano contraria, agarrándose los dedos.
- 6° Con la otra mano, frotando cada uno de los dedos uno por uno.
- 7° En la palma de la mano con los dedos hacer movimientos circulares.
- 8° Hacer este proceso hasta que las manos queden totalmente secas. Se estima Con una duración de 20 a 30 segundos.

La OMS nos recuerda y recomienda 5 momentos para realizar la higiene de manos, en el ámbito sanitario:

1. Antes de tocar al paciente.
2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
4. Después de tocar al paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Una práctica adecuada del aseo de manos quirúrgico con alcohol logra una alta asepsia. A los profesionales sanitarios, les causa problemas al hacer un lavado de manos en muchas de las ocasiones, por alta ocupación y por falta de personal sanitario.

Este aseo aporta una serie de beneficios:

- No es necesario el gasto de agua.
- Genera una mayor accesibilidad.
- No requiere secado, se evapora.
- Un menor tiempo de lavado.
- Menos coste.
- Menor irritación dérmica.
- Menos microorganismos en las manos.

Sería importante implementar más cursos sobre el aseo de manos, para fomentar una buena técnica y concienciar de la importancia del aseo de manos, frente a posibles infecciones nosocomiales. Para evitar la transmisión y posibles pandemias.

6 Bibliografía

1. <https://medes.com/publication/109471>
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/higiene-de-manos-en-el-ambito-quirurgico/>

Capítulo 94

EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO. QUÉ ES, SÍNTOMAS, CAUSAS, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

MARTA ESCALADA PERTIERRA

PATRICIA CABELLO IGLESIAS

ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ

ANDREA GONZALEZ TATO

1 Introducción

El túnel carpiano es un conducto estrecho situado un poco por encima de la palma de la mano, donde se realiza el movimiento de flexión y extensión de la muñeca. Lo forman los huesos y los ligamentos de la muñeca. A través del túnel carpiano pasa el nervio medio y los tendones flexores de los dedos. El ligamento transversal del carpo es una banda de tejido conectivo que va de lado a lado del túnel carpiano, cubriendo los tendones flexores y el nervio mediano. El síndrome del túnel carpiano se da cuando alguno de los componentes del túnel carpiano aumenta su tamaño y a consecuencia de esto el nervio mediano pasa a estar más comprimido. Esa compresión hace que se sienta hormigueo en la mano, adormecimiento, dolor, pérdida de sensibilidad y una cierta torpeza entre otros. Dependiendo del motivo por el que aparece este síndrome, los síntomas pueden desaparecer o por el contrario pueden ir en aumento. El tratamiento puede ser a nivel local, con medidas conservadoras para aliviar los síntomas o mediante cirugía, en ambos

casos los resultados suelen ser satisfactorios. Suele ser el traumatólogo, quien diagnostique la enfermedad mediante un examen físico de la zona, un ultrasonido o un electromiograma.

2 Objetivos

- Explicar que es el síndrome del túnel carpiano.
- Identificar cuáles pueden ser las posibles causas.
- Mencionar cuál es el pronóstico y el tratamiento.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha realizado una búsqueda sistemática en revistas y artículos de las principales bases de datos como son SCOPUS, PUBMED Y SCIELO, así como una investigación sobre la diferente literatura científica existente, descartando los artículos anteriores a los últimos cinco años. También se emplean para la búsqueda palabras clave como túnel carpiano, nervio mediano muñeca.

4 Resultados

El túnel carpiano es un canal estrecho situado en la muñeca, por encima de la palma de la mano, donde se realizan los movimientos de flexión y extensión de la muñeca. Le dan la forma los huesos y los ligamentos de esa zona de la muñeca. Por encima del canal, de lado a lado lo cubre una capa de tejido conectivo llamado ligamento transversal del carpo. Por este canal pasa el nervio mediano que da sensibilidad a la mano y ayuda al movimiento de los dedos (menos al meñique). También pasan los tendones que ayudan a los huesos de la mano a hacer el movimiento de estos.

El síndrome del túnel carpiano es cuando se ejerce una mayor presión en el nervio mediano. Normalmente afecta a las personas de más de treinta años y son muchas las causas que pueden dar lugar al síndrome del túnel carpiano, entre ellas podemos encontrar: factores anatómicos (lesión, artritis, etc.), el sexo (más frecuente en mujeres), diabetes, cambios hormonales (embarazo), actividades manuales repetitivas. Los síntomas son variados, hormigueo, dolor, calambres, la persona puede sentir torpeza al haber debilidad por pérdida de fuerza, etc. Todo esto puede perjudicar a las actividades de la vida diaria de la persona. Alterando en algún momento su forma de vida. Los síntomas pueden aliviarse

a nivel local con medidas preventivas como puede ser, evitar dormir sobre las muñecas, realizar ejercicios suaves, mantener una postura adecuada, evitar que se enfrien las muñecas, hacer un cese temporal de la actividad que se desarrolla, tomar medicación para el dolor y la inflamación.

El médico puede diagnosticar el síndrome del túnel carpiano realizando un examen físico, mediante un ultrasonido o un electromiograma (ambas pruebas evalúan el nervio), tras los resultados puede proponer medidas locales o la cirugía. En el caso de la cirugía puede ser abierta mediante un único corte o por endoscopia con dos pequeñas incisiones, en ambos casos se corta el techo del túnel carpiano, es decir, el ligamento carpiano transversal liberando así la presión que se venía ejerciendo en el nervio mediano.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome del túnel carpiano es una lesión frecuente en las muñecas, puede verse afecta una o las dos muñecas. Este síndrome aparece cuando el espacio en el túnel carpiano disminuye y el nervio mediano se ve presionado.

Causas:

- Lesiones en las muñecas (traumatismo).
- Sexo (más frecuente en mujeres).
- Cambios hormonales (embarazo).
- Algunas enfermedades (diabetes).
- Actividades repetitivas.

Síntomas:

- Dolor.
- Calambres.
- Hormigueo.
- Sensación de torpetas.
- Pérdida de sensibilidad.
- Debilidad.

Tratamiento:

- A nivel local, medidas para aliviar síntomas.
- Cirugía. Abierta o por endoscopia.

El síndrome del túnel carpiano a pesar de ser una enfermedad que en un principio puede llegar a ser engorrosa, ya que las manos las utilizamos constantemente con unas medidas ya sean locales o mediante cirugía suele tener muy buenos resultados con una óptima recuperación.

6 Bibliografía

- 1- Síndrome del túnel carpiano. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000433.htm>
- 2- <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/sindrome-tunel-carpiano>
- 3- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832004000400006

Capítulo 95

LA CELULITIS INFECCIOSA. QUÉ ES, CUÁLES SON LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

MARTA ESCALADA PERTIERRA

PATRICIA CABELLO IGLESIAS

ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ

ANDREA GONZALEZ TATO

1 Introducción

La celulitis infecciosa es una infección de la piel causada generalmente por bacterias que viven en la superficie de la piel. Normalmente cuando la piel se lesiona las bacterias penetran en capas más profundas causando la infección. Puede aparecer a cualquier edad y puede variar la zona. Los síntomas van desde el dolor, eritema, puede haber fiebre, ganglios inflamados entre otros. En la mayoría de los casos con un tratamiento adecuado desaparece, pero si no es tratada puede llegar a complicarse y poner en riesgo la vida. Entre los factores que aumentan el riesgo de la celulitis infecciosa son las lesiones de la piel, el sobrepeso, las enfermedades de la piel o un sistema inmunitario debilitado entre otras. La mejor prevención es el cuidado del cuerpo, de la piel y hacer especial hincapié en las heridas. Es recomendable que las personas con diabetes o con mala circulación

tomen precauciones adicionales para prevenir las lesiones por ser más propensos a ellas. La celulitis suele tratarse en el domicilio, con antibióticos orales y medidas de confort y generalmente desaparece a los pocos días, pero en algunos casos es necesario el ingreso hospitalario junto con un tratamiento más prolongado pero con muy buenos resultados.

2 Objetivos

- Explicar que es la celulitis infecciosa y las causas que llevan a ella
- Exponer los diferentes tratamientos y sus resultados.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se buscan palabras claves como celulitis y celulitis infecciosa. También se lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente sobre el tema y se hace una búsqueda sistemática de libros y artículos en las principales bases de datos: PUBMED, MEDLINE y SCIELO, seleccionando aquellos artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas en los últimos cinco años.

4 Resultados

La celulitis infecciosa no es una enfermedad que se pueda contagiar de una persona a otra. Es una infección de la piel causada por bacterias, siendo las más comunes el estafilococo y estreptococo. La celulitis aparece en la superficie de la piel, pero también puede afectar los tejidos interiores. La infección puede propagarse a los ganglios linfáticos y torrente sanguíneo. Es una enfermedad común, puede aparecer a cualquier edad y en cualquier parte del cuerpo aunque suele haber zonas más propensas, pero si no se trata a tiempo puede haber complicaciones llegando incluso a poner en riesgo la vida. Hay muchos factores de riesgo que pueden derivar en una celulitis, como son heridas en la piel, enfermedades vasculares, picaduras o mordeduras, úlceras, consumo de medicamentos que suprimen el sistema inmunitario... Los síntomas son variados, dolor y sensibilidad en la zona afectada, enrojecimiento o hinchazón de la piel, piel estirada, brillante, calor en la zona, pus, fiebre... si la situación se complica pueden aparecer temblores, escalofríos, sensación de malestar, fatiga, dolores musculares entre otros. Será un médico el encargado de diagnóstica la celulitis mediante la

observación de los signos. Tras el diagnóstico, en los casos leves, probablemente recetará antibióticos por vía oral y analgésicos en caso de ser necesarios y unas pautas o recomendaciones para mejorar los síntomas como pueden ser mantener el área infectada elevada o por encima del corazón para reducir la inflamación y permanecer en reposo el mayor tiempo posible. En unos diez días la infección desaparecerá. En los casos más graves será necesario el ingreso hospitalario donde se proporcionaran los cuidados necesarios para remitir la infección. En caso de no ser tratada o que las medidas aplicadas no den los resultados esperados aparecerán complicaciones como sepsis, osteomielitis, endocarditis, shock, gangrena, etc. Para prevenir la celulitis infecciosa es importante cuidar la piel, haciendo especial hincapié en las heridas que puedan aparecer en ella (algunas no se ven a simple vista).

5 Discusión-Conclusión

La celulitis infecciosa es una infección que puede aparecer a cualquier edad y en cualquier parte del cuerpo. La mejor prevención es el cuidado de la piel y mantener un estado de alerta en personas que presenten una mayor predisposición a padecerla. Es una infección común, que bien tratada puede remitir del todo, pero de no ser así puede dar lugar a graves complicaciones. Los signos son visibles en la zona afectada, dolor, enrojecimiento, calor, etc. facilitando así su diagnóstico por parte del médico. El tratamiento es a base de antibióticos y/o medidas locales. Puede ser tratada de forma ambulatoria en el domicilio aunque en ocasiones es preciso el ingreso hospitalario.

6 Bibliografía

- 1- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cellulitis/symptoms-causes/syc-20370762>
- 2- Celulitis infecciosa. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000855.htm>
- 3-<https://icloudhospital.com/es/articles/celulitis-infecciosa-tipos-causas-y-tratamiento>

Capítulo 96

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO

FATIMA SOHORA LAACHIRI MOHAMED

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

Objetivo principal:

- Conocer algunas recomendaciones para mejorar la utilización del marcapasos.

Objetivos secundarios:

- Saber cuando acudir al equipo sanitario para resolver dudas.
- Observar qué cuidados estrictos se deben llevar a cabo en el postoperatorio.
- 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 frezado 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 acordadas 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 97

FISIOTERAPIA EN LESIONES DEPORTIVAS: CODO DE TENISTA

TANIA POLO MORO

1 Introducción

Fisioterapia y Deporte son dos conceptos estrechamente unidos. Las lesiones son alteraciones del aparato locomotor que se producen durante la realización de actividades físicas y están relacionadas con la práctica de un deporte

La epicondilitis, codo de tenista o tendinitis del codo, aunque también se le ha dado el nombre de codo del carpintero, del timonel o latiguillo del político, del camarero, en definitiva de toda profesión que conlleve un movimiento repetitivo. Runge la describe en 1873. Se debe a movimientos repetitivos tanto en deporte como en profesiones, siendo la última la causa más común.

S causado por una inflamación en la inserción de los músculos epicondíleos, normalmente en el segundo radial y el extensor común de los dedos. La articulación del codo está formada por tres huesos: húmero, radio y cúbito. Los epicóndilos son unas protuberancias óseas en la parte inferior del húmero tanto en el lado interno como en el externo.

A la protuberancia ósea de la parte externa del codo se le llama epicóndilo externo o lateral. La protuberancia de la parte interna epicóndilo interno o medial. Los músculos, ligamentos y tendones mantienen unida la articulación del codo. El tendón causante normalmente del temido codo de tenista es el extensor radial corto del carpo.

2 Objetivos

- Conocer la anatomía de la articulación del codo junto con los posibles tratamientos para disminuir el dolor e incluso desaparecerlo

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web, libros especializados y en las bases de datos: Scielo, ClinicalKey, Dialnet, Medline, Pubmed, Up to Date, y google académico. Se emplearon como descriptores: dolor de codo, fisioterapia en codo de tenista, lesiones deportivas, EPI.

4 Resultados

La duración media de un episodio suele estar entre los 6 y los 24 meses, aunque el 89% se recupera en menos de un año.

En un primer momento los primeros síntomas pueden aliviarse con crioterapia (hielo), seguido de reposo en fases más avanzadas y acompañado de tratamiento fisioterápico. En casos graves o de larga duración catalogados como crónicos se puede decir intervenir quirúrgicamente, aunque no se recomienda mucho.

El tipo de tratamiento puede ser tratamiento quirúrgico, darle descanso al brazo suspendiendo participación en actividades de trabajo pesado y deportes durante varias semanas. Medicinas antiinflamatorias no esteroideas. Los medicamentos como la aspirina o ibuprofeno reducen el dolor y la inflamación.

Los ejercicios específicos para epicondilitis suelen resultar beneficiosos para fortalecer la musculatura del antebrazo. Usar un brazaletes en la parte posterior del antebrazo puede ayudar a aliviar los síntomas. Las inyecciones con esteroides, como la cortisona, son medicinas antiinflamatorias muy efectivas. También se puede realizar inyecciones con factores de crecimiento. Ondas de choque.

El tratamiento fisioterápico :

- Terapia Manual: Mulligan. Consiste en movilización articular suave por parte del fisioterapeuta y un movimiento activo por parte del paciente. Esta técnica ha demostrado aumentar la fuerza de prensión manual, disminuir el dolor y aumentar la funcionalidad.
- Masoterapia: de la musculatura extensora y flexora (musculatura antagonista).
- Electroterapia: Us, láser, OC, indiba...

- Vendaje neuromuscular
- Punción seca sobre puntos gatillos miofasciales. Terapia invasiva con agujas que puede ser usada si se encuentran puntos gatillo. . Los puntos gatillo pueden localizarse en el supinador largo y extensor común de los dedos.

Existen dos técnicas complementarias que reducen el dolor, mejoran la lesión y se dice que participan en el proceso de recuperación del tendón, pero no está demostrado:

- ondas de choque: fomentan la regeneración de los tejidos dañados. Producen efecto analgésico, antiinflamatorio y elimina los depósitos de calcio.
- Epi, Epte: una corriente galvánica en la zona del tendón degenerado mediante una aguja provocando una respuesta inflamatoria y activando el proceso de reparación. EPTE se basa en intensidades bajas con largo tiempo de aplicación y EPI por intensidades altas con menos tiempo de aplicación, siendo la EPI considerada más dolorosa.
- Fibrólisis diacutánea
- Neuromodulación del nervio radial
- Ejercicio terapéutico: El ejercicio isométrico es la mejor opción para reducir el dolor como ejercicios de extensión de muñeca, apretando el puño, ejercicios de giro de muñeca, flexión...

5 Discusión-Conclusión

La epicondilitis con fisioterapia evoluciona de forma muy positiva. Cuando se usan solamente técnicas pasivas, el riesgo de volver a recaer es elevado, sobre todo en tendinopatías degenerativas asociadas al deporte.

Recomendable no comenzar con las actividades hasta que la inflamación haya disminuido, ya que puede agravar la afección. La efectividad del tratamiento conservador en codo de tenista es evidente y demostrado.

Es recomendable tratamiento de tendón conservador junto con ejercicios de fortalecimiento, fundamentalmente excéntricos que no dañan la zona de lesión y consiguen una mejoría a largo plazo sin en muchas ocasiones recaer.

No es recomendable la intervención quirúrgica aún en casos muy graves porque los resultados no siempre son positivos, muchas limitaciones en articulaciones del codo son producto de dichas intervenciones.

6 Bibliografía

1. Batiz, U. (2017, 17 diciembre). Aplicación de Kinesiotape para la epicondilitis o codo de tenista. FisioOnline. <https://www.fisioterapiaonline.com/videos/aplicacion-de-kinesiotape-para-la-epicondilitis-o-codo-detenista>
2. Codo de tenista - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic. (2019, 14 febrero). <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/tenniselbow/diagnosis-treatment/drc-20351991>
3. Descubre qué es la punción seca y sus utilidades. (s. f.). Fisiofocus - formación especializada en fisioterapia. Recuperado 30 de octubre de 2022, de <https://www.fisiofocus.com/es/articulo/descubre-que-es-la-puncion-seca-ysus-utilidades>
4. Flores, D. B. (2018, 5 abril). Lesiones deportivas: causas y clasificación. FisioOnline. <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/lesionesdeportivas-causas-y-clasificacion>
5. Google Libros. (s. f.). Recuperado 30 de octubre de 2022, de <https://books.google.es/?hl=es>
6. Qué es la epicondilitis: causas, síntomas y tratamiento. (s. f.). Recuperado 30 de octubre de 2022, de <https://farmaciabolos.com/blog/epicondilitis-sintomas-ytratamiento/>
7. Ramírez, A. (2001). Lesiones deportivas: un análisis psicológico de su recuperación. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=144088>
8. SciELO - Scientific Electronic Library Online. (s. f.-b). https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext

Capítulo 98

TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA DE EXTREMIDADES INFERIORES POR PARTE DE FISIOTERAPIA

BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ

MARIA ROSA GARCIA LEON

MARTA VELASCO JIMENEZ

RAQUEL GUARINOS LÓPEZ

MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO

1 Introducción

Los linfomas de las extremidades inferiores se describen como parte del término dentina. Actualmente, el término se reserva para la etapa final de la progresión de la insuficiencia linfática. El trastorno que conduce a tal cuadro está asociado con la disfunción del sistema linfático. Ya sea primaria o secundaria, la fisiopatología conduce a la formación de un sistema intersticial macromolecular. Los estudios del sistema linfático ayudan a identificar cambios anatómicos en los diversos vasos que componen el sistema linfático. La extensión, modificación de líneas anatómicas y su modificación funcional están disponibles a través de estudios a veces complejos que permiten una mejor comprensión de los matices asociados con diferentes patrones de linfedema. La importancia de mitigar el estancamiento depende de la gravedad del brote. El tratamiento del linfedema de

las extremidades se basa en gran medida en la terapia de ejercicios para curar y combatir las infecciones que exacerban la disfunción del sistema linfático. Los tratamientos incluyen drenaje linfático, aire comprimido y hielo para reducir el volumen. Para guardar el resultado, se requiere una edición de compresión asistida. A partir de la evidencia sobre el linfedema contenida en artículos revisados por pares, podemos concluir que un diagnóstico preciso, un examen físico para determinar la gravedad y pruebas adicionales mejorarán significativamente la calidad de vida del paciente.

2 Objetivos

Indicar y explicar el enfoque del linfedema de miembro inferior por parte del equipo de fisioterapeutas de los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El linfedema se define como un aumento anormal de líquido rico en proteínas en el intersticio debido a un cambio marcado en la capacidad de transporte linfático. Una vez que el linfedema se ha estabilizado, no es necesario ningún tratamiento, por lo que los objetivos se centran en la reducción de volumen, el alivio de los síntomas y la prevención de la progresión y las complicaciones. Esta es una enfermedad genética rara causada por daño a los vasos linfáticos: linfedema primario o enfermedad de Milroy (linfedema congénito). Enfermedad de Meige (linfedema precoz). Inicio tardío, 35 años, y el linfedema secundario puede dañar los vasos sanguíneos, los vasos linfáticos, la cirugía, la radioterapia para el cáncer, el cáncer, la infección, etc. El método de diagnóstico del linfedema es observar el edema para identificar su gravedad. El tratamiento del linfedema se basa casi exclusivamente en clases de rehabilitación y, por lo tanto, entra en la categoría de servicios dentro de la especialidad de medicina física y rehabilitación. Como

resultado, la determinación de la indicación de tratamiento, recomendaciones, seguimiento clínico y alta más adecuada corresponde al especialista en el campo de la fisioterapia y la rehabilitación. Este trabajo de investigación destinado a evaluar el linfedema, que consiste principalmente en el examen y examen de la piel, y la fisioterapia volumétrica (etapa y extensión), mejorará la salud de los pacientes después de la enfermedad y aumentará la capacidad de escape, así como vendajes linfáticos, vendajes de compresión y ayudas físicas para ayudar a reducir el dolor y la hinchazón. La medición volumétrica de propósito general (principalmente la medición de la frecuencia cardíaca) se ha convertido en una actividad de rutina para recopilar datos para determinar el estado del paciente individual y las necesidades de tratamiento y seguimiento, así como confirmar problemas graves y finalizar las visitas de seguimiento por parte de especialistas bajo la supervisión de la familia. Médico. Los objetivos principales del tratamiento del linfedema son reducir la morbilidad del paciente, reducir el peso corporal, restaurar la función, eliminar el dolor, reducir la fibrosis y prevenir y tratar los procesos infecciosos.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos teniendo en cuenta que existe variación entre cada paciente según el tipo de intervención, la duración de la inflamación, su gravedad, si recibió quimioterapia y/o radiación y la atención brindada, se puede decir que ambos tratamientos son efectivos, ya que refleja que en ambos casos es posible reducir el volumen del edema.

La detección temprana de los primeros síntomas es muy importante, por lo que le permite actuar con el tratamiento de recuperación temprana, ayudando a prevenir su evolución.

Según la Asociación de Cáncer Español, es una enfermedad olvidada que actualmente está afectando a 800,000 personas. Se trata de una acumulación de líquido en la zona de la intervención debido a una disminución de la función del sistema linfático.

6 Bibliografía

1. Es preciso que se haga partícipe de los cuidados específicos del linfedema a sus familiares o cuidadores para los posibles cambios que se deban hacer dentro de su domicilio adaptados a su nueva situación.

2. El tratamiento concienzudo de un linfedema debe ser realizado por un profesional con una formación específica en el tema. Cuando éste se encuentra cerca, 753 el tratamiento puede realizarse en su consulta si no hay problemas de accesibilidad.
3. Deben tenerse en cuenta la modificación de los hábitos de vida del paciente, el alejamiento de su casa y el coste diario de este tratamiento.
4. Una primera fase de choque cuyo objetivo es disminuir el volumen del miembro afectado y que consiste en realizar un drenaje linfático y aplicar posteriormente un vendaje de compresión. Este tratamiento debe ser realizado por un fisioterapeuta especializado. La segunda fase es para mantener la reducción del linfedema conseguido con la terapia física descongestiva y consiste en llevar una prenda de compresión durante todo el día. Ésta debe ser prescrita por un médico rehabilitador y confeccionada a medida por un técnico ortopeda.
5. En caso de notar fiebre o inflamación, escalofríos o enrojecimiento del miembro afecto, podría haber una infección, por lo que es importante que acuda a urgencias o a su médico de familia para recibir el tratamiento adecuado

Capítulo 99

FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ

MARIA ROSA GARCIA LEON

MARTA VELASCO JIMENEZ

RAQUEL GUARINOS LÓPEZ

MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO

1 Introducción

En fisioterapia la obstetricia es un sinónimo de tocología. Es la rama de la medicina que se encarga del estudio de la gestación, el parto y el puerperio (son las seis semanas de recuperación después del parto, que debe ser tanto física como psicológica).

Podemos describir la fisioterapia obstétrica como la parte de la fisioterapia que se acerca a la obstétrica en las etapas del embarazo, el parto y postparto, cubriendo aspectos preventivos y terapéuticos. Con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la mujer durante todo el proceso.

Todo ello como siempre con un trabajo multidisciplinar, donde estarán presentes: tocólogo, matrona, enfermera, fisioterapeuta, psicólogo, pediatra, dietista, etc. entre otros.

En España, hoy en día, aún está poco reconocida, en cambio en otros países como Bélgica, el fisioterapeuta está presente en todas las etapas descritas anteri-

ormente, y en Francia es una práctica legal e incluso recomendable, incentivando al uso de estas técnicas para la preparación al parto.

Gracias a la evolución histórica, investigación y evidencia clínica, la mayoría de la población está educada sobre la práctica de fisioterapia obstétrica, pero existen todavía muchas áreas desconocidas y que hoy en día aún son un tema tabú y de difícil acceso.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer y explicar en qué consiste la fisioterapia obstétrica, ya que todavía hoy en día hay un gran desconocimiento en la mayoría de la población y aún se trata como un tema tabú.

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

Debe tenerse en cuenta que durante el embarazo el cuerpo de la mujer sufre cambios integrales y puede llegar a límites funcionales. Todo ello puede dar lugar, entre otras cosas, a dolores (sobre todo en la espalda), problemas de circulación, edemas, trastornos articulares y musculares (siendo la zona más afectada el suelo pélvico). Por el contrario, este último puede dar lugar a disfunción o disfunción urinaria (incontinencia), problemas sexuales y anorrectales, y prolapso genital. La fisioterapia obstétrica puede evitar que estos problemas se vuelvan crónicos y mejorar la calidad de vida de la paciente en muchos aspectos personales, profesionales y sociales. Los fisioterapeutas obstétricos brindan servicios de seguimiento desde el inicio del embarazo hasta el parto, incluida toda la atención de fisioterapia necesaria, principalmente la evaluación y el tratamiento de los problemas del embarazo y el posparto.

Algunas de las siguientes aplicaciones terapéuticas se están desarrollando en el campo de la fisioterapia obstétrica.

- Preparar y adaptar las articulaciones y músculos implicados en el embarazo y el parto. Preste especial atención a su cintura pélvica y abdomen, perineo y diafragma.
- Enseñar y practicar eficazmente varias posturas y control y dirección de empuje espontáneo. Así evitas dañar los órganos pélvicos.
(vejiga, recto, útero) y los músculos del piso pélvico durante el parto. - Enseñar ejercicio positivo para reducir el dolor y mejorar la salud física y mental de las mujeres embarazadas. Adaptarse siempre a cada fase (estiramientos, ejercicios terapéuticos, abdominales, reducción de presión, etc.). Los abdominales de baja presión son ejercicios activos que fortalecen la cintura abdominal, los músculos del piso pélvico y el diafragma. Estos ejercicios se realizan en un estado descomprimido (eliminando la presión creada por el diafragma en los músculos abdominales y el piso pélvico), evitando así una presión dominante innecesaria en la cavidad abdominal. Además de eso, el ejercicio de descompresión tiene un efecto de succión en los órganos pélvicos. Intereses comunes con su práctica:
- Restauración de la postura corporal. - Reducir la circunferencia de la cintura. Restaurar la firmeza del suelo pélvico y la función sexual. - Alivia la tensión muscular.
- Alivia los síntomas de la incontinencia urinaria. - Mejora la circulación sanguínea en las extremidades inferiores.
- Utilizando técnicas de drenaje linfático manual, la retención de agua (linfedema gestacional), que es común en mujeres embarazadas, puede ayudar a reducir la fatiga de las piernas y mejorar su sistema inmunológico. - Tratamiento de cicatrices de nacimiento y adherencias (si las hubiera).
- Cultivar hábitos saludables, enseñar técnicas de relajación y profundizar la relación madre-hijo. El fisioterapeuta obstétrico también informa y aconseja a la paciente sobre las mejores técnicas de lactancia y ejercicios para facilitar la lactancia.
- Informar a la paciente sobre todos los cambios y problemas relacionados con el cuerpo también forma parte del proceso de tratamiento (anatomía pélvica, explicar los cambios anatómicos durante el embarazo, durante el embarazo, etc.). Esto te ayuda a saber cómo comportarte en cada momento (conocer los mecanismos del parto, síntomas y signos del parto, posiciones y empujones, etc.).

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de diversas técnicas del servicio de fisioterapia (masajes, estiramientos, terapia de ejercicios, etc.) es beneficiosa y positiva. Es eficaz en la prevención y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. La importancia de contar con un fisioterapeuta es más importante que la salud pública para poder apoyar a la mujer embarazada en todo momento (embarazo, parto y posparto). Todo esto se hace en un equipo multidisciplinario. Juntos, es posible reducir, prevenir o mejorar los problemas comentados anteriormente y así mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas en todos los niveles, físico, psicológico, social y profesional.

6 Bibliografía

1. Romero-Morante, M., & Jiménez-Reguera, B. (2010). Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y posparto. *Fisioterapia*, 32(3), 123-130.
2. Sánchez Rocamora, E. (2019). Intervención de la fisioterapia durante la gestación y el periodo previo al parto en la mujer. Revisión bibliográfica.
3. Alvarado Tapia, I. L. (2019). Intervención Fisioterapéutica para la prevención de Trastornos del Suelo Pélvico en Pacientes Obstétricas (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo, 2019).
4. Caufriez, M., Domínguez, J. C. F., Deman, C., & Wary-Thys, C. (2007). Contribución al estudio sobre el tono del suelo pélvico. *Progresos de obstetricia y ginecología*, 50(5), 282-291.
5. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/fisioterapia-obstétrica>.
6. <https://www.fisiocampus.com>.

Capítulo 100

SÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN EN EL ANCIANO, ABORDAJE DESDE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ

MARIA ROSA GARCIA LEON

MARTA VELASCO JIMENEZ

RAQUEL GUARINOS LÓPEZ

MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO

1 Introducción

A veces la persona se mantiene durante mucho tiempo encamada, llegando a cronificarse la situación de encamamiento y denominándose clínicamente Síndrome de Inmovilidad.

Se define como la disminución de la capacidad para las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. También puede definirse como un proceso dinámico en principio basal o completamente reversible que provocará cambios múltiples en órganos, tanto fisiológicos como estructurales.

La pérdida de movilidad repercute en todos los aparatos y sistemas del organismo, dando lugar a muchas complicaciones e inclusive llegando hasta la muerte del paciente.

Las causas que pueden llevar a una persona anciana a mantenerse inmovilizada pueden ser variadas, desde fracturas, patologías neurológicas, enfermedades médico-quirúrgicas o enfermedades degenerativas articulares.

Los trastornos de movilidad son muy frecuentes en ancianos o en personas mayores adultas, de tal manera que aproximadamente un 18 % de mayores de 65 años tiene problemas para moverse sin ayuda, el 50 % de las personas mayores de 75 años tiene problemas para salir de casa, quedándose el 20 % confinados completamente. De tal manera que una vez el anciano queda inmovilizado por algún tipo de enfermedad, ya sea aguda o crónica, el 50 % de estos fallece en los 6 primeros meses.

2 Objetivos

- Exponer los síntomas más comunes que provoca la inmovilización en el anciano.
- Citar el plan de actuación conjunto desde fisioterapia y terapia ocupacional.

3 Metodología

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

4 Resultados

El proceso de inmovilización repercute a todos los sistemas:

- A nivel músculo-esquelético aparece atrofia, debilidad, osteoporosis, contracturas y enfermedades degenerativas que van a limitar la funcionalidad del paciente.
- A nivel respiratorio se resalta la disminución de la capacidad de oxigenación, la predisposición a infecciones respiratorias, el descenso de la musculatura diafragmática y músculos respiratorios accesorios, la disminución de los volúmenes, la dificultad de eliminar secreciones, la disminución de capacidades funcionales y la predisposición a presentar neumonías y atelectasias.
- A nivel cardiovascular se destaca la presencia de úlceras tróficas, ortostatismo, y trombos venosos.

- A nivel endocrino se puede encontrar una intolerancia hidrocarbonada que desencadena en una hiperinsulinemia, así como una disminución del metabolismo y alteración de diversos factores metabólicos.
- En el sistema genitourinario se produce mayor frecuencia de infecciones de orina, formación de cálculos renales, episodios de retención de orina, así como incontinencia funcional.
- A nivel del sistema nervioso se destaca una privación sensitiva y psicosocial, pérdida de automatismos, disminución de los reflejos, insomnio, cuadros confusionales, fluctuaciones de carácter y ansiedad.
- A nivel del sistema gastrointestinal, se resaltan las alteraciones a nivel del peristaltismo, trastornos en la digestión, estreñimiento, patologías, así como pérdida de apetito.
- Finalmente, se destaca la alteración en el equilibrio de las proteínas y minerales, el deterioro de la piel, siendo frecuentes las úlceras por presión, en cuya aparición influye principalmente el periodo prolongado de presión supra capilar, así como el estado nutricional alterado, el déficit sensorial, lesiones cutáneas, trastornos del aporte de oxígeno, incontinencia, trastornos inmunológicos a consecuencia de determinados fármacos como quimioterápicos; humedad de la piel, objetos de roce, etc.

El primer punto de partida sería analizar la causa que ha desembocado en la inmovilidad. Una vez aclarada esta cuestión, se desarrolla una valoración exhaustiva donde se tienen en consideración todas las consecuencias que la inmovilización ocasiona en todos los sistemas. Se decide si el síndrome es reversible o no y se marca un plan de actuación que se sustenta sobre cuatro pilares:

- Tratamiento de las causas.
- Evitar la progresión.
- Uso de ayudas.
- Adaptaciones y prevenciones de las complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Tras la búsqueda bibliográfica, llegamos a la conclusión de que es muy importante una actuación conjunta desde la Terapia Ocupacional y la Fisioterapia, para poder mejorar la calidad de vida del paciente.

El síndrome de inmovilización es prevenible y reversible, de tal modo que una vez diagnosticada su causa y el grado de movilidad se debe comenzar a realizar la intervención terapéutica por parte de fisioterapia y terapia ocupacional para disminuir el mayor número de complicaciones que puedan surgir.

La identificación precoz y la prevención son las principales herramientas para evitar las complicaciones derivadas del mismo, que producen elevada morbilidad y mortalidad.

6 Bibliografía

1. Montero-Odasso M, Schapira M, Soriano E et al. Gait velocity as a single predictor of adverse events in healthy seniors aged 75 years and older. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2005;60(10):1304-9.
2. Martínez Muñoz L, Delgado Reyes I, Cruz Sánchez L. et al. Estudio de las enfermedades crónicas como causa del síndrome de inmovilidad en el adulto mayor. *Congr. Reg. Med. Fam. III(X):1-9.*
3. Egusquiza AC, Bazan LMP, Zitzewitz AJV-M Von. Manual del residente en Geriatria. 2011.
4. P. S. Complicaciones secundarias a la inmovilidad en el anciano. *Rev Gerontol.* 1995;5:345-52. Bibliografía.
5. Osuna-Pozo C et al. Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2014;49(2):77-89.
6. Martínez L, Delgado I, Cruz L et al. Estudio de las enfermedades crónicas como causa del síndrome de inmovilidad en el adulto mayor. III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana - CIMF. X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud. Versión Virtual. Obtenido de: <http://cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/view/639/409> (Revisado 20/8/2015).
7. Gavilán E, Morales M, Hoyos J et al. Polimedicación y prescripción de fármacos inadecuados en pacientes ancianos inmovilizados que viven en la comunidad. *Aten. Primaria.* 2006; 38 (9): 476-82.
8. Luengo C, Navarro J, Abizanda P. Atención al anciano inmovilizado. En: Abizanda P, Rodríguez L, editores. *Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores.* Barcelona, España. Elsevier SLU; 2015:416-420.
9. Marín P. Fragilidad en el Adulto Mayor y Valoración Geriátrica Integral. *Reumatología* 2004; 20(2):54-57

Capítulo 101

ABORDAJE CONSERVADOR DE LA HIPERLORDOSIS LUMBAR

IRENE PONZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La hiperlordosis lumbar es el aumento del ángulo de la curvatura lumbar mayor a 68° , provocando dolor a nivel local.

Los síntomas más frecuentes que tienen lugar en las lumbalgias son:

- Dolor, su distribución suele producirse a nivel de las metámeras.
- Impotencia funcional, secundario al desequilibrio muscular o a la compresión de raíces nerviosas.
- Dificultad para el mantenimiento de posturas como la sedestación, debido a la búsqueda de posturas antiálgicas.

En la lumbalgia se produce una alteración de los tejidos blandos locales, como son los músculos, ligamentos, disco intervertebral y raíces nerviosas. El dolor puede producirse en reposo o durante el movimiento. Cuando el dolor ocurre en reposo, la principal causa es la modificación de las curvaturas fisiológicas, como ocurre en la hiperlordosis. Cuando el dolor ocurre en movimiento se produce por la acción de estructuras lesionadas.

Tanto en el dolor lumbar en reposo o en movimiento se produce tensión muscular, contractura, edema, limitación de la movilidad articular e incapacidad funcional. En relación a la incapacidad funcional, los ejercicios de reequilibrio pélvico, realizando una concienciación activa de las actitudes correctas en posiciones intermedias, entre la anteversión y retroversión pélvica, son la base de la reeducación postural en las hiperlordosis lumbares.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el personal sanitario en el abordaje de la hiperlordosis lumbar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando los artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El abordaje de la hiperlordosis lumbar puede ser conservador o quirúrgico.

En el abordaje conservador de la hiperlordosis lumbar, existen numerosas técnicas a aplicar.

El ejercicio activo se emplea para actuar sobre el desequilibrio muscular que ocurre en la hiperlordosis, en la que se produce un debilitamiento de los músculos abdominales y una contracción de los músculos paravertebrales de la zona lumbar. Durante estos ejercicios es de especial importancia el trabajo del reequilibrio pélvico a través de una concienciación activa. Dentro del ejercicio activo se incluyen ejercicios de McKenzie y de Williams. Los ejercicios descritos por McKenzie se preconiza, utilizar la postura y los patrones de movimiento, en flexión, extensión o lateralización, que mejor alivian los síntomas del paciente. Los ejercicios descritos por Williams se componen de ejercicios en flexión.

Dentro de la hidroterapia se aplican varias técnicas como la balneoterapia, uso de aguas termales y envolturas calientes. La balneoterapia se aplica junto con baño de tracción bajo el agua y masaje bajo el agua. Los baños en aguas termales mejoran el dolor y la contractura de la musculatura paravertebral. Las envolturas calientes a 50-60° durante 30-120 minutos favorecen el dolor y la disminución de las contracturas musculares. La hidrocinesiterapia se aplica para flexibilizar toda la columna, elongar la musculatura que está acortada y fortalecer la musculatura debilitada, haciendo énfasis en los músculos que producen retroversión de pelvis. La electroterapia se emplea para producir analgesia, dentro de las técnicas de electroterapia se emplean las corrientes de baja, media y alta frecuencia.

La higiene postural es muy eficaz en el abordaje de dolor de columna para evitar la adopción de posturas erróneas.

El abordaje quirúrgico solo se emplea en casos de hiperlordosis lumbar extrema.

5 Discusión-Conclusión

El abordaje de la hiperlordosis lumbar incluye el abordaje conservador y el tratamiento quirúrgico, siendo el tratamiento conservador la elección más prevalente.

Dentro del abordaje conservador existen múltiples terapias a aplicar, siendo las técnicas principales el ejercicio activo y reequilibrio pélvico, la hidroterapia a través de balneoterapia, uso de aguas termales, envolturas calientes e hidrocinesterapia. La electroterapia es otra opción muy empleada para el alivio del dolor y la higiene postural se lleva a cabo para evitar la adopción de posturas erróneas. El tratamiento quirúrgico solo se aplica en casos de hiperlordosis lumbar extrema.

Se concluye que el tratamiento de la hiperlordosis lumbar es un abordaje en el que se incluyen numerosas técnicas.

6 Bibliografía

- Konrad K, Tatrai T, Hunka A, Vereckei E, Korondi I.. Controlled trial of balneotherapy in treatment of low back pain. *Med Clin (Barc)*. 1994 Jun 4;103(1):36-7.
- Kulisch A, Bender T, Németh A, Szekeres L. Effect of thermal water and adjunctive electrotherapy on chronic low back pain: a double-blind, randomized, follow-up study. *J Rehabil Med*. 2009 Jan;41(1):73-9.
- Skikić EM, Suad T. The effects of McKenzie exercises for patients with low back pain, our experience. *Bosn J Basic Med Sci*. 2003 Nov;3(4):70-5.
- López VM et al. Guía clínica en síndrome doloroso lumbar. *Rev Med*.2003; 41 (Supl): 123-130

Capítulo 102

EPIDEMIOLOGÍA DEL USO DE AINES PARA CONTROL DEL DOLOR

MARTA DEL ROSAL LÓPEZ

1 Introducción

El uso de AINE se ha visto incrementado por el cambio de la esperanza de vida, la población tiene cada vez una esperanza de vida mayor y por eso la aparición de afecciones que derivan con sintomatología del dolor es cada día mayor.

El uso de AINE se implanta como primera elección en múltiples guías de prescripción hospitalaria, siendo una importante base de posteriores problemas de salud derivados de los efectos secundarios de los AINE.

A pesar del riesgo de efectos secundarios graves derivados del uso y abuso de AINE, este grupo de fármacos sigue siendo el de primera elección por su coste intermedio/ bajo, y por su efectividad.

Los AINE son fármacos antiinflamatorios no esteroideos con acción antiinflamatoria, analgésica y antipirética y algo de acción antiagregante plaquetario.

El proceso del dolor es un proceso muy complejo, se conoce parcialmente. Dentro del proceso de sensación dolorosa podemos diferenciar hasta cuatro fases distintas.

La primera conocida como transducción, la segunda conocida como transmisión, la tercera conocida como modulación medular y la cuarta conocida como percepción.

En el dolor, según su origen podemos distinguir entre dolor nociceptivo, periférico, y neuropático que se refiere directamente a la neurona, en algunos casos no existe lesión.

2 Objetivos

- Asociar el mecanismo de acción de los AINE con su actividad de control del dolor.
- Determinar las fases del mecanismo del dolor.

3 Metodología

Se ha hecho un seguimiento bibliográfico y revisión en fuentes con reconocimiento científico y publicaciones sometidas a revisión científica, del tema a tratar y se han sacado resultados concretos que han llevado a conclusiones determinadas.

Se ha consultado Martindale, Google académico y Medline.

4 Resultados

El dolor uno de los principales síntomas que acompañan a las afecciones de ingreso hospitalario.

El tratamiento del dolor acompaña al paciente tras el alta hospitalaria y durante su tratamiento con seguimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria.

Los fármacos de primera elección para el tratamiento del dolor, son los AINE. Existe un alto número de efectos secundarios graves derivados del uso de AINE.

El dolor uno de los principales síntomas que acompañan a las afecciones de ingreso hospitalario.

El tratamiento del dolor acompaña al paciente tras el alta hospitalaria y durante su tratamiento con seguimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria.

Los fármacos de primera elección para el tratamiento del dolor, son los AINE. Existe un alto número de efectos secundarios graves derivados del uso de AINE. Los AINE son fármacos antiinflamatorios no esteroides que poseen actividad, analgésica, antiinflamatoria, antipirética y en algún caso antiagregante plaquetario, todas ellas propiedades muy efectivas ante el control del dolor.

El dolor aún es un mecanismo no conocido en su totalidad por su alta complejidad.

Se conocen 4 fases, La fase de transducción, la fase de transmisión, la fase de modulación medular y fase de percepción.

El dolor según su origen puede distinguirse entre dolor nociceptivo y dolor neuropático. El dolor según su duración se puede clasificar de dos formas, dolor agudo si dura menos de 3 meses y dolor crónico si dura más de 3 meses.

El mecanismo de acción de los AINE es parcialmente conocido, su actividad es de inhibición de la ciclooxigenasa. La ciclooxigenasa es una enzima que transforma el ácido araquidónico en prostaglandinas y tromboxanos. Los AINE evitan que el ácido araquidónico se introduzca por el canal hidrofóbico de la enzima y se transforme en estos mediadores.

5 Discusión-Conclusión

El dolor es un de las principales causas de visita de los pacientes a los especialistas, la calidad de vida de los pacientes se puede ver disminuida por el no control del dolor. Para poder paliar y mermar esta sintomatología es imprescindible conocer cuál es el mecanismo de acción del dolor y cuáles son sus fases.

Existen diferentes tipos de dolor según su origen y duración, estas características son imprescindibles para elegir la terapia adecuada con AINE.

Los AINE tienen un mecanismo de acción muy completo, del cual no se conoce el proceso entero, dependiendo del tipo de dolor y momento de actuación del AINE, obtendremos un resultado optimizado del uso de AINE.

6 Bibliografía

- 1.Canul, A. F. K. (2022). Mecanismo de los AINES y antiinflamatorios derivados para el control del dolor y la inflamación. Uso de antiinflamatorios en odontología. Revista de la Asociación Dental Mexicana, 79(1), 38-47.
- 2.Guillén, M. J. S., & Zúñiga, G. V. (2022). Principios básicos del abordaje del dolor. Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos, 6(1), ág-57.
- 3.González, J. J. O. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DEL DOLOR.

Capítulo 103

EL ESTRES LABORAL COMO RIESGO LABORAL: UNA VISIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

MARIA PEON FERNANDEZ

1 Introducción

El estrés laboral o stress laboral es una de las consecuencias más importantes de la exposición a riesgos psicosociales. Hoy se ve como un problema colectivo que puede afectar a todos los trabajadores de todos los grupos y ocupaciones. Además, el estrés laboral repercute en la salud, tanto física como mental, así como en el rendimiento laboral y, por tanto, en el ausentismo, la actividad y la productividad. El estrés laboral siempre ha existido en el trabajo, aunque su intensidad y frecuencia aumentan con las nuevas formas de organización del trabajo y de las relaciones sociales y laborales. Según Eurostat, el estrés ocupa el segundo lugar entre los trabajadores después de los trastornos musculoesqueléticos. Por ello, también crece la conciencia internacional sobre la necesidad de actuar contra el estrés laboral.

¿Cómo se produce el estrés en el trabajo? El estrés es una reacción a un factor o estímulo interno o externo, es decir, estresante. Desde este punto de vista, existen diferentes clasificaciones de estresores en el lugar de trabajo. Las razones más comunes serían:

- Falta de control sobre el trabajo que se está realizando.
- Monotonía.

- Plazos estrictos.
- Trabajo a alta velocidad.
- Exposición a la violencia.
- Condiciones de trabajo físicamente peligrosas.

2 Objetivos

Con el presente trabajo científico se pretende dar una visión de lo que es el estrés laboral desde la perspectiva del trabajador sanitario y no sanitario.

3 Metodología

Para la realización del trabajo científico se ha realizado una revisión bibliografía sobre la materia, para lo que se han utilizado los siguientes buscadores online: Google Académico, Dialnet y Pubmed, así como distintas guías sobre la materia. Las variables de búsqueda utilizadas han sido “estrés laboral”.

4 Resultados

¿Cómo evaluar el estrés? Dado que el estrés laboral depende tanto de condiciones psicosociales objetivas como de la interpretación de las mismas por parte del empleado, puede ser conveniente utilizar varios métodos y técnicas de evaluación al mismo tiempo. En este sentido, es importante centrarse en los factores estresantes, no en las personas estresadas, al evaluar el estrés.

El estrés laboral se evalúa utilizando métodos que analizan diversas condiciones de trabajo como factores de riesgo psicosocial (ver subtema “Evaluación de riesgos psicosociales”). Así, podemos conocer y evaluar la magnitud de las fuentes de estrés, o factores estresantes, y es posible intervenir en ellas.

Adicionalmente y adicionalmente, se puede evaluar su efecto analizando el efecto sobre la salud de los trabajadores. En este caso, conocemos los posibles efectos del estrés en la salud. Por ejemplo, el Cuestionario de Salud General (GHQ) se puede utilizar para este tipo de evaluación.

Además, la evaluación puede y debe completarse utilizando otras herramientas de recopilación y análisis de datos, como datos administrativos sobre bajas por enfermedad, ausencias, etc., entrevistas con pacientes e investigadores clave, mediciones psicofisiológicas, etc. para realizar una evaluación del estrés laboral es

necesario explicar lo que se mide para poder utilizar el dispositivo correspondiente.

¿Qué medidas preventivas se pueden tomar contra el estrés? Las actuaciones encaminadas a la prevención del estrés laboral incluyen la intervención en la organización y en el individuo, aunque preferentemente se deben adoptar medidas organizativas y colectivas antes de la implantación de medidas individuales de acuerdo con los principios de actuación preventiva (artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales)

De hecho, la prevención del estrés laboral comienza con el propio proceso de planificación de la organización. La estructura y cultura que ha existido en la empresa desde su fundación son elementos clave para aliviar el estrés laboral.

Las medidas más importantes implantadas a nivel organizativo son:

- Adecuada planificación o transformación de los lugares de trabajo.
- Transformación de sistemas de trabajo, enriquecimiento de puestos, ampliación de tareas laborales, formación de grupos de trabajo, etc.
- Organización de la jornada y del tiempo de trabajo, incluidos turnos, pausas y descansos.
- Implementación de una política de recursos humanos adecuada que tenga en cuenta las demandas y necesidades de los empleados y les proporcione recursos suficientes para programas de planificación de carrera, educación continua, etc.
- Un estilo de liderazgo y gestión que permita la participación de los empleados, proporcione una adecuada retroalimentación del desempeño y motive.
- Definición clara de las competencias de los empleados.
- Diseñar o rediseñar sistemas de información y canales de comunicación adecuados.
- etc.

Para la implementación exitosa de estas medidas, se consideró que:

- Los cambios deben darse con la participación activa de los trabajadores y sus representantes.
- Los cambios deben introducirse gradualmente para evaluar su eficacia.
- La optimización de operaciones muy frecuentes requiere algunos cambios.

Además de las medidas anteriores, es posible intervenir en los empleados ampliando y mejorando las estrategias de afrontamiento individuales, especialmente en los casos en que ciertas medidas organizacionales sean difíciles de implementar. Consiste en ampliar y mejorar los recursos personales de los empleados para hacer frente a las situaciones cotidianas mediante una formación que reduzca los desequilibrios derivados de situaciones de estrés.

5 Discusión-Conclusión

De los datos obtenidos para el trabajo científico, se puede concluir que todas las clasificaciones concuerdan si la carga de trabajo y la falta de control son importantes para causar estrés, lo que incluye también la velocidad del trabajo asignado.

En este sentido, existen diversos modelos teóricos que tratan de explicar la relación entre estrés y trabajo. El "modelo de demanda-control-apoyo social" de Karasek y Johnson debe considerarse el más influyente y probado científicamente desde principios de la década de 1980. Según este modelo, si las exigencias del trabajo son tan altas que el trabajador no puede hacerlas frente (alta demanda) o si no puede influir y adaptarse a sus importantes condiciones de trabajo (control), la situación genera estrés. Por el contrario, si las exigencias son igualmente altas, si la organización del trabajo permite un cierto nivel de control sobre el empleado, el resultado de la combinación es un desafío. Además, existe un tercer factor moderador: la cantidad y calidad del apoyo social brindado por supervisores y compañeros, que, cuando está presente y es suficiente, puede "amortiguar" el estrés resultante de la combinación de altas exigencias y bajo control. Pero si hay poco o nada, o si el entorno socio-profesional se caracteriza por la discriminación o el acoso, se suman nuevos estresores a los ya existentes.

6 Bibliografía

1. Ramírez, M. G., & Hernández, R. L. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*. 12(1), 45-61.

Capítulo 104

LA ECOGRAFÍA TRANSFONTANELAR

CAROLINA PÉREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

1. INTRODUCCIÓN 1-3, 5, 7, 8, 9, 13, 14 :

La utilización de la ecografía clínica se remonta a finales de la década de 1970, se ha usado en la detección de anomalías congénitas y lesiones cerebrales adquiridas durante el período neonatal.

Su uso ofrece múltiples ventajas en comparación con otras pruebas de imagen (RM y TAC) como el bajo coste, la no existencia de radiación ionizante, visualización en tiempo real, no es precisa la sedación y se puede trasladar con facilidad (portátil) permitiendo realizar la exploración sin tener que movilizar al paciente al servicio de radiodiagnóstico (pacientes graves, que pueden sufrir inestabilidad hemodinámica y termorreguladora y que a menudo requieren ventilación mecánica (UCI, quirófano, etc.)).

La calidad del ultrasonido transfontanelar se ha optimizado gracias al desarrollo de equipos más potentes (mejores sondas) con una resolución más alta, un rápido procesamiento y almacenamiento de las imágenes.

La ecografía transfontanelar (ETF) es una técnica diagnóstica ampliamente utilizada para el estudio de la neuroanatomía y patología propia del encéfalo neonatal de prematuros, recién nacidos y en lactantes.

Resulta ser un valioso método de apoyo como diagnóstico precoz de diversas patologías neurológicas, tanto congénitas como adquiridas, que pueden alterar la correcta maduración del sistema nervioso central (desarrollo motor, sensorial, cognitivo o conductual). Permite comprobar la normalidad/alteración de las estructuras intracraneales, pronosticar posibles secuelas además del seguimiento de la evolución de las lesiones y la maduración cerebral.

El límite de la ETF reside en el tamaño de la fontanela anterior, que es la última en cerrarse (por término medio a los 12 meses) y la más utilizada como ventana acústica por ser la de mayor tamaño y más accesible, aunque también se utilizan para realizar una exploración más exhaustiva y con un mayor poder diagnóstico: la posterior, la mastoidea y la temporal.

Resulta de vital importancia para mejorar la sensibilidad diagnóstica que sea realizada por personal experimentado con amplio conocimiento tanto de la anatomía cerebral del neonato (normal/patológico) como de las variantes anatómicas.

La evaluación ETF estándar incluye de forma protocolizada cinco planos sagitales y seis coronales, que permiten explorar las diferentes áreas de la anatomía cerebral del bebé.

Se utiliza también la técnica Doppler con imagen de flujo en color (CDFI) para detectar alteraciones hemodinámicas (permeabilidad de los vasos intracraneales, velocidades de flujo e índices de resistencias en las arterias cerebrales).

2 Objetivos

2. OBJETIVOS:

- Explicar la metodología de la exploración.
- Exponer la importancia de la utilización de la ETF como diagnóstico precoz de diversas patologías neonatales con el objetivo instaurar un tratamiento precoz y así minimizar las secuelas tanto físicas y psicosociales.

3 Metodología

3. METODOLOGÍA:

Para realizar este trabajo he realizado una investigación mediante la búsqueda sistemática de libros, manuales y protocolos de diferentes servicios de salud y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Cochrane, Google académico y Google books; seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

4. RESULTADOS 2, 3, 4-6, 9, 2, 14, 15 :

La ETF se trata de la primera técnica para el estudio de la neuroanatomía y patología (congénita/adquirida) propia del encéfalo neonatal de prematuros, recién

nacidos y en lactantes. Nos permite, a su vez, realizar una selección de pacientes que puedan requerir pruebas de imagen más invasivas como la resonancia magnética o la TAC.

Resulta un método imprescindible en el estudio de estas patologías así como para el seguimiento de la evolución de las lesiones y la maduración cerebral. Las más habituales son:

- Recién nacidos prematuros: complicaciones a corto-medio plazo. Hemorragia de la matriz germinal (HMG), hemorragia intraventricular (HIV), hemorragia cerebelosa, hidrocefalea (posthemorrágica, postinfecciosa), patología de sustancia blanca (leucomalacia periventricular (LPV) (limitado en lesiones no quísticas).
- Neonatos a término y lactantes: abordaje de múltiples patologías y determinar la necesidad de otras técnicas más invasivas, caras y que requieren sedación, como la RM. Encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI), patología cerebrovascular neonatal (infarto arterial y trombosis venosa cerebral), patología malformativa (agenesia del cuerpo calloso (ACC) y otras), macrocefalia del lactante (hidrocefalia), miscelánea (malformaciones vasculares congénitas, infecciones congénitas (TORCH) y adquiridas (meningitis neonatal), Traumatismo craneoencefálico (TCE): obstétrico y accidental (La ETF puede detectar colecciones hemáticas intracraneales significativas, pero puede infravalorar el daño cerebral asociado y/o los hematomas epidurales o subdurales que se encuentren situados en convexidades o fosa posterior).

En pacientes lactantes, es importante que no sean muy mayores. Con el crecimiento las fontanelas se cierran dificultando el acceso y la sensibilidad del estudio. El límite de la ETF reside en el tamaño de la fontanela anterior, que se cierra por término medio a los 12 meses.

Para realizar la exploración se necesitan sondas de alta frecuencia. Según la edad del paciente:

- Niños prematuros y recién nacidos: sonda microconvex (5-10 Hz).
- Niños lactantes: sonda sectorial o convex de 5 a 8 Hz.

-
Una evaluación ecográfica estándar incluye cinco planos sagitales y seis coronales. Tendrá un acceso principal, a través de la fontanela anterior, ubicada en el vértice calvarial en la unión de las suturas coronal y sagital; es la de mayor tamaño y proporciona una ventana ecográfica óptima para la obtención una visión global del cerebro neonatal.

También se obtendrán imágenes adicionales utilizando otras ventanas acústicas como la fontanela posterior, mastoidea y temporal.

Planos coronales: La sonda se coloca en posición transversal sobre la fontanela anterior con la muesca señalando hacia la derecha del paciente. Los barridos se realizarán desde anterior a posterior obteniendo 6 planos:

- Lóbulos frontales y región orbitaria anterior. Valorar circunvoluciones y ecogenicidad.
- Cuernos frontales de ventrículos laterales, ACM, cuerpo calloso. Valorar simetría y tamaño.
- Tercer ventrículo, ventrículos laterales, cisura de Silvio. Valorar ecogenicidad del tálamo y ganglios de la base.
- Cerebelo: mesencéfalo, vermis y hemisferios cerebelosos, tentorio, cuerpo de ventrículos laterales y cisterna magna. Valorar simetría, plexos coroideos y ecogenicidad.
- Trígono ventricular. Valorar plexos coroideos (ecogenicidad) y sustancia blanca periventricular
- Lóbulos occipitales. Valorar circunvoluciones y simetría de sustancia blanca.

Planos sagitales. La sonda se coloca sobre la fontanela anterior con la muesca hacia anterior basculando la sonda hacia ambos lados desde medial a lateral. Se obtiene un corte en la línea media y dos más a cada lado:

- Línea media: circunvoluciones, sistema ventricular y cuerpo calloso.
- Parasagital: ventrículo lateral, plexo coroideo. Valorar hemorragias.
- Corte tangencial: lateral y superficial a ventrículos laterales. Valorar circunvoluciones y sustancia blanca.

La utilización de ventanas acústicas alternativas es aconsejable para una ETF óptima, ya que a través de la fontanela anterior resulta más dificultosa la evaluación de la fosa posterior al encontrarse más lejos del transductor:

- Ventana acústica posterior: se utiliza para valorar la fosa supratentorial, los atrios de los ventrículos laterales, lóbulo occipital y parietal.
- Ventana acústica temporal: se observa el polígono de Willis y las hemorragias cerebelosas.
- Ventana mastoidea: se visualiza la fosa posterior y el mesencéfalo (identificación de anomalías congénitas de esta área, hemorragias cerebelosas, así como la dilatación del tercero y cuarto ventrículo).

El flujo sanguíneo cerebral se puede ver alterado en diferentes situaciones clínicas. El estudio mediante Doppler con imagen de flujo en color (CDFI) y pulsado, permite evaluar la permeabilidad de los vasos intracraneales, así como los cambios hemodinámicos del cerebro. Habitualmente se utiliza una sonda de baja frecuencia (1-5 mHz).

Pueden obtenerse 3 parámetros clave del espectro Doppler: dirección del flujo,

velocidades e índices de resistencia arterial. La dirección del flujo se evalúa mediante el código de colores.

Se utiliza principalmente la ventana temporal por su accesibilidad en pacientes en decúbito supino y además por permitir la exploración de varios vasos: arteria carótida interna, arteria cerebral media, arteria cerebral anterior y arteria cerebral posterior. Mediante el acceso a través de diferentes ventanas se puede valorar:

- Ventana suboccipital (transforaminal): arterias vertebrales y la arteria basilar.
- Ventana transorbitaria (oftálmica): pacientes con mala ventana temporal. Permite valorar el sifón carotídeo y la arteria oftálmica principalmente. Se usa también para medir el diámetro de la vaina del nervio óptico.
- Ventana anterior: ramas del polígono de Willis y sifón carotídeo.

Las arterias cerebrales serán identificadas normalmente empleando el modo color. Una vez identificada la arteria, se activará la modalidad de doppler continuo situando la caja de medición en el punto de interés para registrar el flujo. A continuación se ajusta el tamaño de la caja al tamaño del vaso y se alinea el ángulo de insonación con la dirección del flujo.

Las indicaciones para un examen de ecografía Doppler transcraneal incluyen principalmente:

- Evaluación de las velocidades del flujo sanguíneo cerebral en el polígono de Willis en pacientes con anemia de células falciformes como guía para la terapia de transfusión.
- Diagnóstico y seguimiento de vasculopatías.
- Diagnóstico y seguimiento de trastornos cerebrovasculares agudos en pacientes de cuidados intensivos, principalmente tras una lesión cerebral traumática y durante la cirugía cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

5. DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN 1, 3, 4, 7, 10, 11,13:

En los pacientes con fontanela abierta, la ETF es una herramienta muy útil para detectar las anomalías cerebrales (congénitas/adquiridas) más frecuentes en neonatos prematuros y a término, resultando un método imprescindible en el estudio de estas patologías, evolución de las lesiones y para controlar la maduración cerebral.

Su uso ofrece múltiples ventajas en comparación con otras pruebas de imagen (RM y TAC) como el bajo coste, la no existencia de radiación ionizante, visual-

ización en tiempo real, no es precisa la sedación y se puede trasladar con facilidad (portátil) permitiendo realizar la exploración sin tener que movilizar al paciente, en ocasiones crítico, al servicio de radiodiagnóstico.

Sus principales desventajas son ser operador dependiente (manos experimentadas y con amplios conocimientos en neurología neonatal) y la necesidad de una adecuada ventana acústica determinada por el tamaño de las fontanelas (principalmente de la fontanela anterior, que se cierra por término medio a los 12 meses (es la última en cerrarse)).

Tiene limitaciones en el estudio de la patología traumática, valoración de la patología malformativa compleja, daño de la sustancia blanca, baja sensibilidad para detección de lesiones isquémicas (sobre todo en etapas precoces) y limitaciones en la valoración de estructuras periféricas (ej.: sangrado extra-axial).

A pesar de las limitaciones que presenta, la ETF representa un papel fundamental en la detección y manejo de las patologías neonatales, sobre todo en recién nacidos que tras la evaluación clínica y datos de laboratorio, son considerados de alto riesgo. Esto es debido a que ofrece una descripción anatómica eficaz que ayuda a la detección de cambios que serían imperceptibles por métodos clínicos. Existe una evidencia contundente sobre la utilidad de la ETF, pues proporciona un medio relativamente sensible y altamente específico para predecir la presencia o ausencia de daño cerebral. Por ello debería indicarse como método de cribado en la edad neonatal para realizar un diagnóstico precoz de dicho daño y prevenir en la medida de lo posible un daño neurológico irreversible.

A pesar de lo expuesto con anterioridad, todavía existe gran variabilidad en cuanto a la práctica clínica en unidades de atención neonatal a nivel mundial, además de un alto grado de controversia a cerca de la necesidad de realizar estudios mediante ETF de forma rutinaria en los recién nacidos prematuros para predecir los resultados del desarrollo neurológico a corto, mediano y largo plazo, así como la determinación del momento idóneo para realizar dicho estudio ecográfico.

Para finalizar, resaltar la rápida evolución de las mejoras técnicas, optimizaciones y desarrollo de nuevas aplicaciones como el Doppler, la elastosonografía y la ecografía 3 D y 4 D, que hacen que el método continúe avanzando adquiriendo así mayor relevancia en el campo del diagnóstico por imagen.

6 Bibliografía

1. Llorens-Salvador R, Moreno-Flores A. El ABC de la ecografía transfontanelar y más. Radiología (internet). 2016; 58(S2):129-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/>

10.1016/j.rx.2016.02.007.

2. MD Joel Fritz, Stanley M. Polansky, and MD Stephen C.O. Connor. Neonatal Neurosonography. Elsevier (internet) 2014; 35(4): 349-364. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.sult.2014.05.009>.

3. Colina, María José Benavides, et al. Hallazgos de ultrasonido transfontanelar en neonatos y lactantes menores con alto riesgo biológico. *Salus*. 2021; 25(2): 9-18.

4. Poggio, G. A., et al. La ecografía primero: ¿Por qué, cómo y cuándo? *Revista argentina de radiología*. 2017; 81(3): 192-203.

5. BORA, Mohsina Islam; PAME, Mukheswar. Utility of Sonography of Cranium as Diagnostic Modality in Paediatric Intracranial Pathologies. *Radiology*. 2021; 6(2): B1-B5. Disponible en: https://www.ijcmsr.com/uploads/1/0/2/7/102704056/ijcmsr_535_new_v1.pdf.

6. Lowe, L. H., & Bailey, Z. State-of-the-art cranial sonography: Part 1, modern techniques and image interpretation. *American journal of roentgenology*. 2011; 196(5): 1028-1033.

7. Montero Yéboles R, Mayordomo Colunga J, Muñoyerro Sesmero M, Gómez Luque JM, Rodríguez Campoy P, González Cortés R. Ecografía transfontanelar. Hemorragia, isquemia cerebral e hidrocefalia. *Protoc diagn ter pediatr*. 2021; 1:447-62. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/33_eco_transfontanelar.pdf

8. Bonilla Vilatuña, Karina Geovanna, and Verónica Janeth Grijalva Sarzosa. Hallazgos ecográficos mediante ultrasonido transfontanelar en neonatos que acuden al Servicio de Imagen del Hospital Baca Ortiz en el periodo enero 2016 a marzo del 2017. MS thesis. Quito: UCE, 2017.

9. Falip, C., Toussaint, I., Lahutte, M., Andre, C., & Adamsbaum, C. Ecografía transfontanelar. *EMC-Pediatría*. 2010; 45(1):1-11.

10. Mazmanyany, P. A., Nikoghosyan, K. V., Kerobyan, V. V., Mellor, K. J., Diez-Sebastian, J., Martinez-Biarge, M., & Cowan, F. M. Preterm cranial ultrasound scanning is both feasible and effective in a middle-income country. *Acta Pediátrica*. 2016; 105(7):e291-e299.

11. McCutcheon, K. C., Wise, L., Lewis, K., Gilbert, B., Bhatia, J., & Stansfield, B. K. The utility of cranial ultrasound as a screening tool for neonatal ECMO. *Journal of perinatal medicine*. 2020; 48(2): 173-178.

12. Lowe, LH y Bailey, Z. Ecografía craneal de última generación: Parte 1, técnicas modernas e interpretación de imágenes. *Diario americano de roentgenología*. 2011; 196 (5): 1028-1033. Disponible en: <https://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.10.6160>

13. Ciambra G, Arachi S, Protano C, Cellitti R, Caoci S, Di Biasi C y cols. Accuracy

of Transcranial Ultrasound in the Detection of Mild White Matter Lesions in Newborns. *Neuroradiol j.* 2013; 26(3):284–289.

14. López-Azorín, M., Ybarra, M., & Cabañas, F. Ecografía cerebral en neonatos. *Anales de Pediatría Continuada.* 2012; 10(4): 228-233.

15. Verlhac S. Transcranial Doppler in children. *Pediatr Radiol.* mayo de 2011;41(1): 153-165.

Capítulo 105

LA DENSITOMETRÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS

LUCIA FERNANDEZ TERRON

1 Introducción

La densitometría ósea también conocida como DEXA es una prueba radiológica que a dosis de radiación muy bajas mide la cantidad de calcio y otros minerales en los huesos. Sirve para diagnóstico precoz de enfermedades como osteoporosis, osteopenia o baja masa ósea. Se aconseja su realización en edades comprendidas entre 55 y 60 años repitiéndola cada dos años, si bien en determinados pacientes/usuarios al ser considerados como personal de riesgo se recomienda su realización a edades más tempranas. Entre el personal riesgo se considera entre otros los siguientes grupos.

Consumo frecuente de corticoides.

Diabetes tipo I

Tiroides, etc.

Por otro la definimos la osteoporosis como una enfermedad silenciosa que adelgaza y debilita los huesos haciéndolos frágiles y fácilmente quebradizos, especialmente los de cadera y espina vertebral. Un examen de la densidad mineral ósea (densitometría) es la mejor manera de establecer la salud de los huesos.

El aparato para realizar dicha prueba (DEXA) utiliza una radiación diez veces menor a la utilizada en una radiografía de tórax, lo que hace esta prueba sea altamente recomendada como metodo de diagnóstico.

El técnico de rayos como personal sanitario encargado de la realización de pruebas debe conocer perfectamente el funcionamiento de aparato asi como la colo-

cación del paciente/usuario durante la realización de la misma, ya de ello depende el perfecto diagnóstico.

2 Objetivos

Exponer el uso de la densitometría como método diagnóstico de patologías.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión de la bibliografía existente sobre la literatura científica. Se han consultado artículos en las principales bases de datos de Internet: Google, Medline y Scielo, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

La desitometria ósea en un procedimiento simple, rápido (15 minutos) y no invasivo que utilizando una mínima radiación obtiene el mejor diagnóstico en enfermedades óseas tales como osteoporosis y ostopenia, esta ecuación riesgo-resultado hace que sea el método diagnóstico por excelencia en este tipo de enfermedades. Es el técnico de rayos el personal sanitario encargado de realizar la DEXA, antes como en toda prueba, el técnico es quien informa al paciente/usuario sobre la prueba a realizar, resolviendo las dudas que tenga e indicando los posibles riesgos, con lo cual lograr un ambiente relajado fundamental en la práctica de esta técnica.

La DEXA se realiza con el paciente/usuario colocado sobre una camilla, sin objetos metálicos, y se coloca, primero, con las piernas dobladas sobre un cojín especial para la prueba y, luego, con las piernas estiradas, pero con la cadera girada, también apoyada en un dispositivo especial. De esta manera, el paciente/usuario está cómodo.

La camilla tiene por detrás un detector y por delante la fuente de rayos X, que se desplaza para poder rastrear de manera adecuada la zona de estudio. Se toman, habitualmente, dos imágenes similares a las radiografías, pero que suponen una irradiación menor (riesgo-beneficio positivo).

Dos haces de rayos X atraviesan el hueso y, en función de su densidad, la cantidad de energía que llega al detector es mayor o menor (a más densidad menos

energía).

La densidad ósea resultante se compara con personas de igual sexo, raza y edad y a partir de estas comparaciones se establece el diagnóstico o no de osteoporosis, osteopenia o baja densidad ósea.

Una vez realizada la prueba los resultados se vuelcan en el ordenador que a través de un programa informático establece los parámetros a estudio, estos resultados serán comunicados por el facultativo radiólogo, que informará al paciente en un plazo más o menos corto de tiempo.

5 Discusión-Conclusión

La densitometría o DEXA es un procedimiento simple, rápido y no invasivo en el diagnóstico de enfermedades utilizando una cantidad de radiación mínima en comparación con otras pruebas radiológicas, lo que hace que la ecuación riesgo-beneficio es altamente positiva, y por consiguiente sea una prueba muy utilizada, si bien no hay que ignorar que no es recomendada en embarazadas y su uso debe ser limitado en caso de personas menores.

Las patologías que se establecen con esta prueba DEXA son osteoporosis y osteopenia fundamentalmente, si bien este método se utiliza dentro de un rango de edad concreto, cabe destacar que objetivo preventivo se puede utilizar en cualquier momento y con cualquier edad.

Como en toda prueba es fundamental el conocimiento del personal encargado en su realización en el caso que nos ocupa el técnico de rayos X.

6 Bibliografía

www.elsevier.es y www.scielo.es.

Revista de osteoporosis y metabolismo mineral .

Posiciones radiológicas(Editorial Masson). www.medlineplus,

Capítulo 106

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE RAYOS DURANTE LA COVID-19

LUCIA FERNANDEZ TERRON

1 Introducción

La covid-19 es una enfermedad producida por el coronavirus denominado SARS-COV-2, al tratarse de una enfermedad infecciosa de carácter respiratorio, esta cursa con síntomas como fiebre, tos y cansancio, entre otros. Destaca como síntoma grave la disnea o dificultad respiratoria.

Es el técnico de rayos aquel profesional de salud encargado de realizar las pruebas para la obtención de imágenes del cuerpo entre las que estarían los rayos X, resonancias, ecografías etc.

Al tratarse la covid una enfermedad de altamente infecciosa a la par que desconocida (primeros casos en 2019), el servicio de radiología, al igual que el resto de departamentos de la rama sanitaria y no sanitaria tuvieron que adaptarse a la situación, para poder seguir realizando su trabajo, no podemos olvidar que esta enfermedad alcanzó el nivel de pandemia (alcance mundial).

Se comenzaron a utilizar de forma generalizada o EPI (equipos de protección individual) para realizar las pruebas diagnósticas, si bien, la prueba principal para detectar la covid es una PCR (reacción en cadena de la polimerasa), también podemos destacar las imágenes del interior del organismo que nos muestran las radiografías de tórax y la ecografía pulmonar para conocer y valorar el grado la afección de órganos internos, tanto pulmonares como torácicos, ya que uno de los síntomas más grave de la covid es la disnea (dificultad respiratoria) y la neumonía.

2 Objetivos

Conocer y valorar la importancia del técnico de rayos ante la pandemia.
Informar de las medidas protección utilizadas por el técnico de rayos.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión de la bibliografía existente sobre la literatura científica. Se han consultado artículos en las principales bases de datos de Internet: Google, Medline y Scielo, seleccionando artículos procedentes de las publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Teniendo en cuenta que el COVID-19 es una enfermedad de origen infeccioso, y como tal, cursa con síntomas como dificultad respiratoria y/o neumonía, tenemos como técnicos de rayos tres pruebas de imagen que podemos utilizar para diagnosticar la enfermedad: radiografía torácica, TAC (tomografía axial computarizada) y ecografía pulmonar, si bien la prueba principal de detección es la PCR (reacción en cadena de la polimerasa).

El técnico de rayos es el encargado de recibir al paciente, le informa de la prueba, resuelve todas las dudas acerca de la exploración e indica los posibles riesgos, logrando establecer un ámbito de mutua confianza.

Debido a la importancia de las pruebas radiológicas durante la pandemia, como método de diagnóstico de la enfermedad, se tuvo que intensificar y priorizar su realización en el servicio de Urgencias, la UCI y en plantas de pacientes hospitalizados por Covid. Como consecuencia de la magnitud de esta enfermedad, es declarada por OMS como pandemia, se tuvieron que cancelar y/o aplazar la realización de pruebas de imagen no esenciales. Uno de los mayores problemas del personal sanitario para realizar de manera eficaz su trabajo fue la escasez de equipos de protección individual (EPI) que debían utilizar para realizar su actividad con pacientes afectados por el COVID-19. Los equipos de protección utilizados estaban compuestos de mascarilla ffp2 y quirúrgica, guantes, gorro, bata impermeable, gafas de protección ocular y calzas, lo que servía de barrera a posibles contagios, incrementada esta seguridad en el ámbito de trabajo con el establecimiento de forma generalizada de la distancia de seguridad y el lavado de manos.

Durante las primeras fases de la Covid-19 se intensificaron los cursos de formación de trabajadores sanitarios en lo referente a la adecuada colocación y retirada de los EPI, correcto lavado de manos y deshecho de equipos utilizados para minimizar al máximo la propagación de esta enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Al ser el Covid-19 una enfermedad causada por una infección respiratoria, la realización de pruebas de imagen radiológicas, tal como la placa de tórax, se volvieron de gran importancia, durante la pandemia, (existen estudios que demostrarían el aumento de radiografías de tórax y TAC de más del 80%) ya no tanto como método diagnóstico, sino más bien, como medio de valoración de evolución de la enfermedad en pacientes, sobre todo en caso de graves y críticos, determinando la gravedad de la misma y la adecuada prescripción de medicamentos. Las pruebas radiológicas son complementarias a la realización de la verdadera técnica de diagnóstico la PCR.

6 Bibliografía

www.scielo.es.

Sepa-radiología.com. www.aulacem.es.

www.redaccionmedica.es. www.elsevier.es.

Capítulo 107

SEPSIS: LA RESPUESTA DEL CUERPO EN UNA INFECCIÓN

TAMARA GARCÍA BLANCO

M ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ

ESTEFANÍA GARCÍA LÓPEZ

CARMEN MARÍA INGELMO ROMERO

1 Introducción

La sepsis se define como una respuesta extrema generada por el cuerpo debido a una infección. La más común suele ser la bacteriana, aunque podemos encontrar otras causas que pueden provocarla. La sepsis puede desarrollarse debido a un corte infectado o incluso sin ir más lejos el paciente puede no tener idea de que está sufriendo esta infección.

Se puede decir que es la causa principal de muerte de pacientes que se encuentran en un estado crítico en las unidades de terapia intensiva. Hay 3 factores que pueden determinar la sepsis: gravedad, persistencia y adaptación. La sepsis como en su forma grave (sepsis grave) la cual puede provocar shock séptico, forma parte de lo que se denomina Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica. Con esta respuesta inflamatoria se puede observar la alteración de otros sistemas de nuestro cuerpo como el de la coagulación.

Siguiendo con el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica se pueden especificar unos criterios necesarios para su diagnóstico y que se nombrarán pos-

teriormente al igual que se explicará el proceso y algunos cuidados, ya que esta enfermedad se puede prevenir al tener una buena higiene, mantener las heridas limpias o mismamente estar al día con la cartilla de la vacunación.

2 Objetivos

- Adquirir más conocimiento sobre la sepsis.
- Conocer los criterios que forman el Síndrome de Respuesta Inflamatoria.

3 Metodología

El presente trabajo se ha realizado mediante la búsqueda de artículos y páginas web de salud médica. Entre ellos se han recogido artículos de Google Académico, Scielo o Dialnet. Los artículos buscados son del año 2005 en adelante, se han excluido los anteriores años por no ser de actualidad.

Palabras clave: sepsis, sepsis severa.

4 Resultados

En la sepsis lo que se produce es una activación continuada de neutrófilos y macrófagos o monocitos. Forma parte de esta patogenia la apoptosis rápida de los linfocitos, la apoptosis lenta de los neutrófilos y el aumento de la necrosis en los tejidos dañados. Unido a la respuesta inflamatoria también podemos observar la relación con el sistema de coagulación. Probablemente los fenómenos que conducen a una sepsis estén iniciadas por una bacteriemia.

Para el diagnóstico del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) deben presentarse dos o más criterios de los siguientes expuestos:

- 1) Una temperatura corporal $> 38^{\circ}$ o $< 36^{\circ}$.
- 2) >90 latidos por minuto en cuanto a su frecuencia cardíaca.
- 3) Una frecuencia respiratoria > 20 por minuto o $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg.
- 4) Un recuento de leucocitos > 12.000 por mm^3 o < 4000 por mm^3 o $>10\%$ de formas inmaduras.

Entre los síntomas de la sepsis aparte de lo mencionado podemos observar confusión o desorientación, dolor o molestia extrema, sensación de mucho frío o piel húmeda y sudorosa.

Encontramos 3 factores que determinan el efecto de la sepsis, empezamos por la gravedad de la respuesta inflamatoria inicial que será proporcional a la severidad de la infección. Dentro de las primeras 24 horas, un shock o disfunción multiorgánica resulta en un peor pronóstico. Más allá del segundo día otro determinante sería la persistencia del SRIS que está unido a una tasa creciente de complicación. Por último, nombraremos a la capacidad del paciente a la adaptación, en este caso estaremos hablando de la edad o enfermedades previas que dan como resultado un peor pronóstico en el paciente. Destacar que puede ser probable que algunos pacientes estén predispuestos genéticamente a desarrollar una respuesta inflamatoria severa.

En el diagnóstico de la sepsis se pueden utilizar biomarcadores.

Es importante recibir tratamiento inmediatamente el cual incluye, antibióticos, asistencia con oxígeno, tratar la causa de la infección y si es necesario medicamentos para subir la presión arterial.

Para la prevención de la sepsis se recomienda cuidar bien de las afecciones crónicas que padezcamos, estar al día en la vacunación, lavarse las manos para una buena higiene y mantener las heridas limpias para que sanen favorablemente.

5 Discusión-Conclusión

Como se puede observar la sepsis es una infección grave la cual se puede prevenir y podemos evitar dándole a las heridas un buen tratamiento e higiene.

Esta respuesta del cuerpo provoca muchas muertes entre los pacientes que se encuentran en un estado crítico por ello es importante darle la visibilidad e importancia que tiene como saber sus síntomas y lo que necesitamos para poder encontrar una solución rápida o diagnóstico rápido.

Así mismo dar cuenta de la complicación que puede suponer para un paciente ya enfermo sufrir esta reacción del cuerpo provocando un cuadro más complejo e incluso llegando a la muerte del paciente.

6 Bibliografía

1. Sepsis. Infections [Internet]. 2003 [citado el 14 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/sepsis.html>
2. Stearns-Kurosawa DJ, Osuchowski MF, Valentine C, Kurosawa S, Remick DG. The pathogenesis of sepsis. Annu Rev Pathol [Internet]. 2011 [citado el 14

de octubre de 2022];6(1):19–48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-pathol-011110-130327>

3. Briceño I. Sepsis: Definiciones y Aspectos Fisiopatológicos. MEDICRIT Rev Med Crít [Internet]. 2005 [citado el 14 de octubre de 2022];2(8). Disponible en: <https://www.enthaltda.com.co/wp-content/uploads/2022/01/sepsis.pdf>

Capítulo 108

RADIOLOGÍA CON EQUIPOS PORTÁTILES

ADRIAN LOPEZ RAMOS

1 Introducción

Las radiografías portátiles se solicitan cuando un paciente no se puede desplazar a una sala de radiología debido a un trauma, cirugía, enfermedad que le debilita o posibilidad de contagio. También se solicitan cuando un paciente está en cuarentena o aislamiento. Por lo tanto, el técnico de radiodiagnóstico se desplazará con el portátil hasta la unidad donde es necesario realizar las radiografías a estos pacientes, con una previa petición médica justificada.

Los equipos portátiles son aparatos algo pesados, que se mueven a través de un motor o empujándolos de manera manual. Constan de una base sobre ruedas que contiene una consola de control, una columna y un brazo con un tubo de RX. También constan de un disparador conectado a un cable extensible que permite al técnico alejarse del paciente para realizar la radiografía.

Dependiendo del tiempo de exposición seleccionado existen dos tipos de equipos portátiles:

- Portátil de ánodo rotatorio: son capaces de conseguir tiempos de exposición más cortos, ya que son capaces de disipar mayor carga de calor en el mismo tiempo.
- Portátil de ánodo fijo: este tipo de ánodo puede perjudicar la calidad de la radiografía.

El técnico de radiodiagnóstico es el responsable de conocer los equipos portátiles y sus características para elegir el más adecuado dependiendo de la situación que lo requiera.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar los principales usos que se realizan con los aparatos de radiología portátiles en la práctica diaria.

Objetivos secundarios:

- Conocer las principales adversidades que nos encontramos al solicitar este tipo de prueba.
- Analizar la importancia de la radioprotección.

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.

En los criterios de selección se estableció que fueran publicados en los últimos diez años y en idioma español o inglés.

4 Resultados

Las radiografías fundamentales que se realizan con aparatos portátiles son:

- Radiografía de tórax: estudio posoperatorio, valorar evolución del paciente, control de catéter de vía central.
- Radiografía de abdomen.
- Vértebras cervicales en posición lateral.
- Control de fracturas de fémur reducidas.

Los factores que dificultan el estudio con equipos portátiles son los siguientes:

- Grado de conciencia y cooperación del paciente.
- Tamaño a menudo reducido de la zona donde se realiza la prueba.
- Múltiples dispositivos alrededor del paciente: goteros, electrodos, drenajes, sondas.

En cuanto a los pacientes pediátricos, en exploraciones radiológicas a lactantes o niños los problemas de radioprotección se acentúan. Siempre deberemos usar

protectores gonadales y es imprescindible que esta prueba esté justificada. No se deben realizar este tipo de estudios de forma rutinaria. Las pequeñas variaciones de kV y mAs influyen bastante en la calidad de la imagen final. Los pacientes pediátricos son poco colaboradores, por lo que es difícil obtener imágenes sin mover o bien posicionadas y centradas. Si fuese necesario deberemos inmovilizar al niño mediante medios técnicos. Este tipo de estudios pediátricos no se deben de realizar de manera rutinaria.

Es muy importante para disminuir la radiación dispersa, evitar la exposición a otros pacientes o personal que pudiera estar expuestos a la radiación secundaria. Para evitar la radiación al propio técnico de radiodiagnóstico, este deberá usar los adecuados elementos de radioprotección (protector de tiroides, delantal de plomo y si es posible, gafas plomadas). La radiografía se realizará cuando el técnico y el resto de personas próximas estén a más de dos metros de distancia del paciente. Es imprescindible tratar de realizar la radiografía con una posición lo más perpendicular posible entre el receptor de imagen y el rayo central del tubo.

Las radiografías de tórax portátil suponen el 40% de todas las radiografías solicitadas en UCI. También es importante la correcta identificación del paciente en cada imagen para evitar errores a la hora del diagnóstico. La ventaja de realizar este tipo de estudios es la rapidez para realizar la radiografía. Por el contrario las desventajas son numerosas: aumento de dosis de radiación a pacientes, paredes y habitaciones sin plomar, radiación innecesaria al paciente de la cama contigua, aumento de la silueta cardiaca por disminución de la distancia foco-placa.

5 Discusión-Conclusión

Este tipo de pruebas realizadas de manera portátil se solicitarán cuando estén debidamente justificados, ya que suponen una mayor dosis de radiación para el técnico de radiodiagnóstico que el resto de exámenes realizados en las salas convencionales. Si se realizan con equipos digitales proporcionarán de inmediato las imágenes con una alta calidad.

Con la tecnología digital se realizan menos repeticiones de radiografías y un diagnóstico rápido y preciso. Se evitarán radiografías portátiles innecesarias o repeticiones de las mismas. Por lo que es muy importante ajustar lo máximo las técnicas empleadas dado el estado en el que se encuentran estos pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 109

RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA

ADRIAN LOPEZ RAMOS

1 Introducción

La radiología pediátrica se encarga de todas las técnicas de imagen del niño desde la etapa prenatal hasta la edad adulta. En esta etapa, es necesario adaptar las técnicas de imagen a los niños, minimizar la dosis de radiación todo lo que nos sea posible y elegir el medio de contraste más adecuado a cada prueba y edad. También es muy apropiado cuidar el entorno (que no sea hostil), los técnicos de rayos precisan desarrollar aptitudes y habilidades para el manejo de los niños, así como desarrollar habilidades comunicativas con los niños y sus padres o familiares.

Los técnicos en las salas de pediatría a veces es necesario utilizar guías. Las guías son una herramienta educativa para ayudar al técnico a realizar adecuadamente las pruebas radiológicas. Estas guías el técnico de rayos no debe usarlas como dogma y debe usarlas desde el punto legal y desde una correcta praxis. El técnico de rayos debe seguir un protocolo basado en el conocimiento actualizado, con los medios disponibles y adecuados a las necesidades del paciente para proporcionar una atención efectiva y segura.

En el caso de que el paciente vaya acompañado de familiares, es posible que estos ayuden en el procedimiento a seguir, ya sea en la sujeción del niño, o en la comunicación con este.

El técnico debe emplear la técnica adecuada para cada niño, (siguiendo siempre el principio de ALARA), cómo conocer todas las proyecciones que debe emplear en cualquier situación. ALARA significa: «As Low As Reasonably Achievable»

es decir «tan bajo como sea razonablemente alcanzable». Este es uno de los principios básicos para establecer cualquier medida de seguridad radiológica.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar la aplicación de radiología en pediatría.

Objetivos secundarios:

- Exponer la necesidad de adoptar habilidades comunicativas y adaptativas cuando las pruebas van dirigidas a la población infantil.
- Incidir en la importancia de la dosificación de la radiación y de la protección del niño, de los familiares y de los que auxilian el proceso.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tantos los radiólogos como los técnicos de rayos tienen la obligación de minimizar la dosis de radiación del paciente, manteniendo la calidad de imagen necesaria para el diagnóstico. Es preciso tener en cuenta la edad y el hábito constitucional del paciente (es decir, altura, peso o índice de masa corporal).

Técnicas radiológicas.

Todas las imágenes que obtengamos deben poseer la siguiente información:

- Identificación del paciente.
- Hospital
- Fecha y hora del examen.
- Lateralidad (derecha o izquierda) de la zona anatómica estudiada.

La tasa de repetición de los estudios debe ser parte del proceso de control de calidad de rutina. El técnico, una vez terminada la prueba del paciente, debe mirar las radiografías y observar si son de buena calidad, por lo que, es conveniente

que el paciente no marche por si hubiera que repetir alguna. Hay que emplear los métodos de inmovilización apropiados y la asistencia adecuada para asegurar la obtención de imágenes con calidad diagnóstica en pacientes que no pueden cooperar o que no pueden ser posicionados de forma habitual (por edad, o limitaciones físicas).

Es preciso evitar la radiación innecesaria de los trabajadores. La colaboración de familiares pueden facilitar la cooperación de los niños más pequeños (incluso así los niños se sentirán más tranquilos). El técnico no debe emplear rejillas antidifusoras en los exámenes radiológicos de bebés y niños pequeños. Para adolescentes de gran tamaño, se utilizan protocolos similares a los adultos.

El técnico de rayos debe poner a los pacientes los protectores gonadales, oculares, tiroideos etc, cuando sean necesarios y no interfieran con la región a examinar. Las radiografías portátiles en las unidades de neonatos, cuidados intensivos, en estos casos hay que utilizar equipos portátiles capaces de emplear kilovoltaje y miliamperajes adecuados para obtener radiografías de calidad diagnóstica.

5 Discusión-Conclusión

Cuando trabajamos los técnicos de rayos con niños tenemos que tener claro que estos no son adultos grandes, tenemos que desarrollar aptitudes y habilidades para el manejo de los niños. Si algún familiar sujeta algún niño dentro de la sala deberemos darles protecciones plomadas, como si es una mujer preguntar si pudiera estar embarazada. En caso de estarlo deberá entrar otro familiar o utilizar otros medios.

Los portátiles que hagamos en la planta o en unidad de cuidados intensivos deberemos poner protección al paciente a explorar así como a los pacientes colindantes, como al personal cercano que está trabajando como también a nosotros mismos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 110

REALIZACIÓN DE UNA CORRECTA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

ADRIAN LOPEZ RAMOS

1 Introducción

La radiografía de tórax es el examen radiográfico que más se realiza en los centros sanitarios. Es un método no invasivo que, a través de un haz de radiaciones electromagnéticas (más conocidas como rayos x) atraviesan el cuerpo del paciente y son “recibidas” por un detector colocado al otro lado, obteniendo así una imagen en blanco y negro o escala de grises (dependiendo de las densidades de los órganos y estructuras del cuerpo humano) del corazón, pulmones, bronquios, columna dorsal y huesos torácicos. La toma de dicha imagen supone la exposición del paciente a una pequeña dosis de radiación que es absorbida por el cuerpo. Es un procedimiento rápido y que no supone un alto coste y que además nos da una amplia información diagnóstica. Se realizan dos proyecciones, AP o antero-posterior y lateral izquierdo en bipedestación (estos términos se refieren a la zona por la que el haz de rayos x “entran” en el paciente antes de que este llegue al detector).

Gracias a ella, los médicos pueden diagnosticar y tratar patologías de todo tipo, como neumonía, cáncer de pulmón, enfisema. En la actualidad, es uno de los exámenes principales que nos ayudan a detectar la “presencia” de COVID-19.

2 Objetivos

- Exponer los criterios básicos para realizar una correcta radiografía de tórax.
- Enumerar qué nos revela una radiografía de tórax.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda y revisión de información bibliográfica en diferentes bases de datos como Medfinis o Wikipedia así como Google Académico utilizando palabras clave como “radiografía de tórax” o “placa de tórax”. Además de la propia experiencia con técnico en el servicio de radiología del Hospital Universitario Central de Asturias.

4 Resultados

La radiografía de Tórax es utilizada frecuentemente para diagnosticar una enfermedad. Si un paciente acude al servicio de urgencias con tos, falta de aire, dolor en el pecho, entre otros síntomas lo más habitual es que el médico le pida dicha prueba.

Vamos a enumerar algunas de las cosas que nos “revela” este estudio radiológico:

- Los pulmones y su estado: la radiografía de tórax puede diagnosticar neumotórax, cáncer, infecciones pulmonares incluso enfermedades crónicas como EPOC o fibrosis quística.
- El corazón: su forma y tamaño nos da información como un derrame en el pericardio o insuficiencia cardíaca.
- Fracturas: también ayuda a visualizar fracturas en los arcos costales, clavículas.
- Presencia de catéteres o marcapasos: es muy útil en comprobar la correcta colocación de estos incluso de sondas en pacientes graves.
- Postoperatorios: para llevar un seguimiento tras una intervención en el tórax.

Para la correcta realización de la radiografía de tórax hay que seguir unos criterios básicos:

- El paciente debe despojarse de cualquier prenda que lleve cremalleras, imperdibles, botones o cualquier objeto metálicos. Lo ideal es que esté desnudo/a de cintura para arriba.
- Debe quitar cadenas, medallas o colgantes que lleve en el cuello, así como pendientes o piercings que puedan interferir en la imagen.
- El paciente se colocará de espaldas al tubo de rayos x (posición PA), de pie, con los brazos en posición de “jarra” para facilitar la salida de las escápulas del campo pulmonar. Aunque en ocasiones el paciente no puede colocarse en bipedestación, así que realizaremos la prueba en decúbito supino (posición AP)
- Debe realizarse en inspiración máxima y en apnea (es muy importante que el paciente llene los pulmones todo lo posible aunque no siempre es posible).

- Debe incluir todas las estructuras anatómicas, desde vértices pulmonares hasta la totalidad de los senos costó diafragmáticos y también estar bien centrada.
- Los extremos de ambas clavículas deben estar situadas a la misma distancia de las apófisis espinosas.
- En mujeres con mucho volumen mamario sería necesario separar ambas mamas hacia afuera para evitar la superposición del tejido mamario en los campos pulmonares. Preguntar siempre en mujeres en edad fértil la posibilidad de estar embarazadas.
- Se realizará además una segunda proyección en posición lateral izquierda (se coloca el lado izquierdo para evitar la “ampliación” del corazón) con los brazos elevados.
- Debe estar penetrada, es decir con un kilo voltaje alto y así poder ver la columna dorsal a través del corazón.

Hay que tener en cuenta que no todos los pacientes llegan al hospital o centro sanitario en las mismas condiciones, por lo que el técnico siempre tiene que valorar cuál es la mejor manera para que la radiografía sea óptima.

5 Discusión-Conclusión

Como decíamos al principio, la radiografía de tórax es uno de los exámenes radiográficos más comunes por su bajo coste y su rápida realización. Aporta gran información diagnóstica, que comparada con otros estudios previos que pueda tener o aportar el paciente, es muy útil para la valoración de patologías respiratorias u otras enfermedades, ya sean crónicas o no. Por eso es muy importante la correcta realización de la misma, aunque no siempre es posible por las circunstancias y el estado de cada paciente.

Además, actualmente en esta pandemia que nos sacude, es uno de los exámenes habituales que más se realizan para examinar la presencia de COVID-19.

6 Bibliografía

1. <https://www.google.es/amp/s/www.radiologyinfo.org/sp/amp/chestrad.html>
2. <https://www.medfinis.cl/img/manuales/rxtxnormal.pdf>.
3. <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/chest-x-rays/about/pac-20393494>.
4. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/42903703/LIBRO_RADIOLOGIA_BASICA.pdf?1456071452=&response-content-

Capítulo 111

LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

CAROLINA PÉREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Etimológicamente la palabra histerosalpingografía proviene del griego antiguo, (ὕστερα: 'histeria': útero) + (σάλπιγξ: 'salpinx': trompa) + (γράφω: 'grafós': escribir); es decir, se refiere al estudio o descripción por medio de dibujos o trazados (imágenes) del útero y las trompas de Falopio.

La histerosalpingografía (HSG) se trata de una técnica radiológica consistente en la administración de un medio de contraste yodado hidrosoluble radiopaco a través del cuello cervical uterino. Va a permitir la visualización de la morfología y funcionalidad de las Trompas de Falopio, de la cavidad uterina, así como la cavidad peritoneal adyacente. Las imágenes son adquiridas mediante un equipo de fluoroscopia y el uso de rayos x (telemando) en el servicio de radiodiagnóstico. Resulta primordial un amplio conocimiento de la anatomía normal/patológica, las variantes de la normalidad, así como experiencia y pericia en la realización de la técnica, donde las imágenes obtenidas en la exploración radiológica, juegan un papel esencial. Estos aspectos determinarán un correcto diagnóstico por parte del médico radiólogo.

Desde su descubrimiento que data del año 1928, sigue siendo el examen de elección tanto para el estudio anatómico/patológico de la cavidad uterina como de las trompas de Falopio, así como su permeabilidad.

A pesar de todas las nuevas pruebas y técnicas de imagen que se han desarrollado (el ultrasonido, la resonancia magnética, la sonohisterografía y la histeroscopia),

continúa siendo una importante investigación inicial en pacientes que presentan infertilidad u otros problemas endometriales/ tubáricos; ya que posee una sensibilidad del 94% y una especificidad del 92% para la detección de oclusiones tubáricas. Además se trata de una modalidad simple y económica en comparación con otros métodos.

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud, la infertilidad es un problema que va en aumento en nuestra sociedad, siendo las alteraciones tubáricas la causa más frecuente de esterilidad en la mujer.

La esterilidad e infertilidad son un problema creciente en nuestra sociedad. Es por ello que la HSG constituye una técnica diagnóstica de primera línea y la prueba más utilizada en el estudio de la infertilidad femenina a día de hoy, también debido a la creciente popularidad de la medicina reproductiva. Las patologías tubáricas constituyen el 35-40% de las causas de infertilidad.

La función tubárica puede verse afectada por una infección o daño quirúrgico. El bloqueo de las trompas puede afectar a la parte proximal, media o distal. También pueden producirse adherencias peritubáricas, (infección, tuberculosis, inflamación cirugías previas, endometriosis y embarazo ectópico) que se tratan de factores peritoneales que desencadenan una subfertilidad tubárica.

Por otro lado, las anomalías de la cavidad uterina (fibromas, pólipos endometriales, adherencias intrauterinas o sinequias y anomalías congénitas del conducto mülleriano) también pueden ser causa de subfertilidad en alrededor del 10% de las mujeres.

La anovulación puede deberse a amenorrea hipotalámica funcional, insuficiencia ovárica prematura o síndrome de ovario poliquístico.

Por su disponibilidad, ser relativamente barato en comparación con otras pruebas diagnósticas y menos invasivo (suele presentar una baja probabilidad de complicaciones asociadas a la prueba).

Se trata de una exploración de gran fiabilidad, poco dolorosa y con mínima radiación para las pacientes (es mucho menor que la recibida en un TAC). Es de vital importancia un buen entrenamiento y gran experiencia por parte del equipo del servicio de radiodiagnóstico para un diagnóstico normal/patológico acertado.

2 Objetivos

- Dar a conocer la técnica de HSG.
- Describir, sus aplicaciones clínicas (indicaciones y contraindicaciones), consideraciones pre y post-procedimiento así como los hallazgos radiológicos de nor-

malidad/patología más comunes y las posibles complicaciones que puede presentar la prueba.

3 Metodología

Para realizar este trabajo he realizado una investigación mediante la búsqueda sistemática de libros, manuales y protocolos de diferentes servicios de salud y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Cochrane, Google académico y Google books; seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

4.1. INDICACIONES:

Las principales indicaciones para realizar un estudio mediante HSG son:

- Causas de infertilidad, esterilidad (primaria/secundaria).
- Abortos de repetición.
- Sospecha de anomalías congénitas.
- Estudio previo a tratamiento de reproducción asistida.
- Comprobación de la permeabilidad tubárica
- Planificación de histeroscopia.
- Valoración postquirúrgica de ligadura de trompas, así como el control tras la cirugía o reversión de ligadura.
- Control tras cirugía de la cavidad uterina.

Otras indicaciones:

- Sintomatología ginecológica: dolor pélvico, ciclos menstruales irregulares, sangrado vaginal irregular.
- Sospecha de otras anomalías: fibroma uterino, secuelas de embarazo ectópico, engrosamiento o irregularidad endometrial.

En ciertos casos en los que la obstrucción tubárica es leve, existen posibilidades de que el paso del contraste líquido a través de las trompas durante la HSG elimine dicha obstrucción; lo que hace posible conseguir un embarazo fácilmente después de la HSG. Esto hace que la HSG cumpla una función terapéutica además de diagnóstica.

4.2. CONTRAINDICACIONES:

- Absolutas: Embarazo, cirugía uterina reciente, sangrado vaginal activo, infección pélvica activa y alergia al contraste yodado.
- Relativas: sangrado menstrual.

4.3. CONSIDERACIONES PRE-PROCEDIMIENTO:

Resulta de vital importancia la realización de una correcta anamnesis:

- Antecedentes alérgicos (alergia al contraste yodado).
- Antecedentes gineco-obstétricos: fecha de última regla así como que la paciente no ha mantenido relaciones sexuales desde entonces (la prueba es abortiva), historia de infecciones pélvicas previas o cirugías, embarazos y/o abortos previos y método anticonceptivo utilizado.
- Descartar contraindicaciones (infecciones pélvicas activas, embarazo).
- También se recogerá el consentimiento informado firmado y una prueba de embarazo reciente.

Se debe considerar la realización de una prueba de embarazo de rutina en mujeres antes de la HSG debido a que la programación en función de las fechas del ciclo menstrual puede no ser confiable. La HSG debe programarse entre los días 7 -12 del ciclo menstrual. La literatura radiológica publicada es variable con respecto a dicho intervalo. La justificación para realizar HSG en el intervalo mencionado anteriormente se debe a que el endometrio será más delgado y por lo tanto más fácil de evaluar además de ser poco probable que haya ocurrido la ovulación (ocurre de 24 a 48 horas después del aumento de la hormona luteinizante (LH) generalmente el día 14)).

Intentar tranquilizar a la paciente explicándole en que consiste la prueba, duración aproximada de la misma (20-30'), procedimiento a realizar y posibles complicaciones. Resolver todas las dudas que presente.

Es muy importante que la paciente esté lo más relajada posible para sea más fácil realizar la prueba (colocación del espéculo, menos dolor, etc.) ya que de esta manera colaborará más eficientemente y tendrá menos molestias.

4.4. PREPARACIÓN DE LA PACIENTE:

La paciente acudirá al servicio de radiodiagnóstico en ayunas, habiendo tomado el día previo un laxante o colocación de un enema la noche anterior a la prueba o unas horas antes, para vaciar los intestinos. Esto permite valorar útero y trompas con mayor claridad.

Podría tomar un analgésico (AINEs) antes de la prueba para reducir las molestias.

Acompañar a la paciente a la cabina (con aseo) y explicarle que debe quitarse toda la ropa y objetos metálicos. Se le proporciona una bata y calzas y se le pide que intente vaciar la vejiga todo lo posible.

Ayudar a la paciente a tumbarse en la mesa del telemando en posición ginecológica, colocando los pies en unos estribos y asegurarnos que esté lo más confortable posible.

4.5. REALIZACIÓN/TÉCNICA/PROCEDIMIENTO:

La HSG es una prueba que dura aproximadamente 20-30 minutos y que normalmente resulta sencilla de realizar por un equipo experimentado. La calidad de las imágenes obtenidas en la exploración radiológica, juegan un papel esencial a la hora de realizar un diagnóstico acertado por parte del médico radiólogo.

4.5.1. MATERIAL: El material necesario se dispondrá sobre un campo estéril. Se debe incluir:

- Paños estériles.
- Guantes estériles.
- Compresas.
- Espéculo.
- Lubricante con tetracaína (disminuye las molestias secundarias a la colocación del espéculo).
- Contraste yodado hidrosoluble en una cápsula estéril.
- 2 jeringuillas de 20cc (para la introducción del contraste y para inflar el balón).
- Betadine vaginal en una cápsula estéril.
- Pinza kocher recta sin dientes (para acceder mejor al interior de la vagina para desinfectar la zona y para introducir la sonda).
- Catéter de HSG: Existen 2 tipos principalmente:
- Sonda con balón tipo Foley (5 ó 7 French) situada a nivel del canal cervical, entre el orificio cervical interno (OCI) y el orificio cervical externo (OCE). Contiene dos luces, una de ellas hincha el balón distal para anclar el catéter, y la otra permite introducir contraste.
- Sistema de vacío desechable tipo campana (25 mm, 30 mm y 35 mm) que se adapta al cérvix y una cánula central que se introduce en el OCI. Este dispositivo incorpora un introductor/manipulador semirígido para facilitar su introducción y reducir las molestias en la paciente. También contiene dos luces como el anterior con idéntica finalidad.
- Dilatador romo endocervical (opcional).
- Suero salino (para hinchar el balón distal del catéter).

4.5.2. EQUIPO DE SALA: equipo de fluoroscopia (telemando), monitor para visualizar las imágenes desde dentro de la sala de RX, material de protección (mandil, protector cervical, gafas plomadas), foco para iluminar la zona de interés, etc.

4.5.3. EQUIPO HUMANO: radiólogo, enfermera y TSID (Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico).

4.5.4. PROCEDIMIENTO:

El primer paso será preparar un campo estéril mediante la utilización de varios paños estériles: Uno debajo de la pelvis y el resto cubriendo piernas y abdomen). El TSID usará el pedal de la fluoroscopia y del disparo de radiografías desde la consola del telemando. El radiólogo se encuentra al pie de la paciente con un monitor para visualizar la exploración, por lo tanto se equipará con las medidas de protección radiológica necesarias (chaleco o traje plomado, protección tiroidea, y gafas plomadas). Se centrará el telemando 5 cm por encima de la sínfisis púbica y en la línea media de la paciente:

1º: Se realiza una primera radiografía simple (vacío) anteroposterior (AP) de la pelvis para valorar calcificaciones.

2º: Se procede a limpiar el periné y los genitales externos con antiséptico (betadine), colocar el espéculo vaginal (con lubricante) y echar antiséptico en el interior de la vagina.

3º: Una vez localizado el OCE se procederá a introducir la sonda previamente conectada a la inyección de contraste y purgada (evita la entrada de burbujas de gas que pueden falsear la imagen). A continuación se infla el balón Foley con la jeringa de suero (mejor que aire, por si se rompe el balón) anclándolo en el canal cervical.

4º: A continuación se procede a la introducción de contraste yodado hidrosoluble con control fluoroscópico y adquisición de imágenes. El contraste debe inyectarse de manera constante, lenta y a baja presión, para prevenir dolor por una distensión brusca de la cavidad uterina, y a su vez, permitir que transcurra el tiempo suficiente para obtener las imágenes necesarias.

Por lo tanto, el objetivo principal es rellenar lentamente la cavidad uterina y ambas trompas hasta la salida del contraste a la cavidad peritoneal:

5º: En una fase temprana de la infusión con contraste (con escasa repleción uterina) se realiza una radiografía AP, nos servirá para delimitar posibles defectos endometriales.

6º: Se realizará una radiografía también AP con mayor repleción y opacificación inicial de las trompas. Y una más con el útero totalmente distendido.

7º: Obtendremos, a continuación una imagen también en AP donde se demuestre el paso suficiente de contraste de forma bilateral a la cavidad peritoneal.

8º: También obtendremos imágenes en posición oblicua (izquierda y derecha) y decúbito lateral para elongar las trompas o desplazar estructuras superpuestas; esta última permite valorar la posición uterina (ante/retroversión) además de apreciar el paso del contraste hacia el saco de Douglas (peritoneo).

9º: Por último se realiza una proyección post-evacuación para comprobar la libre distribución del contraste en cavidad peritoneal.

Opcionalmente, y de forma selectiva, pueden realizarse otras proyecciones:

- Tracción del cérvix en casos de marcada anteflexión o retroflexión.
- Decúbito prono para demostrar la permeabilidad de una trompa.
- AP post-retirada del catéter para valorar cuerpo y cérvix uterino.
- Rx tardías (30' después de la introducción del contraste) en bipedestación para valorar la distribución del contraste en cavidad peritoneal. Sobre todo en caso de colecciones paratubáricas.

Dos errores comunes a evitar son el reflujo de contraste a vagina y el uso de poco contraste, que dificultarían la correcta repleción de las trompas. Los contrastes hidrosolubles dan una imagen de mayor calidad con menor riesgo de TEP y embolismo cerebral que los liposolubles.

4.6. CUIDADOS POSTERIORES:

Es importante informar a la paciente sobre la posible sintomatología que podría presentar tras el procedimiento como:

- Dolor en las primeras horas, similar al de una regla; en este caso se podrían administrar AINES. El ácido acetil salicílico no sería recomendable por su efecto anticoagulante.
- Sangrado (por uno o dos días).
- No sería necesario mantener reposo.

También recalcar ciertos síntomas de alarma como fiebre, sangrado intenso o dolor incontrolable. En este caso debería acudir a un centro sanitario para una valoración médica.

4.7. COMPLICACIONES: Asociadas a la HSG se pueden dividir en:

4.7.1. FRECUENTES PERO AUOLIMITADAS:

- Dolor: La principal complicación es el dolor por calambre abdominal (80%); en la mayoría de los casos sin necesidad de tratamiento. Un pequeño porcentaje pueden experimentar dolor severo, debido a la distensión uterina excesiva o a obstrucción uni/bilateral de las trompas. Para disminuir el dolor durante la prueba es preferible usar contraste isoosmolar e introducirlo lentamente. El dolor debe ser moderado y autolimitado, si no hay que sospechar una complicación. Puede recomendarse la administración de AINEs 1h antes de la prueba para aliviar los calambres.
- Sangrado leve (1-2 días).
- Intravasación venosa o linfática: Actualmente inocua debido al uso de contrastes hidrosolubles.
- Reacción vasovagal.

4.7.2. MUY POCO PROBABLES PERO GRAVES:

- Infección pélvica: la menos frecuente pero la más grave. Como prevención se suele indicar antibiótico profiláctico en pacientes que presentan dilatación tubárica, adherencias pélvicas importantes o antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Reacción alérgica: al contraste o al material utilizado para la prueba. Ha habido casos raros de shock y embolismos pulmonares y cerebrales con medios de contraste liposolubles, por lo que se deben usar medios hidrosoluble.
- Embolismo.
- Perforación uterina o de las trompas.

4.8. HALLAZGOS Y DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES:

4.8.1. Hallazgos dentro de la normalidad:

- Doble contorno uterino: fase temprana de embarazo o fase secretora tardía del ciclo.
- Glándulas cervicales.
- Quistes del conducto de Gartner.
- Pólipos tubáricos.
- Cambios postquirúrgicos.
- Pliegues miometriales.
- Útero infantil.
- Alteraciones técnicas:
- Intravasación del contraste: hacia venas o vasos linfáticos uterinos u ováricos.

- Por burbujas: pequeños defectos de repleción en la cavidad uterina que cambian con la posición de la paciente. Son muy comunes y desaparecen a lo largo del estudio.
- Estenosis cervical.
- Trompa bloqueada: por obstrucción o espasmo.
- Cambios postquirúrgicos.
- Restos menstruales.
- Aire y heces en colón.

4.8.2. Patología uterina:

- Defectos de repleción:
- Leiomiomas.
- Pólipos endometriales.
- Sinarquías uterinas.
- Anormalidades del contorno uterino:
- Hipertrofia endometrial.
- Adenomiosis
- Anomalías congenitas mullerianas: o Útero unicorne. o Útero didelfo. o Útero bicorne. o Útero septo. o Útero arcuato.

4.8.3. Patología tubárica:

- Obstrucción tubárica.
- Espasmo tubárico.
- Hidrosalpinx.
- Fallo en micro-inserto tubárico.
- Salpingitis ístmica nodosa.

4.8.4. Patología intraperitonea: síndrome adherencial pélvico.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de la radiología mediante fluoroscopia (con telemando) se ha visto mermada con la aparición de pruebas alternativas más eficientes en el campo del diagnóstico por imagen (ultrasonido, RM, TAC, sonohisterografía y la histeroscopia); sin embargo, la HSG sigue siendo una técnica de gran valor y ampliamente utilizada que estudia principalmente los problemas de infertilidad, evalu-

ando las posibles patologías tubáricas y la detección de patologías asociadas a la esterilidad e infertilidad.

La infertilidad afecta a una proporción significativa de la población, siendo un problema que va en aumento. Las patologías tubáricas constituyen el 35-40% de las causas de infertilidad, siendo la causa más frecuente de esterilidad en la mujer. Por otro lado, las anomalías de la cavidad uterina (fibromas, pólipos endometriales, adherencias intrauterinas o sinequias y anomalías congénitas del conducto mülleriano) también pueden ser causa de subfertilidad en alrededor del 10% de las mujeres.

Es por ello que la HSG constituye una técnica diagnóstica de primera línea y la prueba más utilizada en el estudio de la infertilidad femenina a día de hoy, también debido a la creciente popularidad de la medicina reproductiva.

Por su disponibilidad, ser relativamente barato en comparación con otras pruebas diagnósticas y resultar menos invasivo (suele presentar una baja probabilidad de complicaciones asociadas a la prueba), sigue siendo ampliamente utilizado, a pesar de la presencia de otros métodos complementarios.

Se trata de una exploración de gran fiabilidad, poco dolorosa y con mínima radiación para las pacientes (es mucho menor que la recibida en un TAC). De ahí la importancia de un adecuado entrenamiento y experiencia por parte del equipo del servicio de radiodiagnóstico tanto en la técnica como en la realización del procedimiento y en la interpretación de las imágenes. Siendo el objetivo principal el correcto diagnóstico normal/patológico.

Se requiere una mayor investigación para implementar e integrar el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad principalmente en los países desarrollados, donde este problema va en aumento.

6 Bibliografía

1. Maseda, Sr Andoni López, et al. "Histerosalpingografía: lo que tanto radiólogo como tecnólogo deben conocer. *Seram*. 2022; 1(1).
2. Zhu, Xiaqun Xu, et al. Histerosalpingografía. ¿sigue siendo una exploración útil?. *Seram*. 2022; 1(1).
3. Juarez, Jonathan Suarez, et al. La histerosalpingografía existe: la situación en nuestro centro. *Seram*. 2022; 1(1).
4. Ramos gonzález, Miguel, et al. El estudio de la histerosalpingografía. Universidad europea. 2022.
5. Salgado, Andrea Salazar, et al. Aspectos básicos de la Histerosalpingografía. *Seram*. 2018; 2(1).

6. Garatea Aznar, P., et al. Histerosalpingografía. Lo que debe saber el radiólogo general. *Seram*.2018; 2(1).
7. Buenrostro-Aldana, M., and K. Kimura-Fujikami. El papel de la histerosalpingografía en los problemas de infertilidad. *Anales de Radiología, México*. 2015; 14(3): 327-335.
8. Herr, Keith, et al. Rate of detection of unsuspected pregnancies after implementation of mandatory point-of-care urine pregnancy testing prior to hysterosalpingography. *Journal of the American College of Radiology*. 2013; 10(7): 533-537.
9. Chalazonitis A, Tzovara I, Laspas F, Porfyridis P, Ptohis N, Tsimitselis G. Hysterosalpingography: technique and applications. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2009; 38(5):199–205.
10. Toufig, Hind, et al. Evaluation of hysterosalpingographic findings among patients presenting with infertility. *Saudi Journal of Biological Sciences*. 2020; 27(11): 2876-2882.
11. Simpson Jr, William L., Laura G. Beitia, and Jolinda Mester. "Hysterosalpingography: a reemerging study. *Radiographics*. 2006; 26(2): 419-431.

Capítulo 112

HISTEROSALPINGOGRAFÍA (HSG)

YASMINA LÓPEZ ARIAS

SUSANA FERNANDEZ LAVIANA

MÓNICA HEVIA MARTIN

1 Introducción

En la actualidad es una técnica que en muchos lugares de trabajo ha quedado en desuso.

Sin embargo, en algunos hospitales se sigue realizando como método de cribado para la fertilidad femenina, permitiéndonos dar información eficaz de las trompas de Falopio y la cavidad uterina.

Uno de los motivos por el que estas técnicas no se utilizan se debe a que la sala de telemando ha quedado obsoleta y se han ido sustituyendo por otros medios diagnósticos y otras pruebas como la sonohisterosalpingografía (SHSH) que se basa en la utilización de un ecógrafo y una solución fisiológica frente a la radiación y el contraste yodado que se utiliza con el método de la Histerosalpingografía (HSG) en el Telemando.

En este capítulo describiremos el papel que desempeña el técnico de rayos en la sala de telemando.

Preparación previa del material con el que se lleva a cabo la Histerosalpingografía (HSG).

Haremos una breve descripción del telemando.

Preparación del técnico y de todo el equipo que interviene, radiólogo y ginecólogo.

Veremos en que consiste la sonohisterosalpingografía (SHSG).

Describiremos brevemente para que está indicada la realización de dicha prueba. Las diferencias entre la Histerosalpingografía (HSG) y la sonohisterosalpingografía (SHSG).

Contrastes utilizados para la prueba protección radiológica utilizada durante la prueba.

2 Objetivos

El objetivo principal es describir:

- Las ventajas y desventajas de ambas pruebas.
- Funciones del técnico desde la recepción del paciente hasta la finalización de la misma.

3 Metodología

El método utilizado para realizar este trabajo ha sido nuestra propia experiencia laboral como técnico de rayos en el hospital y nos hemos apoyado revisando algunas páginas web y artículos científicos para completar y ampliar nuestra información para completar el capítulo.

4 Resultados

La sala en la que se realizan las Histerosalpingografía (HSG) es el telemando.

En el Telemando se realizan diferentes pruebas mediante una mesa y un tubo de rayos X móviles, lo que permite obtener un estudio dinámico y radiografías en diferentes posiciones. Las imágenes se producen a través de un sistema de rayos X denominado fluoroscopia, y un medio de contraste.

Para la realización de la prueba el equipo que participa consta de técnico de radiología, un ginecólogo y el médico radiólogo.

Las funciones del técnico son las siguientes:

Recepción y atención del paciente a su llegada al servicio. Así como explicarle en que consiste la prueba, las posturas que debe tomar y los síntomas durante la misma.

Preparación de la sala.

Preparación del material que usará ginecología.

Medios de contraste utilizados.

Para la realización de la HSG en primer lugar el técnico es el encargado de preparar la sala, cuya preparación consiste en poner a los pies de la mesa las pantallas para el ginecólogo donde verá las imágenes que va tomando el radiólogo durante la prueba.

La mesa de telemando dispone de unas perneras que debemos de acoplar para que la paciente se tumben en posición ginecológica.

Dispondremos de una almohada para comodidad del paciente así como de una sábana sobre la mesa.

Posicionaremos una lámpara a los pies de la mesa para que la ginecóloga pueda ver mejor.

Una vez la mesa preparada prepararemos de manera estéril el campo y el material que consta de;

Una batea con una solución de suero fisiológico y betadine vaginal.

Vaselina

Gasas

Espéculo y pinzas

Catéter con balón de inflado, jeringa contraste yodado con una concentración de 240

Histerómetro

Guantes estériles para ginecología.

La HSG es una prueba de rayos X gracias a la cual podemos comprobar el estado de las trompas de Falopio y la cavidad uterina. Se utiliza en caso de que existan sospechas de malformaciones, problemas de fertilidad o dolencias en general

Consiste en introducir un contraste yodado a través de un catéter mientras que el radiólogo desde la consola de mando realiza una serie de radiografías dinámicas de como el contraste va pasando a las trompas de Falopio para demostrar la permeabilidad de las mismas.

Este proceso puede ser molesto e incluso doloroso para muchos pacientes. Debemos de asegurarnos de que no exista posibilidad de embarazo.

En muchos casos existe la obstrucción de estas trompas que gracias a la realización de la prueba logra desobstruirlas.

Las ventajas de la HSG:

Aporta mucha información en muy poco tiempo, ya que la prueba no supera los 20 minutos.

Puede destaponar las trompas durante el paso de contraste como hemos dicho.

No queda radiación tras la realización de la misma.

No existen efectos secundarios por la utilización de los rayos x en este examen.

Existen unos riesgos aunque son mínimos y son los siguientes:

En relación al contraste como cualquier contraste yodado puede desencadenar alergias en algunos pacientes.

El paciente puede sentir dolor durante la prueba al paso del contraste o dolor abdominal tras ella.

La dosis efectiva de radiación puede variar en este procedimiento.

En cambio la novedosa técnica de la sonohisterosalpingografía que se está llevando a cabo en muchos lugares de trabajo como sustituta a la HSG, utiliza ondas sonoras para producir imágenes a través de una ecografía transvaginal.

La gran diferencia que no utiliza radiación, ya que se lleva a cabo mediante ecografía y que a través del catéter se inyecta una solución salina o gel espumoso que hace la misma función que el contraste yodado para rellenar el útero y visualizar las trompas de Falopio y su permeabilidad.

Existen más ventajas que utilizando la HSG clásica y, por ello, cada vez hay más mujeres y ginecólogos a favor de utilizar este nuevo método.

Ventajas:

No es invasiva ni utiliza rayos x.

Las molestias ocasionadas son mínimas

Es más rápida, ya que no supera los 10 minutos

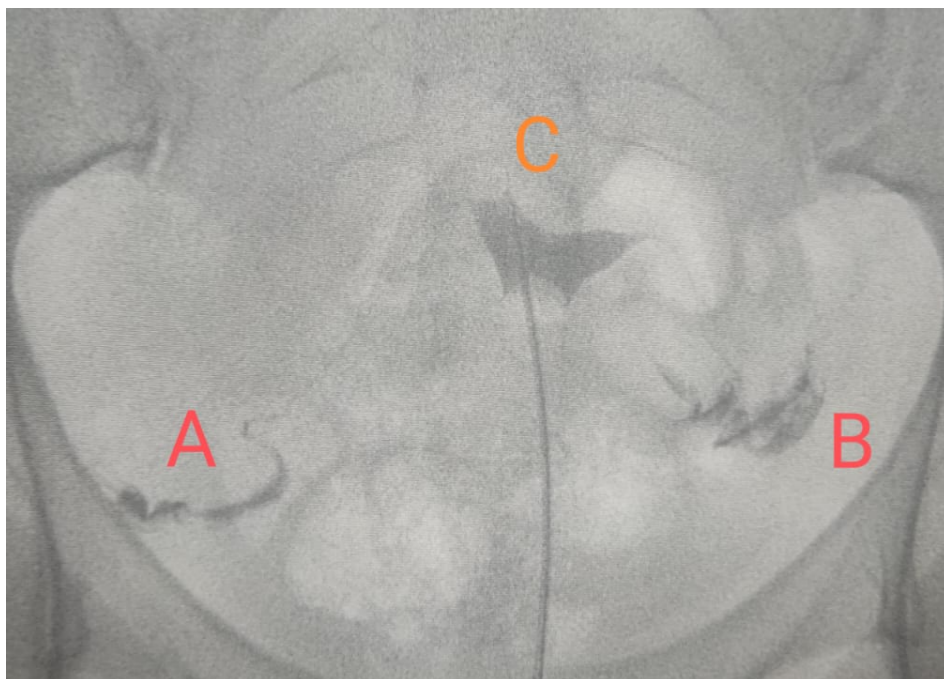
Puede hacerse en la misma consulta de ginecología y obtener resultados en el mismo momento.

Las probabilidades de reacción alérgica a la solución salina son mínimas.

Las imágenes obtenidas son de mayor calidad y nitidez.

Ambas pruebas tienen ciertas limitaciones que para valorar ciertas sospechas de cavidad uterina u otras estructuras de pelvis se llevaría a cabo una resonancia magnética.

En la imagen se observa una HSG en la que A es la trompa derecha, B es la izquierda y C es el útero con contraste. En la imagen podemos apreciar la permeabilidad de ambas trompas de Falopio.



5 Discusión-Conclusión

La continua formación y actualización tanto de los conocimientos del técnico como de las nuevas tecnologías y métodos diagnósticos es esencial para un diagnóstico rápido y eficaz.

Por ello es muy importante que las instituciones sanitarias cuenten con las novedosas tecnologías y le den una esencial importancia a la continua formación de los equipos de los diferentes servicios, esto llevara a unas ventajas en cuanto a la atención y la calidad del paciente la cual debemos dar prioridad.

La finalidad de este capítulo es hacer saber de la importancia de la constante implicación y actualización para dichas pruebas valorando siempre la atención al paciente.

6 Bibliografía

Citado el 14 de Noviembre de 2022 <https://www.reproduccionasistida.org/tipos-de-histerosalpingografia-ventajas-riesgos-y-limitaciones/>

Citado el 14 de Noviembre de 2022 <https://revistaginecologia.com/>

sonohisterosalpingografia-con-contraste-prueba-fertilidad-femenina-dolor-radiacion/?amp

Capítulo 113

DETECCIÓN DEL ESTAFILOCOCO AUREUS EN EL LABORATORIO

RAQUEL ESTEVEZ RODRIGUEZ

CONCEPCION PEDRAYES PEON

1 Introducción

El estafilococo Aureus es una bacteria anaerobia, gran positiva, es una cepa bacteriana resistente a la meticilina (penicilina semisintética) descubierta en 1961, y a la penicilina descubierta en 1947. Actualmente hay otra variante resistente a la Vancomicina.

El estafilococo Aureus se encuentra en la piel de individuos, habitualmente en las fosas nasales. Pacientes sanos, que en un momento determinado ven disminuido su sistema inmunológico, pueden verse infectados por este patógeno y desarrollar una infección. Si no son tratados adecuadamente, las infecciones por MRSA pueden causar sepsis, lo que puede hacer que se debiliten los órganos y provocar la muerte. Aproximadamente el 40% de personas sanas están colonizadas por este patógeno.

Los porcentajes citados son más elevados en personas hospitalizadas o en aquellos que trabajan en un hospital.

Su patología y virulencia le permiten vivir en el huésped y en el ambiente sobreviviendo a las condiciones ambientales.

A veces los portadores son pacientes que tiene la bacteria, pero no presentan ningún síntoma.

Es una bacteria de gran importancia debido a que ofrece muchas resistencias.

Las personas más vulnerables de este patógeno son:

- Diabéticos tipo 1
- SIDA
- Pacientes intrahospitalarios por cirugías, hemodializados.
- Drogodependientes
- Vectores con equipos hospitalarios.
- Manipuladores de alimentos
- Quemados
- Resistencias a antibióticos.

Las infecciones resistentes a la meticilina (SARM) comienzan con protuberancias pequeñas que rápidamente se transforman en abscesos profundos de pus con picazón, hinchazón, dolor poniendo en riesgo la vida del paciente.

2 Objetivos

Estudiar la detección en laboratorio de estafilococo aureus y las enfermedades que causa.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se consultaron numerosas bases de datos científicas entre las que se encuentran: elsevier, google académico, pubmed, medline plus...

Para realizar la búsqueda se han utilizado diversas palabras clave entre las que se encuentran: MRSA, catalasa, coagulosa, Gran, laboratorio.

4 Resultados

Enfermedades causadas por estos estafilococos:

- Síndrome de la piel escaldada: descamación de la epidermis en neonatos y lactantes.
- Celulitis en cara y cuello: toma zona enrojecida, descamada y con edema.
- Intoxicación alimentaria: alimentos contaminados que producen vómitos y cólicos abdominales.
- Impétigo: eritema en cara habitualmente en niños.
- Forúnculos o ántrax: piodermas.
- Endocarditis: afecta al endotelio del corazón y a válvulas cardíacas. Produce soplos.

- Osteomielitis: destrucción de los huesos largos en niños y vértebras en adultos.
- Artritis séptica.
- Abscesos: pus en piel, mucosas de diferentes órganos y material protésico.
- Foliculitis: infección en folículos pilosos.
- Sepsis o bacteriemia.
- Peritonitis: pacientes en diálisis peritoneal.
- Meningitis: afectación del sistema nervioso.
- Síndrome de coagulación intravascular diseminada: estimulación excesiva de los factores de coagulación ocasionando trombos por depósitos de fibrina y finalmente fibrinólisis. Potencialmente mortal.
- Neumonía.

Para detectarlo en el laboratorio se desarrollan distintas técnicas bioquímicas.

Es una bacteria:

- anaerobia facultativa (no utiliza oxígeno en su metabolismo). Las placas donde sembramos van en campana de anaerobios.
- Gran - positiva; se tiñen de color azul con esta tinción.
- Coagulosa positivo, primeramente realizamos la prueba de coagulosa en portaobjetos.

En un porta echamos dos gotas de solución salina donde disolvemos una colonia de nuestro paciente (una es muestra control y otro problema), añadimos plasma conejo con EDTA, una gota. Se mezcla con aplicador y se lee inmediatamente. Es positiva si tiene aglutinación.

Si la prueba es negativa se confirma con otra prueba de coagulasa en tubo de ensayo, para ello se inocula la colonia en un tubo con plasma. Se incuba una hora y media a 37°C en una estufa, si es negativo continuamos incubándola en estufa hasta el día siguiente,

Lectura:

Positiva – coágulo.

Negativa – el plasma se mantiene líquido.

- Catalasa positivo:

Es una enzima que actúa sobre el peróxido de hidrógeno también llamada comúnmente agua oxigenada.

Sobre un portaobjetos echamos una gota de agua oxigenada, inoculamos colonia (posible de *Estafilococos*). Observamos si la reacción se produce formando una catalización o aparición de burbujas que corresponden a la liberación de oxígeno, lo que indica que la bacteria tiene en la enzima catalasa.

5 Discusión-Conclusión

La presencia de estafilococos aureus indica que falta higiene en la manipulación de alimentos, desinfección de heridas, lavado de las manos.

Al estar presente en suelos, agua y objetos y crecer a una temperatura entre 7°C y 40° C siendo la ideal los 37°C debemos tener mucha precaución y si existe contaminación por este patógeno tomar las medidas de desinfección y si es necesario con medicación usando antibióticos previo antibiograma para detectar las resistencias de esa cepa.

En ocasiones es interesante conocer si una persona es portadora de esta bacteria, pues debe tomar medidas profilácticas, para no contagiar a nadie.

Concluimos diciendo que después del tratamiento quirúrgico, si es necesario se drenarán los tejidos blandos.

También hay que tener en cuenta que puede sobrevivir en las superficies sanitarias más de un año independientemente de su resistencia o sensibilidad, pudiendo desinfectar las superficies con tintura de yodo débil, yodopovidona, digluconato de clorhexidina, glutaraldehído alcalino.

Se administran antibióticos en todos los casos con o sin cirugías y a veces es necesaria la vía parenteral con Vancomicina.

6 Bibliografía

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mrsa/symptoms-causes/syc-20375336ps>:

medlineplus.gov/spanish/ency/article/007261.htm <https://www.efsa.europa.eu/es/topics/topic/meticillin-resistant-staphylococcus-aureus-mrsa>

Capítulo 114

BENEFICIOS Y DESVENTAJAS DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA

ENRIQUE DEL VALLE ÁLVAREZ

1 Introducción

Una resonancia magnética (RM) es un estudio que utiliza un campo magnético y ondas de radio que generan imágenes detalladas de órganos y tejidos. Este estudio no es invasivo, permite diagnosticar tumores, malformaciones y diversos problemas de salud en diferentes partes del cuerpo. Este estudio se puede hacer en diferentes regiones anatómicas, con la misma función y resultados. Los tipos de resonancia magnética por área pueden ser: RM de abdomen RM de cervicales RM de tórax RM de la cabeza RM del corazón RM lumbar RM pélvica

Venografía por RM.

- La base fundamental para las actuales tecnologías de RM fueron aportadas por los descubrimientos del físico y químico Isidor Isaac Rabí, Premio Nobel de Física en 1944. Así, en esta técnica tomográfica, las imágenes se obtienen por las señales procedentes de ciertos núcleos atómicos, previamente excitados con ondas electromagnéticas de radiofrecuencia (RF) específica. Los estudios de Rabí fueron posteriormente desarrollados, de modo independiente, por dos grupos de investigación estadounidenses, pertenecientes a las universidades de

Stanford y Harvard, que descubrieron que los núcleos atómicos son capaces de absorber energía de ondas de radio, cuando estas tienen determinadas frecuencias (entran en resonancia). En RM tiene especial importancia el espín, una propiedad física de las partículas atómicas, que se interpreta como una rotación o momento

angular intrínseco. El núcleo de los átomos consta de los nucleones: protones (carga +) y neutrones (sin carga), formados por partículas elementales llamadas quarks, de los que se han descrito 6 tipos: up (u), down (d), charm (c), strange (s), top/truth (t) y bottom/beauty (b), de los que solo los dos primeros son estables. Los protones constan de tres quarks (dos up y uno down), y los neutrones de otros tres (uno up y dos down). Como los protones poseen carga positiva y un espín distinto de cero, tienen asociado un vector momento magnético (μ): recordemos que toda partícula eléctrica en movimiento genera un campo magnético a su alrededor.

2 Objetivos

- ☒ Explicar los distintos beneficios que tiene la Resonancia Magnética para las personas como técnica de radiodiagnóstico.
- ☒ Estudiar las desventajas que tiene la Resonancia Magnética como técnica de radiodiagnóstico.
- ☒ Introducir las nuevas técnicas emergentes en Resonancia Magnética.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, 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. También se utilizó información del libro “Fundamentos físicos y equipos” de la editorial Síntesis.

4 Resultados

Los beneficios de la resonancia magnética son los siguientes: No utiliza radiaciones ionizantes. No se han encontrado efectos adversos. Tiene muy buena resolución de contraste de los diferentes tejidos y resolución anatómica, que permite la evaluación de estructuras muy pequeñas, que antes no eran visibles. Se pueden obtener imágenes en diferentes planos. Nos da información del metabolismo y composición de los tejidos (Resonancia Funcional) Nos permite hacer estudios vasculares sin aplicar material de contraste El material de contraste utilizado, el Gadolinio, no produce efectos adversos de consideración. Permite realizar imágenes de cuerpo entero.

Las desventajas son las siguientes: Los estudios son más largos (15 minutos o incluso hasta una hora) que requieren de la colaboración del paciente (permanecer muy quietos, colaborar con la respiración) Algunos pacientes con trastornos de conciencia, movimientos involuntarios, en edad pediátrica o con problemas de claustrofobia, requerirán de sedación para poder realizar el examen.

Existe un peligro inherente al campo magnético de alto poder.

Principales técnicas emergentes en RM

1) RM Funcional (RMF): La RMF es un método indirecto de obtención de imágenes que muestra las áreas del cerebro activadas durante la realización de determinadas tareas. La actividad cerebral produce un incremento del consumo de oxígeno, para lo que es preciso un aumento del flujo sanguíneo a nivel local (el metabolismo neuronal precisa glucosa como fuente de energía, y oxígeno para poder metabolizarla).

2) RM Intervencionista: Algunas de sus aplicaciones son: *Biopsias guiadas por RM. *Angio-RM intervencionista (intervención mediante la introducción de catéteres). *Neurocirugía guiada por RM. *Termometría por RM (permite un control preciso del calor que el paciente recibe debido a los pulsos de RF, minimizando así el riesgo de quemaduras).

3) RM en simulación radioterápica: La calidad de las imágenes de RM en un mismo órgano permite distinguir el tejido sano del tumoral mejor que con las imágenes de TC. Así, algunos sistemas modernos de planificación dosimétrica ya disponen de aplicaciones informáticas que fusionan imágenes procedentes de ambas técnicas, consiguiendo una mejor delimitación de la zona tumoral a irradiar.

4) Espectroscopia por RM (ERM): Permite obtener información metabólica de los tejidos, de forma no invasiva. Se puede obtener información de diferentes núcleos atómicos (C, Na, F, K, P y, por supuesto, el H). Los equipos híbridos de PET-RM representan una revolución en la medicina nuclear, pues permiten realizar al mismo tiempo ambos tipos de estudio en un mismo tejido. Presentan la ventaja, con respecto a los equipos de PET-TC, de que la RM, como ya sabemos, no utiliza radiaciones ionizantes (muy útil, por tanto, en embarazadas, niños/jóvenes y pacientes oncológicos).

5 Discusión-Conclusión

Aunque la resonancia magnética tiene algunas limitaciones como se muestra en los resultados, la balanza sigue estando a favor de esta prueba, ya que permite un diagnóstico temprano de algunas enfermedades para tratarlas de la mejor man-

era posible y cuanto antes, además no emplea radiación ionizante por lo que podemos repetir la prueba las veces que sea necesario.

- Se usa cuando mediante otras pruebas diagnósticas más sencillas no se ha podido concretar un diagnóstico médico determinado. No usa radiación ionizante, es indolora, no hay efectos adversos, es posible estudio vascular sin administrar contraste, el principal y más usado contraste en la RMN es: el Gadolinio, el cual no suele producir ningún tipo de reacción adversa. La larga duración de la prueba a veces, prueba ruidosa, provoca ansiedad en pacientes claustrofóbicos, hay que tener precaución con pacientes portadores de marcapasos, implantes, etc.

6 Bibliografía

Introducción a la Resonancia Magnética [Libro][citado 12 nov. 22].

Disponible en: Fundamentos físicos y equipos. 3ª edición. Madrid:

Editorial Síntesis; 2019.

☒ Resonancia Magnética [Internet][citado 12 nov. 22]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedadestratamientos/pruebasdiagnosticas/resonancia-magnet>

Capítulo 115

APLICACIÓN EN LAS HEMORRAGIAS GRAVES EL FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE (RFVIIA)

CONCEPCION PEDRAYES PEON

RAQUEL ESTEVEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La Real Academia de la Lengua define coagular como “hacer sólido un líquido, especialmente la sangre” y a la coagulación como “la acción o efecto de coagular”. Tratándose de la sangre es un estado fisiológico mediante el que se consigue frenar la pérdida de la sangre de los vasos sanguíneos consiguiendo al pasar de un estado líquido y fluido a uno semisólido más gelatinoso. En este proceso intervienen principalmente las plaquetas y los factores de la coagulación.

Las plaquetas tienen forma discoide, no son células propiamente dichas porque carecen de núcleo y contribuyen a la hemostasia adhiriéndose a la del vaso sanguíneo dañado formando un coágulo en la zona lesionada y favoreciendo, de esta manera, la cicatrización del tejido.

Los factores de la coagulación son proteínas plasmáticas. Son un total de 13 identificados por números romanos del I al XIII. Se encuentran inactivos en los vasos sanguíneos y en el caso de acaecer una hemorragia se produce una activación de estos factores por la acción de cofactores (calcio, plaquetas). Su función consiste en la formación de protrombina (FII), en trombina (FII a) y esta transforma el fibrinógeno (FI) en fibrina (FI a).

Uno de los factores, en concreto el factor VII es vitamina K dependiente y su vida media es muy corta oscilando de cuatro a seis horas. Activa varios factores, el factor X y el factor IX, y su deficiencia causa hemorragias de diferentes intensidades, alargando el tiempo de coagulación.

Antes de realizar una intervención de cirugía o para ver la evaluación en urgencias, de complicaciones tromboticas o hemorrágicas, o en pacientes con tratamientos anticoagulados y poder darles los antidotos en aquellos que presenten un INR elevado, en el laboratorio analizamos el tiempo de protombina (PT), medido en segundos, porcentaje, INR, ratio y cuya normalidad está comprendida entre 0,8 y 1,2 del INR. Si este resulta mayor a 1,2 y el paciente no toma anticoagulantes es debido a que uno, al menos, de los factores de la vía extrínseca (factores VII, X, V y II) está o están con un valor inferior al normal alargándose el tiempo de coagulación y provocando consecuentemente la hemorragia.

Cuando una hemorragia incontrolable que no cesa y amenaza la vida, el uso de agentes hemostásicos hace que mejore el estado y la supervivencia de estos pacientes.

2 Objetivos

-Exponer la importancia de implementar la utilización del Factor VII activado recombinante en la hemorragia incontrolada.

3 Resultados

En el laboratorio de hematología del Hospital de Cabueñes se realizó un estudio recientemente que duro dos años, con ocho pacientes que presentaban unas hemorragias muy importantes e incoercibles. La muestra de pacientes de ambos sexos, cinco mujeres y tres hombres, cuatro de los pacientes presentaban una hemorragia como consecuencia de una intervención quirúrgica o después de ella, otra después de un parto, dos después de una operación de digestivo y el último derivado de un accidente de tráfico.

Al ser hemorragias incoercibles y la vida de las personas correr un peligro vital, se les aplicó el protocolo para esta situación:

- 10 concentrados de hematíes, por cada concentrado de hematíes de 250 ml apreciamos un aumento de la hemoglobina de 1.2 gr/dl y el hematocrito subió un 3%
- 7.5 de plasma fresco
- 1.6 pool de plaquetas.

- A continuación, se les administró el Factor VII activado recombinante (rFVIIa) que fue con lo que en algún caso cesó la hemorragia.

Después de administrados todos estos fármacos, los resultados del laboratorio fueron mejorando, aunque en cuatro de ellos necesitaron una segunda dosis del factor VII activado recombinante

En este hospital donde trabajamos tienen un protocolo donde se recogen todos los casos en los que se les aplica las dosis del Factor VII activado recombinante y en el cual este factor está indicado:

-Pacientes con anticuerpos a los Factores de coagulación de sangrado excesivo.

-pacientes con trombocitopenias graves (son los que tienen las plaquetas muy bajas).

-a los que tienen alteraciones de hemostasia primaria y que no respondan a ningún tratamiento.

-a los politraumatizados.

-a los quirúrgicos de alto riesgo

En todos estos casos está demostrado la eficacia de la utilización del factor VII activado recombinante.

Con todo esto conseguimos que siete de los ocho pacientes dejaran de sangrar

El inconveniente de este factor es el alto peligro de trombosis y solo se les aplica en aquellos casos de alto riesgo que no cesan los sangrados, en nuestro caso no tuvimos complicaciones de episodios secundarios a la administración del Factor en todos los casos se cumplieron los criterios estrictamente que tenemos en el protocolo.

4 Discusión-Conclusión

En nuestro centro hospitalario con 494 camas se registraron, todos los casos de hemorragias incoercibles, a las que se les aplicó el protocolo, y que recibieron el Factor VII, y fueron controladas posteriormente, se les registró la edad, el sexo, las causas clínicas del porqué de utilizar este factor y todos los demás fármacos, así con plaquetas o el plasma fresco, la respuesta al tratamiento y si aparecen o no algún proceso de trombosis después de poner el factor, también comprobamos si se cumplen los criterios para la administración del Factor VII activado recombinante.

Nos permite todo ello:

-Un ahorro en hemoderivados.

-Una dosificación adecuada en función al peso para este FVII.

-Sobre todo intentar salvar vidas que es de lo que se trata y de lo que estamos muy orgullosas de poder intentarlo al menos.

5 Bibliografía

www.googleacademico [www. www.mayoclinic](http://www.mayoclinic)

Capítulo 116

CITOLOGÍA DE ORINA. PROCESADO Y DIAGNÓSTICO EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

VALERIA ALVAREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Una citología consiste en el análisis de una muestra de células obtenida o extraída de una persona. El análisis incluye la valoración de la forma estructura y característica fenotípicas de las mismas.

En 1945, G.N Papanicolau y V.F Marshall publicaron un estudio sobre la utilidad de la citología de orina en casos con patología maligna urinaria y desde entonces se empezó a recomendar como método para el diagnóstico. Actualmente se ha puesto en duda su validez y eficacia debido a su posible mala toma o a la subjetividad de en la interpretación de los resultados.

El análisis de orina es una de las pruebas más solicitadas en los laboratorios de Anatomía Patológica. Muestra cierta eficacia en el diagnóstico inicial del carcinoma urotelial y también proporciona un seguimiento en pacientes intervenidos por esta patología. Frecuentemente se solicita al observar hematuria en la orina, ya que este puede ser un síntoma de cáncer en las vías urinarias. Síntomas de irritación en el tracto urinario también indican su pedido.

Si la orina fresca aparece turbia entonces representa un estado patológico, ya que puede representar la presencia de microorganismos, células sanguíneas o epiteliales del tracto urinario.

Desde un laboratorio de Anatomía Patológica, una vez hecho el estudio, el patólogo enviará los resultados del examen citológico al médico que informe de los resultados al paciente.

La micción espontánea es uno de los métodos indicados para la recogida de la muestra. La muestra de orina también puede recogerse por cateterismo vesical cuando los pacientes presenten dificultad para miccionar, o por punción suprapúbica que puede ser en niños o cuando la recogida por otros medios no resulta efectiva.

2 Objetivos

-Realizar una correcta toma de la orina para su posterior procesado en citología es parte fundamental para un buen diagnóstico.

-Procesar adecuadamente las citologías de orina en el laboratorio de Anatomía Patológica es labor del Técnico que es el encargado de todo el procesamiento de la muestra.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se han consultado varios artículos científicos en bases de datos como: Ocronos, Medline, SEAP. Se han revisado libros y revistas médicas y artículos de Universidades de Medicina. Protocolos de recogida de orina de diferentes hospitales de España. Google Académico.

4 Resultados

Protocolo utilizado en el Hospital Valle de Nalón, de Asturias, para pacientes que lleven las orinas al laboratorio de Anatomía Patológica:

-Se recogen 3 muestras en los envases facilitados por el servicio, durante 3 días consecutivos de lunes a viernes. Con unos 25ml sería suficiente.

-Se desecha la primera orina de la mañana y se recoge la segunda, desechando la primera parte de la micción. Previamente se recomienda una limpieza de la zona genital antes de orinar para evitar contaminar la muestra. Si la muestra no se puede llevar en un corto periodo de tiempo debe guardarse en la nevera hasta el momento de llevarla.

Debe llevaré el bote identificado con nombre y apellidos y NHC y entregarlo al Técnico de Anatomía Patológica con el volante de la petición.

Desde ese momento la muestra pasa a ser procesada por el Técnico en el laboratorio:

Lo primero que se hace en una citología líquida como es la orina, debido a la escasa celularidad es concentrarla por centrifugación. Se concentra a 1500/2000 r.p.m durante 5 minutos. Se necesitan tubos de ensayo con la orina, que deben colocarse en la centrífuga con el mismo peso, unos enfrente de otros. Cuando acabe de centrifugar se decanta el sobrenadante y se deja el sedimento para pasar al citospyn. En los soportes para los portas, y con una pipeta pasteur, se rellena la boca del embudo con el sedimento de la orina, que se cierra y se mete en la máquina unos 5 minutos a 1500 r.p.m.

Con esto se conseguirá una monocapa que posteriormente se teñirá con PAP. Previamente se necesita una fijación de al menos 30 minutos en solución de Alcohol de 96°.

Así se ha conseguido realizar todo el procedimiento de citología de orina.

Los posibles resultados de una citología pueden ser:

- Muestra insatisfactoria: es una muestra insuficiente para diagnóstico (escasa celularidad, por contaminación de la muestra, etc.). En estos casos lo más probable es que se repita un nuevo estudio.
- Negativo para malignidad o negativo para lesión intraepitelial: citología normal.
- ASC-US: Células Escamosas Atípicas de significado incierto. Células anormales, pero no se sabe su origen exacto. Puede darse por varios motivos como infecciones y puede indicarse repetir el estudio con una nueva muestra pasados unos meses.
- ASC-H: Células Escamosas Atípicas, lesión de Alto Grado. Células anormales de significado incierto, con probabilidad de lesión precancerosa.
- AGUS: Células Glandulares Atípicas de significado incierto. Células glandulares de cuello uterino.
- Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado: se observan primeros cambios en el tamaño y forma de las células epiteliales. Se consideran anomalías leves y antiguamente se llamaban displasias leves.
- Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado: cambios en las células ya anormales, de tamaño y forma, donde ya se pueden considerar pre-cancerosas. Son anomalías mas graves y tienen mayor probabilidad de que se desarrolle un cáncer, Antiguamente llamado carcinoma in situ o displasia moderada o grave.
- Carcinoma de Células Escamosas: células cancerosas.

5 Discusión-Conclusión

Con un correcto procesamiento de muestras en el laboratorio y una buena recogida de la orina por parte del paciente, se puede considerar que la citología de orina es una buena elección para el control y cribado de neoplasia vesical. Es considerada la técnica de elección para el cribado de carcinoma vesical y se han realizado estudios citohistológicos donde se ha comprobado su eficacia en citologías procesadas en centrífuga, citospin y teñidas en PAP.

Una vez procesada, la muestra se analiza al microscopio por el anatomopatólogo y este dará un informe sobre la presencia o ausencia de células tumorales, de inflamación o incluso de presencia de bacterias.

6 Bibliografía

- Procesamiento citológico y tisular.SANIDAD G.S ANATOMIA PATOLOGICA Y CITODIAGNOSTICO
- Técnico especialista en anatomía patológica. Campus MAD

Capítulo 117

LA UTILIDAD DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF)

LAURA DEL CARMEN VILLORIA ÁLVAREZ

1 Introducción

En las revisiones médicas, las exploraciones que realizan los médicos de manera cotidiana o rutinaria a los pacientes pueden indicar la sospecha de que existan alteraciones de carácter desconocido, ya sean procesos infecciosos, tumorales o inflamatorios.

Cuando se dan estas situaciones, los médicos tienen que averiguar la naturaleza de las anomalías que detectan para poder saber lo que son, ponerles nombre si hiciera falta en un diagnóstico y llevar a cabo un seguimiento y tratamiento médico al paciente.

Una de las pruebas que se desempeña es la PAAF. Sus iniciales significan 'Punción Aspiración con Aguja Fina'.

Esta prueba tiene finalidad diagnóstica y consiste en extraer celularidad de la lesión, que se extenderá sobre un portaobjetos y se teñirá para facilitar el análisis al microscopio. El análisis lo efectúa el patólogo y también emite los resultados que le llegan al paciente.

La prueba la suelen efectuar médicos especialistas, como un patólogo o un radiólogo. Un patólogo es un médico cuya especialidad es valorar células, tejidos y órganos e interpretar pruebas de laboratorio con el objetivo de diagnosticar enfermedades.

Un radiólogo es un médico cuya especialidad es analizar pruebas por imágenes con el objetivo de diagnosticar enfermedades.

Aunque la PAAF puede aplicarse en la mayoría de las zonas del cuerpo, las áreas del cuerpo en las que se pone en práctica la PAAF con más frecuencia son: la glándula tiroides, los ganglios linfáticos, las mamas, el hígado, los pulmones y la piel.

La muestra obtenida se envía al laboratorio para que un patólogo pueda analizarla. La PAAF es una prueba que suele efectuar para detectar o descartar cáncer, por lo tanto, los resultados de la PAAF manifestarán si las células provienen de un tumor y si fuera así también se sabrá si es canceroso o benigno. Cuando un tumor canceroso es maligno tiene la capacidad de crecer así como diseminarse a otras partes del cuerpo. Si un tumor es benigno podrá crecer pero no propagarse. Esta información es muy importante para poder decidir si se necesitan más pruebas de diagnóstico.

El procedimiento consiste en usar una aguja muy fina acoplada a una jeringa que favorece el aspirado de la muestra celular.

Inicialmente, se localiza la lesión a puncionar mediante el equipo de ultrasonido o ecógrafo si se requiere (hay veces donde no hace falta, por ejemplo, no hace falta en masas palpables localizadas debajo de la piel).

Previamente al pinchazo, el médico puede adormecer el lugar del pinchazo con un medicamento de aplicación en la piel o se inyecta un medicamento en este mismo sitio para prevenir el dolor en los tejidos que se encuentran debajo de la piel.

Luego, se introduce la aguja de biopsia en la zona de la que se quiere extraer muestra celular. (Es posible repetir la prueba más de una vez durante el periodo de recolección de la muestra en diferentes partes del área sospechosa).

Después, se saca la aguja y se reparte el contenido de la jeringa en un portaobjetos.

Finalmente, se trata la zona del pinchazo, desinfectándola y tapándola con esparadrapo o un vendaje. También habrá que presionarla ligeramente para evitar la formación de hematomas.

El procedimiento completo puede durar entre 15 minutos y 1 hora, según la parte del cuerpo afectada y si se utilizan imágenes, el paciente deberá estar lo más quieto posible.

Antes de la prueba, el médico puede pedir al paciente para optimizar los resulta-

dos la toma de anticoagulantes, pero es poco usual. Después de la prueba prácticamente no hay tiempo de recuperación, aunque es posible sentir dolor en la zona del pinchazo o a veces puede infectarse. No obstante, es poco habitual que esto ocurra.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es describir los usos de la PAAF.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica 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 resultados de la PAAF se proporcionan mediante el sistema Bethesda. El sistema Bethesda es un sistema internacional para clasificar los diagnósticos de citologías en los servicios de anatomía patológica, tanto en resultados de PAAF como en las citologías ginecológicas, y para el caso de cada técnica de toma de muestra, ya sea PAAF o citología ginecológica, está estandarizado y ajustado con unas categorías que permiten clasificar el diagnóstico.

Para esta técnica de la PAAF se divide en seis categorías :

CATEGORÍA 1: No diagnóstica/ insatisfactoria. En esta categoría se procedería a realizar de nuevo la punción y se tomaría una nueva muestra.

CATEGORÍA 2: Nódulo benigno. En esta categoría se realizaría un seguimiento de la lesión.

CATEGORÍA 3: Atipia de significado indeterminado / Lesión folicular de significado indeterminado.

En esta categoría se procedería a efectuar de nuevo la punción-aspiración con aguja fina con el objetivo de tomar una nueva muestra y de esta forma intentar

aclarar lo máximo posible el diagnóstico final para ubicarlo en una categoría donde se pueda saber si la lesión tiene carácter maligno o benigno.

CATEGORÍA 4: Neoplasia folicular/Sospechosa de Neoplasia folicular.

En esta categoría se llevaría a cabo un tratamiento para tratar de frenar la neoplasia detectada así como se contemplaría la escisión de la lesión por cirugía.

CATEGORÍA 5: Sospechoso de malignidad. En esta categoría se eliminaría por completo la lesión maligna o tumor que el paciente tuviese por medio de cirugía u operación.

CATEGORÍA 6: Maligno. En esta categoría se realizaría también y con urgencia lo mismo que en la categoría 5.

Para finalizar con los resultados de la PAAF, el médico patólogo deberá incluir: El tipo de muestra analizada, la calidad de la misma indicando si es satisfactoria o insatisfactoria para su evaluación (si es insatisfactoria se recurre a una muestra bien tomada. En el diagnóstico suministrará la clasificación general según la categoría que tenga la lesión y la interpretación de los resultados.

5 Discusión-Conclusión

Las ventajas de la punción-aspiración con aguja fina son numerosas porque abarca la detección de nódulos y de tumores a la vez que es una técnica de toma de muestra segura, rápida, precisa, barata, no deja cicatrices, apenas produce molestias al paciente y raras veces conlleva complicaciones si la asepsia y la técnica del procedimiento son correctas. La recuperación del paciente es rápida y casi nunca se requiere anestesia o sedación para efectuarla.

Las desventajas de la punción-aspiración con aguja fina son limitadas y escasas, pero existen, sería una desventaja que origina otra: la escasez de la muestra citológica, que genera que la interpretación del patólogo pueda ser difícil y esto provoque resultados con falsos negativos.

6 Bibliografía

1.Sociedad Chilena de Radiología. Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF): <https://www.sochradi.cl/glosario-de-terminos/imagenes-mamarias/puncion-aspirativa-aguja-fina-paaf/>.

2. Clínica Universidad de Navarra. Biopsia con punción con aguja fina: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/pruebas-diagnosticas/biopsia-paaf>.
3. Cancer.Net. Conocimiento para triunfar sobre el cáncer. American Society of Clinical Oncology (Jul 2022). Biopsia por aspiración con aguja fina (PAAF): Cómo prepararse y qué esperar.
4. Dra Martínez Miravete. Área de patología de mama diagnóstico médico. PUNCIÓN CITOLÓGICA TIROIDES (PAAF). ¿Qué es el sistema de Bethesda y para qué sirve?.

Capítulo 118

ERGONOMÍA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

HENAR RODRÍGUEZ SUÁREZ

1 Introducción

Según la Real Academia de la Lengua, la ergonomía es el estudio de la adaptación de las máquinas, muebles y utensilios a la persona que los emplea habitualmente, para lograr una mayor comodidad y eficacia. El trabajo de los TER y los radiólogos del servicio de radiodiagnóstico de los hospitales está considerado una rama elemental dentro de la medicina que permite la interpretación de imágenes de manera acertada para el diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno para los pacientes. De acuerdo con la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM), las cargas de trabajo para radiólogos y TER han aumentado de manera notable desde 2020, con un 75% en la evaluación de imágenes, mientras previo a este año era de un 45%. Debido a muchos otros factores y sumado a la "nueva normalidad" los radiólogos y los técnicos en radiología soportan una carga de trabajo cada vez mayor, mayores horarios de atención, mayor cantidad de pacientes por día de trabajo, cantidad de tomas radiográficas por paciente... Además, en gran parte de los hospitales públicos de nuestro país, muchas de las máquinas ya están viejas, por ende no resultan ni cómodas ni eficaces para la mayoría de los trabajadores; los arcos en "C" de quirófano suelen ser muy viejos y por tanto grandes y difíciles de mover, suponiendo un gran esfuerzo físico para el trabajador. Otras salas generales de rayos x están tan obsoletas que ya no se utilizan y queda un espacio ocupado pero sin utilidad dentro del servicio, y las que se usan, requieren esfuerzos por parte del trabajador de tener que hacer muchos movimientos con las máquinas, siendo hombros y cervicales los que se llevan la peor parte.

2 Objetivos

Describir los aspectos más importantes a tener en cuenta en relación con la ergonomía en el servicio de radiodiagnóstico.

Indicar algunas recomendaciones para mejorar la ergonomía en este servicio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica 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 ergonomía dentro de un centro hospitalario, y más concretamente dentro del servicio de radiodiagnóstico, cobra gran importancia a la hora de obtener una buena atención y diagnósticos y tratamientos eficaces y concretos para los pacientes. Pero que al final repercuta en los resultados diagnósticos y tratamientos de los pacientes, no quita que, además, mejore la calidad del trabajo que realizan los trabajadores y su propia salud. Está demostrado que las mejoras que se puedan llevar a cabo en el puesto de trabajo mejoran, entre otras cosas, la productividad y un buen ambiente laboral.

Dentro de los factores a cuidar dentro del servicio de radiodiagnóstico para conseguir estas mejoras, se destacan : número adecuado de pacientes por jornada laboral, cantidad de imágenes por paciente, que se tenga en cuenta a los trabajadores como profesionales sanitarios.. y centrándonos más en la estación de trabajo podríamos destacar : una buena iluminación de las salas y colores de paredes adecuados para poder analizar las imágenes de los monitores con mayor precisión; buena distribución de los monitores y cuantos menos tengamos, mejor, evitaremos la fatiga visual; silla, ratón y teclado regulables para mantener una correcta higiene postural ; atenuación de sonido o uso de auriculares. Algunas ideas equivocadas que tienen las personas (algunas altos integrantes del sistema sanitario y hospitalario) que no conocen el funcionamiento del servicio de rayos x y que no ayudan a que la ergonomía del servicio mejore son : creer que las

radiaciones son inofensivas ya que no las ven , pensar que los TER son "aprieta botones" , creer que los técnicos del servicio no son profesionales sanitarios , creer que debido al avance tecnológico, los riesgos derivados de este trabajo han desaparecido. No solo no ha desaparecido (aunque hayan mejorado algunos aspectos) sino que, han aparecido nuevos riesgos derivados de esta tecnología.

Aunque es cierto que muchas salas de rayos x se modernizaron con tecnología avanzada y se obtuvieron grandes avances; como la digitalización de las imágenes, el diagnóstico a distancia y la incorporación de los sistemas PACS; es preciso que cuenten con un espacio seguro y ergonómicamente eficiente.

Alguna de las recomendaciones para mejorar la ergonomía dentro del servicio de radiodiagnóstico son las siguientes:

- Poder ajustar el escritorio y el asiento, para situarse a una distancia correcta de la pantalla y mantener una buena higiene postural.
- Tener una luz ambiental tenue que ayude a la percepción de los detalles a la hora de valorar las exploraciones. Las paredes deben estar pintadas en tonos mates y neutros.
- Ahora el monitor ha sustituido al negatoscopio. Resulta de esto un menor desgaste físico pero se añade la fatiga visual producida por largas prolongaciones de tiempo expuestos ante el monitor. Por eso es importante hacer breves descansos y apartarse del monitor durante la jornada laboral.
- La estación de trabajo (silla, teclado, ratón) debe ser lo más cómoda posible para mantener una postura adecuada.

5 Discusión-Conclusión

Un servicio de radiodiagnóstico bien diseñado ergonómicamente es imprescindible tanto para técnicos en radiología, radiólogos, pacientes y demás personal que haga uso del mismo, gocen de una buena salud y puedan ser más productivos y eficaces., evitando también efectos negativos a largo plazo. El espacio de trabajo debe estar adaptado a las condiciones físicas que necesiten todos y cada uno de los trabajadores del servicio, evitando lesiones musculares y fatiga visual, que son las lesiones más comunes dentro de este servicio. La ergonomía dentro del servicio de radiología debe garantizar que las condiciones de trabajo sean las adecuadas y se optimicen, para contribuir así en la productividad, eficiencia y satisfacción laboral del personal que trabaja dentro de este servicio.

6 Bibliografía

Ergonomía del puesto de trabajo en radiología: arcía-Lallana, G. Viteri-Ramírez, R. Saiz-Mendiguren, J. Broncano, J. Dámaso Aquerreta. Servicio de Radiología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España.

Real Decreto 486/1997, de 14.4 (M. Trabajo y Asuntos Sociales, BOE 23.4). Disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.

BASCUAS, J., ÁLVAREZ, J. M^a. Ergonomía: 20 preguntas para aplicar la Ergonomía en la empresa Madrid. Mapfre 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO Notas Técnicas de Prevención Barcelona, CNCT.

MERCADO, J.L. Elementos de ergonomía y diseño ambiental Madrid. Escuela de Artes Decorativas, 1988.

Capítulo 119

PROTECCION RADIOLÓGICA EN QUIRÓFANO

HENAR RODRÍGUEZ SUÁREZ

1 Introducción

Actualmente, en la radiología y gracias a los avances tecnológicos, cada vez se utilizan más técnicas de imagen en procedimientos quirúrgicos de neurocirugía, urología, endoscopia digestiva, traumatología, cirugía vascular.. Dependiendo de la intervención quirúrgica se realizará la ecografía, RMN, gammagrafía. Aunque la más habitual de todas es la radiografía y fluoroscopia, siendo también la más nociva de todas ellas y debemos conocer muy bien su funcionamiento, riesgos y cómo protegernos. Según la OMS, " la radiación ionizante es un tipo de energía liberada por los átomos en forma de ondas electromagnéticas o partículas". Esta radiación supone un riesgo radiológico y podría producir un síndrome de irradiación aguda. El riesgo radiológico es la probabilidad de causar daño biológico en una persona dentro de un período de tiempo determinado como consecuencia de la radiación ionizante recibida. El síndrome de irradiación aguda es aquella enfermedad que se produce tras una exposición muy alta de radiación durante un período de tiempo muy corto. Las radiaciones ionizantes tienen múltiples aplicaciones beneficiosas para el hombre, utilizadas de manera inadecuada pueden producir efectos perjudiciales en la salud de las personas. Al conjunto de medidas establecidas por los órganos competentes para la utilización segura de radiaciones ionizantes se denomina protección radiológica. Una medida importante es la delimitación de zonas en las áreas de trabajo.

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta en relación con la protección radiológica en quirófano.

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 principios de protección radiológica son:

La justificación de la práctica, no se realizará ninguna práctica con radiaciones ionizantes que no produzca un beneficio neto.

- Optimización de la actividad, toda exposición se debe mantener tan baja como sea razonablemente posible.
- Limitación de dosis, la dosis equivalente de los individuos no debe superar los límites establecidos. Las claves para reducir la exposición a radiaciones ionizantes son, reducir el tiempo de trabajo cerca de la fuente de radiación, aumentar la distancia de trabajo desde la fuente de radiación, utilizar blindaje adicional cuando sea necesario.

La protección radiológica frente a radiaciones ionizantes dentro de un quirófano, adquiere una gran importancia pudiendo llegar a evitar daños severos en el trabajador, siguiendo determinadas normas radiológicas.

Debido a la acción de la radiación ionizante, pueden producirse dos tipos de efectos biológicos en el organismo:

- 1) Efectos estocásticos (dependen de la dosis de radiación umbral recibida. Generan pequeñas mutaciones).
- 2) Efectos deterministas (tienen una dosis de radiación umbral para que lleguen a ocurrir).

Las medidas a tomar en quirófano para el personal sanitario expuesto, así como para el paciente son: -Proporcionar la formación necesaria en protección radiológica y uso del equipo al personal-

- Evitar el haz primario de radiación. La intensidad es entre cien y mil veces mayor que justo fuera de él.
- Campo de radiación más pequeño posible. Colimar el área de interés.
- Tiempo de fluoroscopia lo más corto posible.
- Tubo de rayos X debajo del paciente.
- Intensificador lo más cerca del paciente.
- Usar delantal plomado reduciendo la dosis de radiación a una décima parte aproximadamente.

Emplear la técnica más adecuada para que la dosis por exploración sea lo más baja posible compatible con el resultado diagnóstico, puesto a mayor dosis, mayor daño biológico.

Los límites de dosis establecidos en nuestra legislación son distintos para personal expuesto bajo ciertas circunstancias y ante exposiciones especialmente autorizadas, tanto de personas en formación como público.

Existen efectos llamados valor umbral de dosis, si irradiamos el órgano por debajo de ese valor umbral, no aparecerá el efecto biológico. La utilización de equipos productores de rayos x puede conllevar riesgo radiológico para el personal que los maneja de irradiación externa, que se produce sólo cuando está en funcionamiento el tubo de rayos x. La radiación al interactuar sobre los tejidos biológicos produce daños a nivel celular pudiendo ser efectos biológicos deterministas o probabilistas.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar futuros daños derivados de la exposición de radiaciones ionizantes, es importante conocer y aplicar las barreras frente a esta radiación dentro de un quirófano, ya que trabajamos directamente con un arco emisor de radiación ionizante, llegando a dar fluoroscopia en determinados momentos, lo que aumenta la probabilidad de recibir una mayor dosis de radiación. Existen múltiples barreras a utilizar para minimizar esta radiación y es muy importante hacer uso de ellas en un quirófano, ya que es uno de los lugares donde estamos más expuestos frente a la radiación. Igual de importante es hacer una vigilancia dosimétrica in-

dividual de los trabajadores expuestos y también de la sala donde se llevan a cabo estos procedimientos.

Una adecuada protección radiológica y la formación continua de los técnicos de radiodiagnóstico es fundamental para que las exploraciones que emplean radiación ionizante se mantengan tan bajas como sea posible.

6 Bibliografía

Ley 31/1995. Prevención de Riesgos Laborales (BOE, 10 de noviembre de 1995).

Real Decreto 815/2001 sobre justificación del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas (BOE, del 14 de julio 2001).

Directiva 96/29/EURATOM. Normas básicas para la protección sanitaria de los trabajadores y de la población contra los riesgos que resultan de las radiaciones ionizantes (DOCE L 159 del 29 de junio de 1996).

Real Decreto 413/1997. Protección operacional de los trabajadores externos con riesgo de exposición a radiaciones ionizantes por intervención en zona controlada (BOE, 16 de abril de 1997).

Programa europeo "MARTIR" de formación en radiología intervencionista.

Capítulo 120

ATENCIÓN A PACIENTES ESPECIALES EN ODONTOLOGÍA

ROCÍO FERNÁNDEZ MORAL

1 Introducción

Debido al avance de la Medicina en los últimos años, ha aumentado notablemente la esperanza de vida de pacientes con discapacidad física o psíquica.

Para tratar estos colectivos que presentan características especiales, hay que plantear estrategias y procedimientos clínicos adaptados para ello.

En ocasiones para resolver ciertos problemas odontológicos será necesario la aplicación de técnicas de sedación.

El concepto de "paciente especial" incluye tanto al paciente con discapacidad como al paciente médicamente comprometido.

En pacientes con discapacidad debemos distinguir entre pacientes con discapacidad física y pacientes con discapacidad psíquica, y dependiendo de un tipo u otro, nos basaremos en los grados de cada una de las discapacidades.

Considerando la colaboración (colaboración total, colaboración parcial o no colaboración) y el grado de autonomía del que disponen para su cuidado personal, pudiendo realizar ellos mismos sus cuidados (grupo de autocuidado), los que solo pueden realizar su cuidado parcialmente (cuidado parcial) y los que no pueden realizar el cuidado por si solos (precisando un cuidado total).

Por otro lado, los pacientes médicamente comprometidos, son pacientes en los que su patología médica previa hace que presenten un riesgo elevado de padecer complicaciones durante el tratamiento odontológico, bien por presentar lesiones

orales graves asociadas a su patología o por desarrollar interacciones de riesgo entre la patología sistémica de base que padecen y el tratamiento odontológico

2 Objetivos

Realizar estudios exhaustivos de los pacientes especiales, atendiendo a su tipo de discapacidad para poner en marcha las estrategias necesarias para poder realizar los tratamientos odontológicos con total seguridad, ya sea en ámbito ambulatorio u hospitalario.

3 Metodología

Analizando bien las características de cada paciente y revisando los estudios que se realicen en cada caso, se procederá a la atención de pacientes especiales en las Unidades de Salud Bucodental de Atención Primaria o deberán ser derivados a Unidades Especiales de Salud Bucodental de Atención Especializada.

4 Resultados

1. Pacientes con discapacidad física y/o psíquica, son pacientes con patología cognitiva y/o motora en los que la minusvalía física o psíquica que sufren les imposibilita realizar una higiene oral adecuada y como consecuencia, desarrollan caries y patología periodontal severa.

- En función de su colaboración: a) Pacientes colaboradores totales, estos pueden ser atendidos normalmente en Atención Primaria, aunque algunos precisen cierta inmovilización (abrebocas, fijarles la cabeza...) b) Pacientes colaboradores parciales, generalmente son pacientes que precisan sedación, no obedecen instrucciones y muestran ansiedad. Al precisar sedación, deberán ser derivados a Atención Especializada. c) Pacientes no colaboradores, precisan sedación profunda para poder realizar cualquier tratamiento. A veces, se necesita autorización previa de otra persona responsable (padre, madre o tutor). Claramente estos pacientes deberán ser tratados en ámbito hospitalario.

- En relación a su grado de autonomía para el cuidado personal: a) Grupo de autocuidados: pueden cepillarse los dientes por sí mismos, y debemos motivadores. Será recomendable que utilicen cepillo eléctrico para mejorar la técnica. b) Grupo

de cuidado parcial: realizan el control de higiene, sólo de manera parcial, las pausas y consejos de motivación deben dirigirse al paciente y al cuidador. c) Grupo de cuidado total: son incapaces de realizar el control de placa. La higiene oral la realizan terceras personas y la motivación se dirige a ellas específicamente. Debemos enseñar a los cuidadores las técnicas de higiene adecuadas y las posiciones.

2. Pacientes médicamente comprometidos, para prever el riesgo que presenta un paciente para realizar el tratamiento dental, se debe hacer una valoración sobre su estado físico y se debe seguir una encuesta propuesta por la American Society of Anesthesiologist (ASA). También se puede valorar el riesgo mediante la Encuesta Médica Europea de Riesgo ASA. Con estos métodos de valoración se establece el riesgo y se aconseja o no la derivación a las Unidades Especiales de Salud Bucodental de Atención Especializada.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir, que para la atención de pacientes especiales, tanto refiriéndonos a pacientes discapacitados físicos o psíquicos como a pacientes médicamente comprometidos, se precisa una valoración exhaustiva de cada caso particular, dependiendo del nivel de dependencia, colaboración y capacidad de autocuidado, y con los resultados de esa valoración, podremos planificar con seguridad los tratamientos odontológicos a realizar en Atención Primaria, o si el caso concreto lo precisara, derivarlos para mayor seguridad y/o porque necesiten sedación o sedación profunda a las Unidades Especiales de Salud Bucodental de Atención Especializada, donde se tomarán todas las medidas necesarias para que el tratamiento sea realizado de forma segura y con éxito.

6 Bibliografía

- Guía para la atención a la Salud Bucodental en Atención Primaria de Asturias
- Clasificación del paciente según la escala de American Society of Anesthesiologist (ASA)
- Encuesta Médica Europea de Riesgo ASA sobre Antecedentes Médicos (EMRRH)

Capítulo 121

EL LINFOMA DE HODGKIN EN LA ACTUALIDAD

LAURA DEL CARMEN VILLORIA ÁLVAREZ

1 Introducción

La primera descripción de la enfermedad de Hodgkin se remonta a 1832, cuando el patólogo inglés Thomas Hodgkin describió una serie de casos de autopsias de pacientes con linfadenopatía (agrandamiento de los ganglios linfáticos) y esplenomegalia (agrandamiento del bazo).

A finales de la década de 1990 se supo que el Linfoma de Hodgkin (LH) es una neoplasia maligna que surge de las células B del centro germinal o del centro posnatal.

Por lo general, las células cancerosas constituyen una minoría de los tumores y están rodeadas por un entorno inflamatorio reactivo que incluye linfocitos, eosinófilos, neutrófilos, histiocitos y células plasmáticas. Estas células malignas pueden ser células gigantes multinucleadas características o células mononucleares grandes, conocidas colectivamente como células de Hodgkin-Reed-Sternberg (HRS).

No se conoce a ciencia cierta por qué aparece el LH pero sí que se conocen factores que pueden aumentar su aparición:

El virus de Epstein-Barr (EBV), es un gammaherpesvirus ubicuo transmitido principalmente por la saliva, es la causa de la mononucleosis infecciosa. El EBV se detectó en células HRS de la mayoría de las muestras de países en desarrollo, pero con mucha menos frecuencia en países industrializados de América del Norte y Europa Occidental.

Después del inicio de la mononucleosis infecciosa, el riesgo de desarrollar LH con EBV positivo aumentó significativamente, con una latencia media estimada de 4,1 años. El riesgo absoluto de desarrollar LH después de la mononucleosis infecciosa sigue siendo pequeño, aproximadamente 1 de 10.007 casos.

La inmunosupresión en varias condiciones médicas aumenta el riesgo de LH.

La incidencia de LH en la población infectada por el VIH es significativamente mayor que en la población general.

La incidencia de LH también aumenta tras un trasplante de órganos y en pacientes con antecedentes de enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso, artritis reumatoide y sarcoidosis (que es una enfermedad donde crecen pequeñas acumulaciones de células inflamatorias llamadas granulomas en cualquier parte del cuerpo).

La quimioterapia y la radioterapia son los tratamientos principales para el LH. Previamente a estos tratamientos, el LH era una neoplasia maligna implacable y mortal, con una tasa de supervivencia a 5 años de menos del 10 %. Los avances en la comprensión de la biología de la enfermedad y las mejoras en la quimioterapia y la radioterapia han mejorado la supervivencia general en todas las etapas del LH.

Actualmente es una neoplasia con supervivencia en pacientes de más del 80%.

Estos son datos recientes de pacientes que residen en regiones Europeas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Explicar las actualizaciones que se conocen a día de hoy sobre el Linfoma de Hodgkin (LH).

Objetivos secundarios

Mantener a los lectores informados sobre los datos de supervivencia del LH con los tratamientos que se utilizan para hacerle frente si se padece.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Linfoma de Hodgkin se determina cuando en el procesado citológico se pueden observar células de Hodgkin-Reed-Sternberg, que son linfocitos grandes y anormales, como el que aparece en el medio de la foto adjunta y que en ocasiones contienen más de un núcleo.

Los resultados del LH para Europa de los últimos años, son de una alta tasa de supervivencia a este tipo de linfoma, porque hay una muy baja incidencia del LH frente a una alta curabilidad de los pacientes que lo sufren. Para afirmar este resultado, se deben utilizar los términos apropiados, como son: incidencia y tasa de supervivencia.

La incidencia hace referencia a la rapidez con la que ocurre y se desarrolla una enfermedad. Incluye además la frecuencia con la que se descubren nuevos casos de una enfermedad o afección en un periodo determinado de tiempo y para una región de población concreta.

Para el LH en Europa en los últimos años, muy baja, de menos del 1%.

La tasa de supervivencia es el porcentaje de pacientes que viven un determinado tiempo después de que se les diagnostique una enfermedad. Es un término que se suele emplear en casos de enfermedades que tienen un mal pronóstico por ocasionar una elevada mortalidad en un período determinado (alta incidencia) como en el caso del cáncer.

El concepto inverso de la tasa de supervivencia es la tasa de mortalidad.

Para el LH en Europa en los últimos años, una alta tasa de supervivencia de más del 80% de pacientes y una baja tasa de mortalidad. De hecho, se sabe que más del 80% de los pacientes diagnosticados logra curarse con un correcto tratamiento y seguimiento de los especialistas. Además, se sabe que el LH es la principal causa de muerte los primeros 15 años tras su diagnóstico, pero después de transcurrido este tiempo, suelen ser otras causas como otras neoplasias, infecciones o enfermedad cardíaca.

5 Discusión-Conclusión

Para poder hacer un contraste aproximado de cómo afecta el Linfoma de Hodgkin a la población, se conoce que su incidencia actual es relativamente infrecuente y se observa principalmente en personas jóvenes. El número de casos nuevos diagnosticados cada año (incidencia) del linfoma de Hodgkin en diversos países y regiones de Europa es de 2,5 a 3 casos por cada 100000 habitantes, es decir, un porcentaje de un 0,003% para una tasa de supervivencia de más del 80% en

pacientes de todo tipo de edades.

Con estos datos se puede concluir que su incidencia es muy baja y su cura bastante alta, así que es una enfermedad que a día de hoy posee alta tasa de supervivencia en Europa gracias al avance de su tratamiento, la quimioterapia y la radioterapia.

6 Bibliografía

1. CA Cancer J Clin 2018 Mar;68(2):116-132. 2017 Dec 1. Hodgkin lymphoma: A review and update on recent progress.
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2017. CA: a cancer journal for clinicians. 2017;67(1):7-30.
3. Howlader N, N A, Krapcho M, Miller D, Bishop K, Kosary CL, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z, Mariotto A, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA, editors. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014. National Cancer Institute; Bethesda, MD: based on November 2016 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2017.
4. Ambinder RF, Browning PJ, Lorenzana I, et al. Epstein-Barr virus and childhood Hodgkin's disease in Honduras and the United States. Blood. 1993;81(2):462-467.
5. Chang KL, Albuja PF, Chen YY, Johnson RM, Weiss LM. High prevalence of Epstein-Barr virus in the Reed-Sternberg cells of Hodgkin's disease occurring in Peru. Blood. 1993;81(2):496-501.
6. Hjalgrim H, Askling J, Rostgaard K, et al. Characteristics of Hodgkin's lymphoma after infectious mononucleosis. The New England journal of medicine. 2003;349(14):1324-1332.
7. Kanakry JA, Li H, Gellert LL, et al. Plasma Epstein-Barr virus DNA predicts outcome in advanced Hodgkin lymphoma: correlative analysis from a large North American cooperative group trial. Blood. 2013;121(18):3547-3553.

Capítulo 122

SOPORTE VITAL BASICO. FORMACION DEL PERSONAL HOSPITALARIO

SANDRA GARCIA MARTIN

CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ

MARIA HERMINIA MARTIN RAMOS

1 Introducción

En Europa cada año, miles de personas sufren un colapso y mueren por ataques al corazón. A menudo su muerte se podría haber evitado si se hubiese realizado primeros auxilios RCP (Reanimación cardiopulmonar). Lo que se entiende en la actualidad como soporte vital básico. Una primera actuación en cualquier zona hospitalaria, del personal puede hacer que la situación revierta a favorable.

Podemos definir la parada cardio- respiratoria cómo: la interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón, debido a la relación que existe entre el sistema respiratorio y el sistema circulatorio.

Puede surgir el colapso respiratorio y el corazón seguir funcionando, pero en breve tiempo sobreviene el paro cardíaco.

Es de sumo valor, saber detectar el paro respiratorio, para cuanto antes comenzar con los primeros auxilios.

La reanimación cardio-pulmonar es el conjunto de maniobras cuya finalidad es revertir una parada cardiorrespiratoria, evitando que se produzca la muerte del sujeto por muerte irreversible de órganos vitales como es el cerebro.

El cerebro puede permanecer sin oxígeno entre 5-10 minutos, pero apartar del ahí, las células cerebrales pueden sufrir daños irreversibles y su muerte celebrar. Con esta maniobra pretendemos obtener un flujo sanguíneo suficiente para evitar la muerte cerebral y en su caso el mínimo daño posible.

2 Objetivos

Dar a conocer el soporte vital básico con el fin de que todo el personal de los centros hospitalarios tengan formación en reanimación cardiopulmonar y uso del desfibrilador externo.

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. En los criterios de selección se estableció que fueran publicados en los últimos diez años y en idioma español o inglés.

4 Resultados

Podemos aumentar la probabilidad de éxito en caso de un colapso en un paciente, ya que reducimos el tiempo en el que el paciente está en parada cardiorrespiratoria. Dado que los hospitales son grandes y no todas las zonas tienen puntos donde se encuentre ubicado un Desfibrilador Automático y no todo el personal sabe cómo utilizarlo. Hasta llegar a la emergencia, un equipo especializado ya sea de uci o urgencias, pueden transcurrir minutos vitales para iniciar la RCP. La supervivencia al alta tras una parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria es menor del 25%, y cerca del 30% de los supervivientes presenta importantes secuelas. Las preferencias de los pacientes respecto a la reanimación cardiopulmonar (RCP) están relacionadas con la percepción que tienen de su probabilidad de éxito. Se ha demostrado que cuando la RCP es puesta en práctica por personas adiestradas en la técnica y se inicia al cabo de pocos minutos tras el paro cardíaco, estos procedimientos pueden ser eficaces en salvar vidas humanas.

Tendremos en cuenta que las situaciones de emergencia, se puede dar en cualquier rango de edad de población y que no es lo mismo reaccionar ante una parada cardiorrespiratoria en un bebe, niño u adulto.

También ha de valorarse la posibilidad de que el paciente tenga otra manera de ventilar, cómo puede ser cánulas de traqueotomía.

Para las prácticas de reanimación cardiopulmonar no se deben realizar en personas sanas, sino en los conocidos simuladores especialmente diseñados para tal efecto. Existe un relativo nivel de riesgo en la práctica de RCP sobre no pacientes (es decir, alguien que no presenta signos y síntomas de parada cardíaca). La maniobra de RCP representa riesgos mecánicos, biológicos y funcionales, como traumas, infecciones y alteraciones. Solo es aceptable la exposición a estos riesgos, tras evaluar la relación: costo/beneficio. Así que es inaceptable exponer a un aprendiz en prácticas de RCP cuando existen recursos eficientes, apropiados y al alcance de todos, como los simuladores y métodos de barrera para la RCP. La RCP no requiere de medios especiales, y puede ser realizada por cualquier persona debidamente preparada y entrenada.

Esta maniobra la podemos explicar basándonos en los siguientes pilares

Permeabilidad de las vías aéreas.

Facilitación de la respiración.

Conservación de la circulación

1- Mantenimiento de la vía aérea

Una vez valorado al sujeto y comprobar que está inconsciente y que no respira, procedemos a practicar la maniobra frente- mentón. Esta maniobra evita que la lengua pueda obstruir la vía aérea dificultando así el paso del aire, también nos permite observar si el sujeto tiene algún objeto con el que se atragantó. Si hay algún objeto, lo primero será retirarlo con la maniobra “dedo gancho”: Si aun así hay la sospecha de que hay presencia de otro objeto en la garganta procederemos a la maniobra de Heimlich”.

Si el sujeto sigue sin oxigenar, procedemos al siguiente paso

2- Respiración artificial .

Este proceso se basa en la aplicación de compresiones torácicas las cual permiten que la circulación sanguínea no se detenga, a su vez aportamos oxígeno a la víctima. La maniobra sería: 30 compresiones torácicas -2 respiraciones de rescate, así hasta completar un total de cuatro series, tras la cual valoraremos si hay existencia de pulso cardíaco.

Si disponemos de un DEA (desfibrilador automático) lo conectamos y seguimos

sus instrucciones para hacer una descarga eléctrica a la víctima.

La RCP se suspenderá cuando la respiración y la circulación se restablezcan espontáneamente o cuando se confirme después de 10 minutos que sigue sin circulación y los médicos certifique su muerte.

5 Discusión-Conclusión

La sanidad es una ciencia que esta en continua evolución. Dotar los centros hospitalarios de personal cualificado para saber resolver una situación de emergencia y que puedan proporcionar primeros auxilios de inmediato mientras llega el equipo medico puede hacer que la RCP sea un éxito y la víctima no sufra daños irreversibles o la muerte.

El equipo de trabajo en el ámbito sanitario, comienza desde la base de la pirámide, con categorías de personal no sanitario que juegan un rol fundamental en la sanidad. Proporcionar al personal de la mejor formación para ser resolutivos en caso de emergencia sanitaria, es una labor que está en las manos de la dirección de los hospitales y crearía equipos de trabajo resolutivos.

Conocer cuáles son las situaciones de emergencia, saber reaccionar, accionar el protocolo establecido en los centros hospitalarios, en caso de emergencia y tener destreza para realizar una maniobra de Heimlich, RCP, uso de DEAS, posición lateral de seguridad.

6 Bibliografía

<https://www.medlineplus.gov>

<http://www.cruroja.es>

<http://www.wikipedia.org>

Capítulo 123

LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO: ENFERMEDADES Y PRUEBAS DE LABORATORIO

BELÉN BRAVO PELÁEZ

1 Introducción

El líquido cefalorraquídeo (LCR) es un fluido líquido claro, acuoso que fluye tanto dentro como alrededor del cerebro y la médula espinal, es un amortiguador mecánico que protege estos órganos tan delicados de traumatismos, pero no solo esto, también mantiene al encéfalo en suspensión, disminuyendo así su peso de 1,350 gramos en el aire a 50 gramos cuando está suspendido. Nutre y sirve como vía de excreción de los productos metabólicos del sistema nervioso central, gracias a él también se distribuyen los fármacos. El LCR se produce en su mayoría en los plexos coroideos, se forma a partir del plasma por filtración selectiva, por la presión hidrostática y la secreción por transporte activo, esto va a dar lugar a que tenga una composición distinta al filtrado plasmático. Existe un transporte activo entre la sangre, el LCR y el cerebro. Los electrolitos como sodio, cloruro o magnesio están más concentrados en el LCR que en el plasma, mientras que la glucosa el bicarbonato y urea están menos concentrados. Las proteínas pasan en cantidades muy pequeñas al LCR. La tasa de formación del LCR es de 0.35 a 0.50 ml/min, que equivale a unos 650 ml/día, lo que quiere decir que se puede reponer en su totalidad unas 4 veces al día. También conviene destacar su variación circadiana, siendo a primera hora de la mañana cuando su formación es mayor. Existen multitud de enfermedades que alteran la barrera hematoencefálica cambiando la composición del LCR, por ello es tan determinante el estudio de laboratorio, tanto en infecciones meníngeas, carcinomatosis y hemorragias.

2 Objetivos

Conocer la importancia del líquido cefalorraquídeo, características principales y como puede guiarnos en el diagnóstico de ciertas enfermedades de gran importancia.

Aprender cuáles son los tipos estudios que se realizan hoy en día en los laboratorios.

3 Metodología

Para poder elaborar este capítulo he realizado una búsqueda de información sobre el tema en artículos de las principales bases de datos, como Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando la información más relevante de estas publicaciones académicas revisadas. También se han consultado apuntes de las clases teóricas del curso oficial de mi titulación.

4 Resultados

El LCR es isoosmolar respecto a la sangre, esto quiere decir que tiene la misma osmolaridad, realiza las funciones que realizaría la linfa en la sangre, pero del tejido nervioso. Los componentes a menudo se suelen comparar con los de la sangre, y así poder hacer una comparativa. En rasgos generales, el LCR está formado por agua, glucosa, sodio, potasio, calcio, magnesio, cloro, bicarbonato, fosfato, aminoácidos, colina, hormonas, vitaminas en especial vitaminas del grupo B y en menor cantidad proteínas.

La toma de la muestra se realiza mediante punción lumbar, se realiza de manera aséptica en el espacio subaracnoideo de la región lumbar, generalmente entre la L3, L4 o L4, L5. Una vez realizada la prueba, el LCR se recogerá en los tubos adecuados y en su debido orden, el primero de ellos irá destinado al estudio bioquímico: si se va a demorar la llegada al laboratorio más de 1 hora, debe refrigerarse a 4°C, el segundo suele ser enviado a microbiología: debe enviarse inmediatamente y nunca debe refrigerarse, y el tercero y cuarto tubo debe destinarse al estudio citológico, tanto para recuento de células sanguíneas, como de células malignas, en este caso se recomienda recoger al menos 30 ml de muestra, frente a los 20 ml que se suele recoger de manera normal.

El análisis del LCR podemos diferenciarlo tanto del análisis físico: aspecto, color,

coágulo, presión, como del químico: glucosa, proteínas, cloruro, se pueden realizar recuentos celulares y diferenciales, tinción de Gram, cultivos o incluso estudios especiales para enfermedades como meningitis por VIH (cryptococosis), tinción de Ziehl Nielsen para tuberculosis meníngea o bandas oligoclonales en esclerosis múltiple.

El análisis microscópico se realiza con la cámara de Neubauer, realizando una búsqueda cualitativa o cuantitativa de células hematológicas o malignas, también se puede realizar recuento de linfocitos, que es un indicativo de infecciones, alergias, leucemias, esclerosis múltiple, encefalitis e incluso del síndrome de Guillain-Barré. Para realizar estos recuentos se recomienda la tinción de May Grünwald-Giemsa.

El análisis de microorganismos en meningitis también es de gran valor clínico, y aunque la mayor parte de las meningitis están causadas por virus, también pueden estar provocadas por bacterias y en menos casos por parásitos y hongos. Una de las pruebas más frecuente en la determinación de proteínas, ya que el incremento del valor normal (adultos alrededor de 15-40 mg/dL) es indicativo de daño en la barrera hematoencefálica, los métodos rutinarios más frecuentes son los turbidimétricos y nefelométricos, también puede realizarse la tinción de azul brillante de Coomassie, y la electroforesis en LCR haciendo una comparativa simultánea de una electroforesis de proteínas en suero, ayudando así al hallazgo de bandas oligoclonales y su interpretación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el estudio del Líquido Cefalorraquídeo tiene un gran peso a nivel clínico, siendo de gran utilidad en el estudio de enfermedades que afectan al Sistema Nervioso Central:

Enfermedades infecciosas como la encefalitis o meningitis.

Hemorragias en cerebro o cráneo.

Enfermedades que afectan al sistema inmune como la esclerosis múltiple o síndrome de Guillain-Barré

Tumores, tanto primarios del sistema nervioso central como metastásicos de otras localizaciones corporales.

Alzheimer.

Sífilis.

Accidente vascular cerebral.

Traumatismos.

Enfermedad de Lyme

Por último cabe destacar que hoy en día existen múltiples pruebas para estudiar el LCR, entre las que se encuentran: el examen macroscópico, microscópico, recuento de células, examen citológico, tinciones, como la de Gram o Ziehl Nielsen, cultivo microbiológico, PCR, detección de anticuerpos, detección de parásitos o pruebas como VDRL para detección de sífilis.

6 Bibliografía

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27469578/>

<https://www.labtestsonline.es/tests/analisis-del-liquido-cefalorraquideo>

<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/analisis-del-liquido-cefalorraquideo/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30084441/>

Capítulo 124

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD POR COVID-19

CAROLINA PÉREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

En diciembre del año 2019, en la ciudad china de Wuhan (provincia de Hubei), se notificó por primera vez una neumonía de origen desconocido causada por un nuevo coronavirus de probable origen zoonótico, con el nombre de SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2), conociéndose la enfermedad causada por el mismo con el nombre COVID-19-5.

El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad COVID-19 emergencia global sanitaria por tratarse de un agente extremadamente contagioso y que se extendía rápidamente.

La pandemia de 2002-2003 del coronavirus que fue la causa del síndrome respiratorio agudo severo, o SARS-CoV, junto con la aparición continua del coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio, o MERS-CoV, convierten a los coronavirus en una importante amenaza para la salud pública.

El espectro clínico puede variar desde una infección asintomática o leve del tracto respiratorio superior hasta neumonía viral grave y en ocasiones, puede producir la muerte.

Aunque en un primer momento el diagnóstico es microbiológico (pruebas de diagnóstico molecular (PCR-RT)), las técnicas de diagnóstico por imagen ocupan un papel relevante tanto en la detección temprana de anomalías, como de apoyo diagnóstico, determinación del grado de severidad y la progresión potencial de la

enfermedad. También sirve de guía en el tratamiento y en la detección de complicaciones para poder valorar con una mayor inmediatez el tratamiento a seguir. Debido a que la afectación por el COVID-19 es principalmente pulmonar debemos resaltar las exploraciones radiológicas torácicas. Tanto la radiografía de tórax (RXT), bien sea en sala o con el aparato de rayos x portátil, es el primer método de imagen por ser rápido, barato y disponible.

La tomografía axial computarizada (TAC) torácica es más sensible, ya que nos permite visualizar la afectación, complicaciones y diagnósticos diferenciales.

Los hallazgos radiológicos más frecuentes de esta enfermedad son las opacidades del espacio aéreo, bien sean en forma de opacidades en vidrio deslustrado (GGO, por sus siglas en inglés) y/o consolidaciones, distribución habitualmente bilateral y en lóbulos inferiores, multifocal, periférica y subpleural.

Las complicaciones clínicas pueden ser muy variadas. Desde el punto de vista respiratorio, las secuelas más importantes son: la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) y la fibrosis pulmonar.

Las pruebas radiológicas, especialmente la RXT y la TAC de alta resolución (TACAR), han demostrado tener un papel vital en la actuación terapéutica (tanto en el diagnóstico como en el seguimiento) en pacientes con infección COVID-19.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de la radiología durante la pandemia.
- Exponer las indicaciones de RXT y TAC torácico.
- Explicar los principales hallazgos radiológicos y complicaciones producidos por el COVID-19 en la RXT y TAC torácico.

3 Metodología

Para realizar este trabajo he realizado una investigación mediante la búsqueda sistemática de libros, manuales y protocolos de diferentes servicios de salud y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Cochrane, Google académico y Google books; seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

4.1. PUNTO DE VISTA RADIOLÓGICO:

Desde un punto de vista radiológico, se pueden diferenciar tres fases teniendo en cuenta el grado de afectación:

- Enfermedad leve: neumonía viral y sintomatología leve.
- Enfermedad moderada: patrón de neumonía organizada.
- Enfermedad grave: suelen presentar SDRA (síndrome de distrés respiratorio agudo) y daño alveolar difuso.

Las características típicas de las imágenes de tórax de la neumonía por COVID-19 tienen baja especificidad debido a su superposición con otras afecciones, de ahí la importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

Aunque el diagnóstico definitivo no puede basarse únicamente en las características de las imágenes por RXT y TAC/TACAR, el uso de una combinación de hallazgos clínicos y de imágenes puede mejorar sustancialmente la precisión del diagnóstico.

4.2. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (RXT) :

Debido a su menor sensibilidad para la detección de cambios pulmonares leves, la RXT puede ser insensible para la detección de enfermedad por COVID en una fase temprana o leve; sin embargo resulta de mucha utilidad tanto para clasificar a los pacientes como para monitorear la evolución de la enfermedad en aquellos con neumonía detectable radiográficamente.

Una limitación de la RXT son los numerosos falsos negativos, principalmente debido a la prematuridad de la prueba de imagen, también debido a limitaciones en la técnica radiológica (sobre todo en RX en portátiles).

Además pueden aparecer falsos positivos (poca inspiración, prominencia mamaria, mal posicionamiento del paciente, etc.) aumentando la densidad de la periferia del pulmón simulando GGO.

Se realizan principalmente radiografías de tórax (2 proyecciones, AP y lateral) realizadas en una sala de radiodiagnóstico.

También se utilizan aparatos de rayos x portátiles en especial con pacientes críticos o de UCI (no movilizarlos y limitar el transporte de estos pacientes altamente contagiosos). En este caso, se realizaría una radiografía en proyección anteroposterior (AP).

En ocasiones, esta exploración radiográfica, al realizarse en decúbito supino/semisentado, presenta una interpretación limitada por el menor grado de inspiración y por la magnificación de la silueta cardiomedial. Sin embargo, sirve para observar la adecuada colocación de catéteres y detectar complicaciones que se puedan presentar.

La radiografía portátil puede ser empleada como método de triaje en: alta prevalencia de COVID-19 (transmisión comunitaria), falta de PCR o test rápidos, pa-

cientes graves. Resulta de vital importancia la rapidez a la hora de clasificar a los pacientes, su ingreso hospitalario y el futuro tratamiento.

Hallazgos radiológicos:

Los hallazgos más frecuentes son las opacidades del espacio aéreo, ya sean, en primer lugar las GGO y en segundo lugar las consolidaciones:

- GGO: Áreas de tenue aumento de densidad parenquimatosa que no borra márgenes bronquiales ni vasculares.
- Consolidaciones: Aumento densidad parenquimatosa que borra vasos y paredes de vía aérea, el aire alveolar es sustituido por fluidos patológicos, células o tejidos. Se puede ver broncograma aéreo.

Los hallazgos son:

- Radiografía de tórax normal: Una RXT normal no quiere decir que no se padezca la enfermedad.
- Hallazgos típicos: patrón reticular, GGO y consolidaciones de forma bilateral, periférica y en campos pulmonares inferiores. Puede derivar a SDRA.

Dentro de los hallazgos típicos podemos encontrar alguno infrecuente como: signo de burbuja aire/vacuola, cambios en vía aérea, vasos prominentes, alteraciones pleurales (engrosamiento pleural, líneas subpleurales y banda parenquimatosa subpleural).

- Hallazgos indeterminados: consolidaciones o las GGO pero con la diferencia de que la distribución es unilateral, más central o afectando a los lóbulos superiores.
- Hallazgos atípicos (poco frecuentes o no descritos en neumonía COVID-19): por ejemplo los nódulos o masas pulmonares, la cavitación o el derrame pleural principalmente.

4.3. TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA (TAC):

La TAC de tórax de alta resolución (TACAR) aunque es la prueba de diagnóstico por imagen con mayor sensibilidad presenta una menor especificidad, lo que hace más complicado, en ciertos casos, un correcto diagnóstico diferencial con otras infecciones víricas (gripe H1N1, SARS o MERS).

De todas maneras, la TAC resulta de máxima utilidad; sirviendo de guía en el manejo de escenarios complejos como los acaecidos durante la pandemia, así como en pacientes con deterioro clínico y para poder realizar una diferenciación con otras patologías.

Para la sospecha y la valoración inicial de la COVID-19 con TAC, es recomendable

realizar un estudio de tórax con técnica volumétrica de alta resolución (TACAR) para valorar el parénquima pulmonar y en inspiración (e incluso algún corte en espiración para descartar la presencia de atrapamiento aéreo).

Hallazgos radiológicos:

Los hallazgos de TAC en COVID-19 han mostrado un patrón predecible de evolución sobre la enfermedad, demostrando que la TAC puede ser un enfoque eficaz principalmente para la detección precoz de dicha enfermedad, así como su seguimiento, detección de posibles complicaciones e inmediatez en la respuesta terapéutica.

- Hallazgos típicos:

- GGO: primer y principal hallazgo. Pueden asociar engrosamiento septal interlobular y/o reticular y consolidaciones.

- Consolidación: más frecuente después del GGO y asociado a este. Presenta un aumento de la densidad que borra vasos y paredes de vía aérea. Suelen ser predominantemente multifocales, parcheadas o segmentarias distribuidas en áreas subpleurales o siguiendo tractos broncovasculares.

- Patrón reticular: Engrosamiento de los septos inter/intralobulillares, visualizándose múltiples opacidades lineales.

- Patrón en empedrado “crazy paving”: patrón lineal por engrosamiento de septos interlobulillares que se superpone a un patrón en vidrio deslustrado subyacente.

- Hallazgos típicos menos frecuentes:

- Signo del halo invertido: GGO central rodeada de una consolidación en forma de media luna o anillo.

- Signo de burbuja aire-vacuola: área hipodensa pulmonar menor de 5mm en el interior de la GGO.

- Cambios en vía aérea: Aparecen cambios en la vía aérea con engrosamiento de pared bronquial o bronquiectasias. Se da con mayor frecuencia en pacientes con enfermedad severa o crítica.

- Vasos prominentes: Los vasos pulmonares se dilatan dañando la pared capilar.

- Alteraciones pleurales y subpleurales.

- Hallazgos indeterminados: Son inespecíficos, pues se pueden observar debido a otros agentes patógenos e incluso en entidades no infecciosas, principalmente se trata de consolidaciones u GGO parcheadas, no periféricas (centrales o peribroncovasculares), unilateral y con mayor frecuencia en lóbulos superiores.

- Hallazgos atípicos (orientan a un diagnóstico diferencial): como la cavitación, calcificación, nódulos sólidos o masas, etc.

4.4. COMPLICACIONES:

Aunque comúnmente la enfermedad transcurre de forma leve, en ocasiones, el virus ocasiona una enfermedad grave que puede conducir a la muerte. Las principales complicaciones que se pueden presentar son:

- SDRA: La más grave y produce obligado ingreso en UCI. Es un tipo de lesión pulmonar, inflamatoria, difusa y aguda, caracterizada por un incremento en la permeabilidad vascular y pérdida de la aireación pulmonar.

La fisiopatología se atribuye, además, a una reacción hiperinmune que aumenta el empeoramiento progresivo de la función pulmonar debido principalmente a un daño endotelial alveolar masivo que lleva a un síndrome pulmonar progresivo acompañado de trombosis microvascular.

- Tromboembólicas (TEP, trombosis arterial / venosa periférica): Debido a un estado inflamatorio sistémico, genera un elevado riesgo trombótico (enfermos de UCI que presentan un flujo venoso reducido por el encamamiento prolongado, cambios protrombóticos y el daño endotelial). En estos casos, se ha demostrado que la angiografía pulmonar por TAC (angioTAC), es una valiosa herramienta en la estratificación del riesgo y el diagnóstico de pacientes hemodinámicamente estables que presentan embolia pulmonar aguda.

- Sobreinfecciones bacterianas: favorecidas por la utilización de ventilación mecánica invasiva, uso de corticoides y/o a las bajas defensas del paciente (inmunodeprimido).

- Barotrauma: neumotórax, neumomediastino, neumopericardio y enfisema subcutáneo.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico por imagen tuvo una explosiva evolución durante el siglo XX, siendo en la actualidad un método de diagnóstico complementario vital en la práctica clínica. Esto es solo el comienzo debido al rápido desarrollo de las nuevas tecnologías en el campo de la medicina.

Desde el inicio de la crisis sanitaria global en la pandemia ocasionada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, el papel de las técnicas de imagen radiológica

se ha demostrado fundamental.

Aunque el diagnóstico definitivo no puede basarse exclusivamente en los hallazgos radiológicos; una combinación de estos con los hallazgos clínicos y analíticos hace más preciso el diagnóstico.

Resulta de vital importancia en la detección temprana de anomalías y a la hora de determinar la severidad y la progresión potencial de la enfermedad. De esta manera se podrán poner en marcha un tratamiento adecuado para prevenir las posibles complicaciones y la mortalidad.

Las pruebas radiológicas, especialmente la radiografía simple de tórax (RXT) y la TACAR torácica, juegan un papel clave en el manejo de pacientes que necesitan ingreso y en los que evolucionan con cuadros más graves o de manera más tórpida.

Los hallazgos radiológicos demuestran diferentes manifestaciones a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad; destaca la presencia de GGO y/o consolidaciones, típicamente bilaterales y periféricas y más comúnmente subpleurales y en los campos inferiores.

La TACAR es la técnica de imagen con mayor sensibilidad/especificidad a la hora de detectar la enfermedad pulmonar por COVID-19. Permite realizar un diagnóstico basado en las diferentes formas de presentación (típica, indeterminada y atípica), y a su vez, descartar la existencia de neumonía. Además, resulta de vital importancia discriminar los hallazgos radiológicos de otras infecciones pulmonares de etiología viral con el objetivo de realizar un correcto diagnóstico diferencial.

Sin embargo, no existe un consenso en cuanto a las indicaciones y frecuencia de las pruebas de imagen, tanto en el diagnóstico como en la evolución, control de las posibles secuelas y su repercusión clínica y funcional tras el alta hospitalario. En líneas generales, en los pacientes con buena evolución clínica, no se considera necesario ningún estudio de imagen. Queda reservado el control radiológico, como parece razonable, en el momento del alta, en pacientes con afectación grave y buena evolución clínica, como referencia para controles posteriores.

Pese a que todavía no se podría precisar con certeza que pacientes son susceptibles de sufrir secuelas, los hallazgos en RXT y TACAR, han mostrado un patrón predecible de evolución sobre la enfermedad.

Los estudios de la evolución de la enfermedad producida por otras neumonías (coronavirus) son la base para el estudio de las producidas por este nuevo virus. Resulta de vital importancia la realización de estudios de seguimiento, a largo plazo, de pacientes afectados para comprenderla mejor.

6 Bibliografía

1. Alarcón-Rodríguez, J., et al. Manejo y seguimiento radiológico del paciente post-COVID-19. *Radiología*. 2021; 63(3): 258-269.
2. Aragón-Nogales R, Vargas-Almanza I, Miranda-Novales MG. COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. *Rev. Mex. Pediatr*. 2019; 86(6):213-218.
3. Carotti M, Salaffi F, Sarzi-Puttini P, Agostini A, Borgheresi A, Minorati D, et al., Chest CT. features of coronavirus disease 2019 (COVID-19) pneumonia: key points for radiologists. *Radiol. Med*. 2020; 125(7): 636-646.
4. Castillo, Felipe; Bazaes, Diego; Huete, Álvaro. Radiología en la Pandemia COVID-19: Uso actual, recomendaciones para la estructuración del informe radiológico y experiencia de nuestro departamento. *Revista chilena de radiología*. 2020; 26(3): 88-99.
5. Chamorro, E. M. et al. Diagnóstico radiológico del paciente con COVID-19. *Radiología*. 2021; 63(1): 56-73.
6. Giménez, P. A. M.; Franquet, C. T. COVID-19. Alteraciones radiológicas en las distintas fases. *Medicina Respiratoria*. 2020; 13(2):37-49.
7. Gordo, ML Parra, et al. Aspectos radiológicos de la neumonía COVID-19: evolución y complicaciones torácicas. *Radiología*.2021; 63(1): 74-88.
8. Herrero, Helena Gómez, et al. Lesiones residuales en radiografía simple de tórax tras neumonía por SARS-CoV-2: identificación de factores de riesgo. *Medicina Clínica*.2022; 158(9): 418-421.
9. Kligerman, S. J., et al. Organization and fibrosis as a response to lung injury in diffuse alveolar damage, organizing pneumonia, and acute fibrinous and organizing pneumonia. *Radiographics*. 2013; 33(7): 1951-1975.
10. Manna S., et al. COVID-19: A multimodality review of radiologic techniques, clinical utility, and imaging features. *Radiol. Cardiothorac. Imaging*. 2020; 2.
11. Molina-Molina, María. Secuelas y consecuencias de la COVID-19. *Medicina respiratoria*. 2020; 13(2): 71-77.
12. M.P. Revel et al. COVID-19 patients and the radiology department - advice from the European Society of Radiology (ESR) and the European Society of Thoracic Imaging (ESTI). *Eur. Radiol*. 2020; 30 (9): 4903-4909.
13. Parekh, M., et al. Review of the Chest CT Differential Diagnosis of Ground-Glass Opacities in the COVID Era. *Radiology*.2020; 297(3): 289-302.
14. Safont, B., et al. Lung function, radiological findings and biomarkers of fibrogenesis in a cohort of COVID-19 patients six months after hospital discharge. *Archivos de Bronconeumología*. 2022; 58(2): 142-149.

15. Sánchez, R. H., et al. Protocolo diagnóstico de los infiltrados pulmonares febriles durante la pandemia de la COVID-19. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2022; 13(55): 3261-3265.
16. Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM). Guía básica de indicaciones de pruebas de imagen en la infección COVID-19. 2020; 1: 1-9.
17. Song, F., et al. Emerging 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Pneumonia. *Radiology*.2020; 295(1): 210-217.
18. W. Dai, H. Zhang, J. Yu, et al. CT Imaging and differential diagnosis of COVID-19. *Can. Assoc. Radiol. J.* 2020; 71 (2): 195-200.
19. Xaubet, A., Ancochea, J., & Molina-Molina, M. Fibrosis pulmonar idiopática. *Medicina Clínica*.2017; 148(4): 170-175.

Capítulo 125

TÉCNICAS DE RADIOGRAFÍA EN LESIÓN LUMBAR

MARÍA LUISA MERA MOLEDO

MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ

MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES

VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

1 Introducción

La hernia discal es una patología muy común y frecuente debido a sobrecargas musculares y traumatismos sobre todo en menores de 45 años, así como la patología degenerativa en personas mayores.

En los países industrializados, se estima un 20% de las personas adultas sufren de algún dolor crónico en la columna vertebral. Del 10 al 15% las patologías son de espalda, reflejando el dolor en la parte baja, el mayor porcentaje en ciática.

Los factores más frecuentes para padecer alguna patología lumbar:

Mala higiene postural

Edad

Posiciones forzadas (trabajos en bipedestación mantenida)

Mala alimentación desencadenante la desnutrición. Provoca disminución de la nutrición sanguínea, esto hace que se consiga una peor oxigenación de los tejidos y provoca exceso de ácido láctico, perjudicando al tejido discal.

El tabaquismo puede conllevar problemas en las cirugías espinales, se ha observado que pueden aumentar las radiculopatías.

Por la elevada prevalencia, afectación sobre la calidad de la vida en las personas y la repercusión socioeconómica, es importante profundizar en la etiología de estas patologías y en nuevos tratamientos que se están instaurando en las últimas décadas.

Se estima que un 5% de la población padecerá hernia discal lumbar, entre sexos los valores están de 3 a 1 para los hombres, principalmente en L4-L5 y sobre S1. En la realización de RM en personas con edades comprendidas entre 20 y 60 años se observa un 21% son hernias discales (sin dolor) y un 36% a mayores de 60 años. Del 5-10% se vuelve endémico, causando procesos largos de baja laboral y altos gastos económicos.

2 Objetivos

Estudiar la forma de realizar una prueba radiográfica ante una lesión lumbar.

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: Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se comprobará la identidad del paciente, el nombre, sexo, fecha de nacimiento, motivo de la exploración y el estado del paciente. Otra información como, por ejemplo, datos de exámenes anteriores, alergias o si su capacidad de movimiento es limitada. Se proporcionará la información detallada sobre la prueba de forma oral y escrita, la preparación específica que requiere el examen.

En una consulta previa el médico especialista puede que requiere una prueba de hemostasia y un consentimiento informado firmado por la paciente para alguna de las pruebas. Este consentimiento se le pedirá para proceder a las pruebas e intervenciones necesarias. Comprobar que la paciente no está embarazada,

confirmar que no tiene alergia al contraste, durante la prueba se observara las posibles reacciones que puedan surgir debido a los medios de contraste, no se recomienda el uso de contraste basado en gadolinio en pacientes con daños renales. En caso de reacciones a los medios de contraste se valoran estas como moderadas o graves.

Realización de la prueba: Comprobar que la sala de radiología se encuentre con todas las condiciones óptimas de limpieza y esterilización antes de comenzar la prueba, comprobación de material necesario, tener un carrito de paradas con fármacos por si es necesario la resucitación en la sala. El técnico debe cerciorarse de que el paciente no lleve ningún objeto metálico que pueda interferir en el examen. Si se requiere alguna medida especial en pacientes con alguna discapacidad, obesos y niños como por ejemplo cuñas, etc.

Toma de imágenes: se debe tener en cuenta los parámetros, el grosor de cada corte, la velocidad de la mesa, la anchura del haz de rayos X, el número de detectores activados en la máquina y tamaño de la zona a evaluar. Se evaluará las ventajas y desventajas de cada prueba que se va a realizar por los diferentes aparatos, con el objetivo de limitar tiempo de adquisición, dosis de radiación y coste de la prueba.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía simple es la técnica mas requerida por los facultativos. Se basa en someter a exploración radiológica (rayos X) un cuerpo, las proyecciones antero-posteriores mediante una placa radiográfica, se obtienen fotografías con fines terapéuticos. Los rayos atraviesan los diferentes tipos de tejidos en función de su contenido en gas, líquido o elementos sólidos, anterior y lateral son muy útiles para valorar múltiples patologías de la columna vertebral.

Las lesiones que las radiografías pueden mostrar:

Anomalías de la curvatura de la columna.

Desgastes cartilaginosos y óseos de la región lumbar.

Fracturas.

Altura de los discos

Dislocaciones de la articulación.

Osteoporosis (disminución de la densidad de la masa ósea).

Espondilolistesis (deslizamiento de un espóndilo sobre otro).

Asistencia a la detección y diagnóstico de cáncer de hueso.

Protocolo estudio de tórax RM: La paciente se coloca decúbito supino, con la cabeza primero.

La exploración estará centrada en el tercio medio del esternón se empleará bobinas phased array cardíacas o de cuerpo. Habitualmente al paciente se suministra un contraste intravenoso. Se harán diferentes secuencias, plano sagital potenciado en T1 coronal, potenciada en T2 corte sagital y coronal.

En algunos casos como ciática, hernia, estenosis... puede no ser suficiente la radiografía simple lumbosacra. En el caso de no observar tejidos comprometidos se acompañan de otros estudios como por ejemplo en este caso, con resonancia magnética.

La persona encargada de la radiografía es el técnico radiólogo, se pueden realizar tanto en atención hospitalaria como ambulatoria. El técnico y el médico radiólogo serán los encargados de observar la exposición, la calidad y el valor de las placas radiográficas para realizar el examen diagnóstico.

Para evitar que las placas salgan borrosas, el paciente deberá de contener la respiración unos segundos, mientras se realiza cada captación de imagen, se tomarán entre 3 a 5 imágenes. Posiciones coroneles buscamos las apófisis espinosas, anteroposterior y lateral posición oblicua a 45° para valorar todas las estructuras correctamente.

6 Bibliografía

Imagenología del dolor lumbar. Drs. Cristian Matus y Eugenio Galilea M, Aliro San Martín: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071793082003000200005

M. Revista Chilena de Radiología. Vol. 9 N° 2, año 2003; 62-69

:https://www.abc.es/salud/tecnologia-salud/abci-disenado-tratamiento-capaz-curar-dolor-lumbar-cronico-solo-10-minutos-201711291401_noticia.html

Seguridad y medio ambiente: <https://seguridadypromociondelasalud.fundacionmapfre.org/n126/es/articulo3.html>

Capítulo 126

ARTROGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (ARTRO-TC) DE HOMBRO

YASMINA LÓPEZ ARIAS

SUSANA FERNANDEZ LAVIANA

MÓNICA HEVIA MARTIN

1 Introducción

Es una técnica semi-invasiva, que combina la inyección de líquido de contraste en la articulación, con la observación de imágenes mediante Tomografía Computarizada.

El contraste introducido produce una distensión de la articulación, y delimita mejor las diferentes estructuras anatómicas articulares, mejorando sustancialmente la observación de las lesiones intra-articulares que no se pueden observar a través de otras técnicas de imagen.

De modo que nos proporciona información relevante para realizar el tratamiento más adecuado de lesiones de fibrocartílagos, lesiones tendinosas, alteraciones del cartílago articular, y cuerpos osteocondrales intra-articulares libres.

Esta técnica puede realizarse en diversas articulaciones como rodilla, hombro, cadera, tobillo, codo, muñeca.

En este capítulo realizaremos una descripción de como llevamos a cabo la artrografía de hombro.

Además también incluiremos la Artro Resonancia para la valoración de la articulación tras la punción en el TC.

RM artrografía (Artro-RM)

La artro-RM es un procedimiento que consiste en realizar una resonancia magnética tras haber inyectado contraste en la articulación.

Como describíamos en la artro tc este líquido produce distensión de la articulación y delimita mejor las diferentes estructuras anatómicas articulares.

En la actualidad se utiliza con frecuencia para inyectar medio de contraste intraarticular para la realización de artrografías directas por resonancia magnética (RM).

La artro-RM mejora sustancialmente la valoración de las lesiones articulares, muchas de ellas no detectadas con otras técnicas de imagen, pudiendo proporcionar información relevante para realizar un tratamiento adecuado.

2 Objetivos

Objetivos principales:

- Describir como se desarrolla la técnica de Artrografía por Tomografía Computada (Artro-TC) de hombro
- Conocer sus principales indicaciones
- Exponer al equipo involucrado en su desarrollo

Objetivos Secundarios:

- Estudiar cómo se lleva a cabo la Artro Resonancia Magnética.

3 Caso clínico

Paciente que acude al servicio de radiodiagnóstico para realizar una Artro-TC de hombro, previamente citado, siendo su cita solicitada por traumatología.

En primer lugar confirmamos los datos con el paciente, asegurándonos del hombro a realizar la punción en este caso hombro izquierdo.

Comprobamos que tenemos todos los consentimientos firmados y le explicamos en que va a consistir la prueba y la posición en la que la llevaremos a cabo.

Una vez explicado preparamos el material que consta:

Campo estéril sobre el que colocaremos:

- Aguja de punción lumbar.
- Jeringas de 10 y de 20 ml
- Anestesia
- Aguja intramuscular

-Paño fenestrado

-Gasas y antiséptico

-Batea con solución de suero más contraste

El equipo que interviene en esta técnica está compuesto por un técnico de imagen, el médico radiólogo y el quipo de enfermería.

A continuación posicionamos al paciente decúbito prono, cabeza hacia el gantry. Se posiciona en una forma cómoda, que le permita permanecer inmóvil, mientras el radiólogo inserta de forma perpendicular la aguja.

Este se posicionó con el hombro a abordar (izquierdo) estirado a lo largo del cuerpo, palma de la mano en posición anatómica.

Con angulación del hombro que se va a intervenir sobre el eje vertical, llenando el espacio entre el paciente y la mesa con una almohada triangular para que el hombro se encuentre en posición neutra.

A continuación el radiólogo le explicó al paciente que cuando le pusiese la anestesia sobre la articulación tendría una sensación de escozor e hinchazón que es normal.

Realizamos la marcación con clips en el cuadrante inferomedial de la cabeza humeral, para, posteriormente, realizar la inyección del medio de contraste.

Tras su colocación realizamos una hélice para ver que estamos centrados y el radiólogo decide por donde quiere acceder (figura 1)

A continuación una vez el radiólogo decide por donde quiere acceder volvemos a sala donde desplazamos la camilla del paciente hacia fuera y realizamos una marca por el lugar a acceder.

Una vez realizada dicha marca se le desinfecta la zona y se le coloca el campo estéril.

El médico radiólogo procede a inyectar la anestesia y volvemos a la pantalla de control donde repetimos serie para comprobar que accedíamos por el lugar deseado.

Una vez confirmado se procedió a pinchar con la aguja de punción lumbar hasta tener contacto con la cabeza humeral.(figura 2)

Se realiza una inyección de prueba con 1 cm³ la cual debe tener paso sin resistencia, para la posterior inyección del medio de contraste.

Tras esta prueba se administra el resto de contraste y se realiza un último control para comprobar que todo está en la cavidad articular.

Tras el procedimiento presionamos sobre el lugar de punción y acompañamos al paciente a la sala de espera de la resonancia.

El tiempo de espera no puede exceder en más de media hora.

Una vez allí los compañeros de resonancia le realizan una serie de preguntas

para comprobar que no lleva nada que no sea compatible con la realización de la prueba, que aunque este caso tenía resonancias previas en nuestro servicio, siempre nos aseguramos de que pueda acceder sin experimentar problema alguno.

Una vez en la resonancia le realizamos una artro rm, ya que, el contraste dentro de la articulación distiende la cápsula articular y permite una mejor visualización de las estructuras del hombro responsables de la estabilidad de la articulación y también permite valorar la inserción intraarticular del tendón de la porción larga del bíceps.

Este caso clínico se lleva a cabo por la inestabilidad y luxación del hombro del paciente.

Nuestro paciente lo posicionamos de cubito supino, desplazado hasta que el hombro quede en el medio de la máquina, cabeza hacia el gantry y antena de hombro con sus almohadillas correspondientes para evitar su movilización

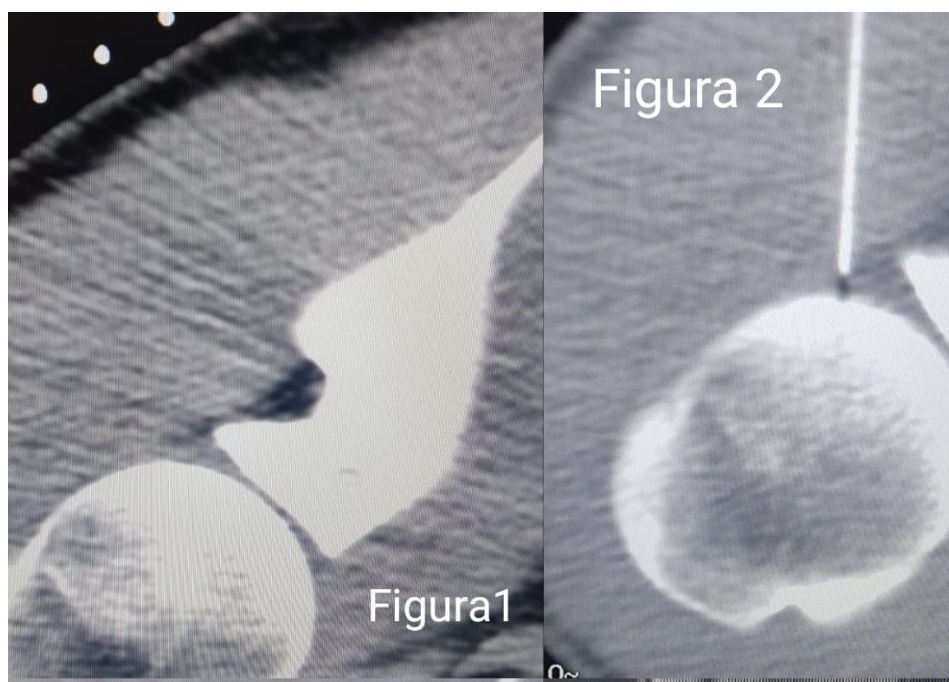
Facilitamos tapones y cascos para los oídos.

El estudio se llevó a cabo realizando secuencias T1 y T1 FAT SAT (con supresión de la grasa) y secuencias en DP (densidad protónica)

A continuación una vez realizadas se entra en la sala para cambiar la posición del brazo del paciente en posición ABER (Abducción y rotación externa)

El paciente lleva el brazo por detrás de su cabeza y con la misma antena se realizan una serie de secuencias en T1.

Una vez finalizo la prueba le indicamos al paciente cuando puede pasar a por los resultados que será en un plazo de 3 días laborables, donde le adjuntaremos informe del médico radiólogo y copia de imágenes.



4 Discusión-Conclusión

La Artro-TC es una herramienta indispensable para la valoración de patologías de hombro como describimos anteriormente que no nos son valorables con otras técnicas de imagen, en cambio dicha técnica junto con la Artro- RM nos permiten el estudio adecuado de dicha articulación.

La Artro-RM de hombro muestra las estructuras internas de la articulación del hombro, que no son igual de evaluadas con la RM convencional con lo cual mejora el diagnóstico de algunas patologías del hombro permitiendo además la definición de variantes anatómicas que simulan patología.

El uso de la artrografía no se limita a la inyección de medios de contraste con objetivos diagnósticos, sino también, con fines terapéuticos.

5 Bibliografía

1. Nuestra propia experiencia llevada a cabo en el lugar de trabajo
2. <http://www.dmcantabria.es/artro-rm.html>.

Noviembre de 2022

3.https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2019/1_marzo/col/artografia_esp.pdf.

Octubre 2022

Capítulo 127

PRUEBA SANGUÍNEA DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)

LUCÍA ALVAREZ PADILLA

1 Introducción

El antígeno prostático específico o PSA, es una enzima sintetizada por las células, tanto normales como malignas, de la glándula prostática, por lo que en procesos tanto benignos como malignos puede estar elevada. El PSA se encuentra en el líquido seminal, pero también se puede encontrar en pequeñas cantidades en la sangre, que es precisamente donde vamos a medir sus niveles.

Después de producirse, pasa a través de la capa de células, las células endoteliales y las membranas capilares para ingresar a la circulación sanguínea. Su función es disolver el coágulo seminal (que es una proteína) mediante proteasas para que los espermatozoides circulen libremente.

El PSA aumenta con la edad, aunque la producción de espermatozoides se altera de manera adversa, lo que afecta a la función reproductiva.

Las principales causas del incremento, en ausencia de neoplasia, son la prostatitis y la hipertrofia de próstata benigna (HPB). El PSA circula en sangre de dos maneras diferentes: unido a proteínas inhibidoras de las proteasas y una pequeña fracción permanece en estado libre (PSA libre).

A pesar de los riesgos y beneficios de la prueba de detección de PSA en suero, es la herramienta más útil disponible para la detección temprana del cáncer de próstata, brindando a las personas afectadas la mejor oportunidad de curación.

2 Objetivos

Describir la prueba sanguínea del antígeno prostático específico (PSA)

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica 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 prueba de PSA mide la concentración del PSA que pasa a la sangre y su objetivo es detectar el cáncer en sus etapas iniciales, antes de que presente algún síntoma. Como hemos dicho anteriormente, el PSA se encuentra en pequeñas cantidades en la sangre y eso es precisamente lo que se mide con la prueba del PSA en el laboratorio. Para ello, se tomará una muestra de sangre del paciente en un tubo de bioquímica de tapón rojo (suero). El PSA, en algunos casos, solo se puede medir en suero, no valdría realizarlo en un tubo de bioquímica con heparina de litio (plasma), ya que la heparina de litio interfiere en la medición del PSA libre.

El PSA en sangre se mide en nanogramos por mililitro (ng/ml).

Como se ha citado anteriormente, el PSA se encuentra en sangre unido a proteínas, al que llamamos PSA total; o se encuentra libre, llamado PSA libre.

Los valores normales de PSA total son menores a 4ng/ml. Cuando se desarrolla una neoplasia de próstata, los niveles de PSA aumentan por encima de 4. Si los niveles están entre 4-10, la probabilidad de tener cáncer de próstata aumenta un 25% y si aumenta a más de 10, la probabilidad aumenta a un 65%.

El porcentaje de PSA libre varía en función de la patología prostática y es menor en los pacientes con cáncer de próstata que en los individuos sanos o con patología benigna. La concentración sérica de PSA puede aumentarse con diversos procedimientos, como las manipulaciones de la glándula prostática en el masaje prostático, la biopsia, la citoscopia o la resección transuretral.

El PSA se considera un marcador tumoral específico de la próstata, y es cierto que sus incrementos séricos son exclusivos de neoplasia prostática. Para que la

prueba será válida, requiere que se proceda a la separación del suero antes de que transcurran 3 horas.

El índice de PSA indica que cantidad de PSA total circula libre comparado con el que está unido a proteínas. El riesgo de cáncer aumenta si la relación entre PSA libre y PSA total es menor al 25%. Cuanto menor sea la proporción, mayor será la probabilidad de tener cáncer prostático. Si el resultado, del PSA total, por ejemplo, está entre 4-10ng/ml -un valor anormal con un riesgo calculado del 25% de tener un cáncer de próstata- y al mismo tiempo cursa con un bajo porcentaje del PSA libre (menor del 10%), significa entonces que la probabilidad de tener un cáncer de próstata aumenta a un 50% y que por ello es necesario realizar una biopsia diagnóstica.

Los pacientes con cáncer de próstata tienen menor porcentaje de PSA libre, mientras que los que sufren una hiperplasia benigna de próstata tienen una mayor proporción de PSA libre.

5 Discusión-Conclusión

No existe un valor que garantice la presencia o ausencia del cáncer de próstata, pero la detección de PSA en sangre es la prueba más sensible para detectarlo precozmente.

Se ha demostrado que el PSA es superior al examen digital del recto (DRE) y a la ecografía prostática transrectal (TRUS) para la detección temprana del cáncer de próstata.

Es muy importante que las medidas de PSA se realicen en el mismo laboratorio y con la misma técnica, de este modo, se evitan las posibles variaciones.

Otros casos por los que se solicita el PSA es para ver si el tratamiento ha sido exitoso, si se ha extendido el cáncer o el pronóstico que pueda tener.

6 Bibliografía

- Prostate Specific Antigen. Michael K. David; Stephen W. Leslie.
- Análisis del antígeno prostático específico (PSA). Instituto Nacional del Cáncer.
- Biology of Prostate-Specific Antigen. Balk, Steven P.; Yoo-Joung Ko; Glenn J. Bubley.
- Medline.

Capítulo 128

DETERMINACIÓN DE LA HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES O TSH

LUCÍA ALVAREZ PADILLA

1 Introducción

La tirotropina u hormona estimulante de la tiroides (TSH) es una glucoproteína secretada por el lóbulo anterior de la hipófisis (adenohipófisis), un órgano de pequeño tamaño que se sitúa debajo del hipotálamo en una cavidad ósea que pertenece al hueso esfenoides, denominada silla turca. La tirotropina es la encargada de estimular la glándula tiroides, una pequeña glándula con forma de mariposa situada en la parte anteroinferior del cuello, uniéndose a los receptores de TSH y desencadenando la liberación de las hormonas tiroideas hacia la sangre. Cuando la acción biológica iniciada por la hormona ya es suficiente, mediante un sistema de retroalimentación sobre el hipotálamo o sobre la misma hipófisis, se inhibe su liberación. Cuando vuelve a ser necesaria la liberación de la hormona ejerce un mecanismo de retroalimentación positiva.

Las hormonas tiroideas se sintetizan a partir del yodo que hay en la glándula tiroides y del aminoácido tirosina, que se incorporan a la tiroglobulina para formar tetrayodotironina o tiroxina (T4) y triyodotironina (T3); ambas circulan en la sangre unidas a proteínas plasmáticas y, en menor medida libremente en forma de T4 libre (LT4) y T3 libre (LT3). La mayor parte de la producción de la tiroides consiste en T4 que aunque no es muy activa, al llegar al hígado y otros tejidos se transforma en T3, mucho más activa.

La TSH constituye la prueba para evaluar la función tiroidea en personas con signos o síntomas compatibles con enfermedades tiroideas como el hipertiroidismo o el hipotiroidismo.

2 Objetivos

Explicar la utilidad de la prueba para la determinación de la hormona estimulante de la tiroides (TSH).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica 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 resultados de la prueba de TSH pueden indicar si su tiroides está produciendo demasiada o muy poca hormona.

La función de esta prueba es medir la cantidad de TSH en sangre y se solicita cuando un individuo presenta signos o síntomas de hipertiroidismo o hipotiroidismo, o bien cuando existe bocio o un nódulo tiroideo.

El método más usado hoy en día para cuantificar la TSH es el inmunoanálisis de tercera generación (ultrasensible), con límites de detección de 0,1 mU/L.

La TSH puede solicitarse a intervalos regulares para controlar la eficacia del tratamiento de un trastorno tiroideo.

Otras pruebas que se piden son la T3 libre y la T4 libre, que conjunto con la TSH forman el perfil tiroideo.

La determinación de TSH, junto con T4 libre o T3 libre, permite diagnosticar una enfermedad tiroidea en una persona con signos o síntomas compatibles; evaluar la eficacia del tratamiento hormonal sustitutivo en las personas con hipotiroidismo; evaluar la eficacia del tratamiento antitiroideo en las personas con hipertiroidismo; y evaluar la función de la hipófisis.

Los resultados de la TSH, la T4L y la T3L pueden ser muy variados y con ello darse diferentes diagnósticos como el hipotiroidismo subclínico, primario o central; o el hipertiroidismo central o subclínico; o incluso tener una función tiroidea normal.

Cuando existe una enfermedad tiroidea y la glándula produce un exceso de hormonas tiroides, la persona afectada podrá presentar signos o síntomas asociados al hipertiroidismo. La más frecuente es la enfermedad de Graves, que produce autoanticuerpos que actúan sobre la tiroides como si fueran TSH, estimulando la producción de hormonas tiroides. Como respuesta, la hipófisis produce menos TSH y por lo tanto su concentración en sangre disminuye.

Otras enfermedades tiroides pueden causar una disminución de la producción de hormonas, hipotiroidismo. La más común es la tiroiditis de Hashimoto, que responderá a la escasez de hormonas produciendo mayor cantidad de TSH y aumentando su concentración en sangre.

Es imprescindible la determinación de TSH en el cribado de los recién nacidos con el objetivo de realizar la detección precoz del hipotiroidismo congénito y establecer su diagnóstico, iniciar tratamiento y hacer el seguimiento evitando el posible daño cerebral y las discapacidades asociadas a la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que la TSH no puede mostrar la causa del problema. Unos niveles de TSH demasiado altos o demasiado bajos pueden ser signo de problemas en la glándula tiroides. Esta puede indicar si se tiene hipertiroidismo (demasiada hormona tiroidea) o hipotiroidismo (muy poca hormona tiroidea) en sangre. Aunque también se pueden dar valores altos o bajos cuando la tiroides está sana y ser causa de otras enfermedades o por la edad, como ocurre en personas mayores de 80 años sin problemas tiroideos.

Las hormonas tiroideas afectan a casi todos los órganos del cuerpo, incluyendo el corazón. Estas ayudan a regular el peso, la temperatura corporal, la fuerza muscular e incluso el estado de ánimo.

6 Bibliografía

- MedlinePlus
- American Thyroid associatio
- Manual para tecnico superior de laboratior clinico y biomedico

Capítulo 129

ESTUDIO BÁSICO DE COAGULACIÓN (HEMOSTASIA SECUNDARIA)

LUCÍA ALVAREZ PADILLA

1 Introducción

La hemostasia es un mecanismo defensivo cuya misión es prevenir la pérdida de sangre del interior de los vasos sanguíneos y taponar eficazmente posibles extravasaciones de sangre; que se activa tras haber sufrido un traumatismo o lesión.

Agrupar los diferentes mecanismos que han de asegurar la fluidez sanguínea dentro del espacio vascular para permitir su libre circulación en todos los órganos, a la vez que su solidificación, a nivel local, dónde sea preciso para detener una hemorragia.

Los elementos que están implicados en este proceso son: la pared vascular, las plaquetas y otras células sanguíneas, proteínas plasmáticas (factores de coagulación y fibrinólisis y sus respectivos inhibidores), sustancias orgánicas de bajo peso molecular (fosfolípidos, prostaglandinas, etc.), citoquinas y hormonas.

La hemostasia se divide en dos fases:

Hemostasia primaria: las plaquetas se adhieren a la superficie lesionada y se agregan para construir el "tapón hemostático plaquetario".

Hemostasia secundaria o coagulación: en esta fase, la activación de múltiples proteínas del plasma produce la formación de un coágulo de fibrina que impide la salida de sangre al exterior.

La parte que se realiza en el laboratorio es la hemostasia secundaria o estudio básico de coagulación, que se realiza sobre plasma pobre en plaquetas (PPP), en el

que se induce la formación de fibrina bajo ciertas condiciones física y químicas. Es un estudio coagulométrico (cronométrico), en el que se mide el mismo tiempo de inicio de la coagulación tras añadir al plasma un activador de la misma. Se estudia el sistema procoagulante y las acciones inhibitorias adquiridas de la hemostasia secundaria.

2 Objetivos

Dar a conocer el estudio básico de coagulación, que incluye la determinación del tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPA) y el tiempo de protrombina (TP), así como una estimación de la concentración de fibrinógeno a partir del tiempo de protrombina (fibrinógeno derivado).

3 Metodología

El estudio básico de coagulación se realiza sobre plasma pobre en plaquetas (PPP). El estudio debe realizarse en un plazo breve desde la extracción, en las primeras 4 horas, pero mejor si son menos de 2 horas. Para obtener un PPP, la muestra se debe centrifugar a 3.500 rpm durante 10 min a 4°C.

Para activar la coagulación en el laboratorio, se añaden al plasma activadores de la misma. Dependiendo del activador del que se haga uso, se mide un tiempo diferente, que es más o menos indicativo del funcionamiento de una vía u otra.

4 Resultados

Los resultados se expresan como tiempos de coagulación en segundos y, se comparan con tiempos obtenidos de un plasma calibrador normal para establecer un ratio que relacione los dos valores. Por ello, es fundamental fijarse sobretudo en el ratio obtenido. Sus valores de normalidad se sitúan entre 0,8 - 1,2.

Solo los alargamientos de los tiempos (ratios > 1,30) tienen trascendencia clínica, ya que reflejan que es preciso demasiado tiempo con respecto a la población normal para la formación de fibrina (coágulo), con riesgo de hemorragia espontánea. El defecto puede deberse a la alteración de una o varias proteínas implicadas en el proceso. El grado de alargamiento es indirectamente proporcional a la concentración del factor en cuestión.

El acortamiento de los tiempos habitualmente es consecuencia de un manejo deficiente de la muestra en la fase preanalítica o se debe al efecto de ciertos fármacos.

Ninguno de los tiempos de coagulación mide la actividad del factor XIII.

El alargamiento de la TTPA puede indicar déficit en uno o más factores de la vía intrínseca y/o vía común; heparina en la muestra; la acción de anticoagulante inespecífico (lúpico, en el que existe mayor riesgo trombótico que hemorrágico) o dirigido contra un factor específico (inhibidor anti factor VIII); o error técnico. El alargamiento del TP puede indicar un déficit de uno o más factores de la vía intrínseca y/o vía común; anticoagulación de antivitaminas K (sintrom) o déficit de vitamina K (por hepatopatía o malnutrición), que afecta a los factores vitamina K dependientes (II, VII, IX y X); coagulación intravascular diseminada; o anticoagulante específico (inhibidor anti factor Xa).

Ante ello debemos descartar el déficit de vitamina K (malnutrición o hepatopatía) o tratamiento anticoagulante oral y en caso de no deberse a estas causas y la alteración persista, estaría indicada la dosificación de factores.

Si el fibrinógeno es menor de 100mg/dl se recomienda realizar una determinación de fibrinogeno Clauss, ya que este no se ve prácticamente afectado con la alteración de otras variables.

5 Discusión-Conclusión

Los términos hemostasia y coagulación se usan con frecuencia como sinónimos, pero en realidad la hemostasia es el término general al que comprende todo el proceso y la coagulación solo una parte de la misma.

Podemos decir que la coagulación se produce como resultado de una serie de reacciones en cascada en la que sucesivamente una proenzima plasmática inactiva es convertida en enzima activa la cual a su vez activa a otra protenzima.

Se supone que el contacto de las plaquetas con sustancias extrañas provoca la activación así como una concentración de factores procoagulantes en el lugar de la lesión. Lo que pretende es bloquear el flujo de sangre cuando ocurre algún daño.

6 Bibliografía

- Manual de enfermería en Hemoterapia
- E, Arellano Rodrigo. Interpretación practica de la porlongación del tiempo de protombina y del tiempo de tromboplastina parcial activada.
- Manual del tecnico superior de laboratorio clinico y biomedico.

Capítulo 130

EL HEMOGRAMA EN EL LABORATORIO

LUCÍA ALVAREZ PADILLA

1 Introducción

El hemograma es una de las determinaciones que se solicitan con mayor frecuencia a los laboratorios clínicos. Comprende el recuento de células sanguíneas (eritrocitos, leucocitos y plaquetas), la fórmula leucocitaria, el hematocrito y la concentración de hemoglobina; y se hace para poder detectar posibles alteraciones que puedan definir algún tipo de patología.

El hemograma proporciona información rápida que ayuda al diagnóstico de múltiples patologías, tanto hematológicas como no hematológicas; refleja la capacidad del organismo para reaccionar frente a la enfermedad; y sirve de indicador de los progresos del paciente en algunos estados patológicos, como por ejemplo la anemia o la infección.

Actualmente su realización está totalmente automatizada y los avances tecnológicos han hecho posible conseguir unos equipos capaces de ofrecer unos resultados muy precisos tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo.

Los laboratorios de hematología establecen unos protocolos de validación automática de resultados y de revisión microscópica del frotis de sangre, usando equipos de tecnología avanzada. La revisión microscópica del frotis de sangre es indispensable para detectar alteración morfológica que no los autoanalizadores no pueden detectar y hoy en día gracias a la tecnología existen aparatos con los que se pueden ver las células con una alta calidad de imagen.

2 Objetivos

El objetivo del hemograma es evaluar el estado de salud general y detectar una amplia variedad de enfermedades como los son la anemia, las infecciones y la leucemia.

3 Metodología

La muestra adecuada para realizar el hemograma tiene que ser sangre total anticoagulada con EDTA tripotásico (EDTA K3) (tubo de tapón malva), el cual no produce dilución en la sangre e inhibe la agregación plaquetaria, por lo que facilita el recuento de las mismas; asegura también la conservación de las células sanguíneas durante 24 horas.

Se debe mezclar rápidamente la sangre con el anticoagulante para evitar la formación de coagulación.

Antes de introducirlo en el analizador hematológico automático hay que observar si se ha formado algún coágulo, porque este podría perjudicar a la máquina.

4 Resultados

Los rangos de referencia son establecidos por cada laboratorio.

Una vez que se ha procesado la muestra, el resultado puede observarse en diversas formas: resultado numérico, alarmas morfológicas, histogramas, gráfica tridimensional, etc. De esta forma, es posible detectar poblaciones celulares alteradas antes de validar el hemograma.

Los valores de más relevancia que se observan en el hemograma son los hematíes, la hemoglobina, el hematocrito, las plaquetas, los leucocitos, los linfocitos absolutos, los granulocitos absolutos y los monocitos absolutos.

Los valores normales de hematíes andarían entre 4,6 y 6,20 millones/mm³. Los valores por debajo pueden indicar hemorragia o anemia, mientras que los valores por encima (poliglobulia) indicarían que la sangre es más espesa y hay riesgo de trombos.

Los valores normales de la hemoglobina andan entre 13 y 18 g/dL, si estos valores bajan por debajo de 7 sería una hemoglobina crítica, habría que calcular los reticulocitos y conlleva tener que avisar al médico del paciente para hacerle una transfusión y se dan en casos de anemia. Si por el contrario es alta, significa una sangre espesa por lo que habrá cardiopatías y otras enfermedades.

Los valores normales de hematocrito están entre 40% y 54%. Valores bajos se dan en anemias e incluso en embarazadas; y valores altos en personas con problemas cardiacos, respiratorios, etc.

Los valores normales de las plaquetas están entre 120.000 y 450.000. Valores inferiores a 100.000 (trombocitopenia) son críticos, los cuales hay que comprobar haciendo un recuento manual de estas. Esto puede darse debido a que la médula ósea no funciona bien o que el sistema inmune destruya las plaquetas. Valores altos indicarían un alto riesgo de formación de trombos.

Los valores normales de leucocitos están entre 3.500 y 10.800. Valores elevados por encima de los 30.000 indican la existencia de una infección. Habría que comprobar ese valor realizando un recuento manual.

Los valores normales de los linfocitos absolutos están entre 1.000 y 4.800. Valores inferiores (linfopenia) indican personas con un sistema inmune debilitado, que pueden estar sometidas a tratamientos inmunosupresores. Si por el contrario, sus valores son elevados por encima de 7.000, puede deberse a un proceso inflamatorio de algún tipo y habría que hacer una extensión para comprobar si ese recuento es correcto.

Los valores normales de granulocitos absolutos están entre 1.500 y 8.000. Valores inferiores a 500, serían críticos, los cuales habría que comprobar con una extensión.

Los valores normales de monocitos absolutos es de entre 100 y 700. Valores que son mayores de 2.500 persistentes durante más de 6 meses, se tienen que comprobar. Estos valores altos pueden ser causa de alguna enfermedad infecciosa o crónica.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, podemos decir que el hemograma es el análisis más utilizado hoy en día en los hospitales, ya que gracias a él, se pueden diagnosticar muchas patologías de manera rápida.

En el hemograma se utilizan mediciones, en valores absolutos y porcentuales, por ellos es muy importante establecer rangos específicos adaptados a la edad, sexo, raza, localización geográfica y equipos utilizados para dicha evaluación hematológica. Es por ello, que cada laboratorio debe establecer los rangos, procedimientos y flujogramas de validación de sus resultados.

En las últimas décadas, los laboratorios han incorporado equipos automatizados que han permitido la entrega de resultados en menor tiempo, con mayor precisión y exactitud y con menores errores de medición.

6 Bibliografía

- Manual del técnico superior de laboratorio clínico y biomédico.
- Manual de enfermería en Hemoterapia.
- www.mayoclinic.org
- www.elsevier.es

Capítulo 131

MEDICINA NUCLEAR:TRATAMIENTO PALIATIVO CON SAMARIO 153 EN PACIENTES CON METÁSTASIS ÓSEAS

YASMINA LÓPEZ ARIAS

MÓNICA HEVIA MARTIN

SUSANA FERNANDEZ LAVIANA

1 Introducción

El Samario 153 es un medicamento que se usa para tratar el dolor óseo causado por el cáncer de hueso y otros cánceres que se diseminaron a los huesos.

Las metástasis óseas son una complicación frecuente en pacientes neoplásicos, en este sentido el tejido óseo se encuentra en el tercer lugar de sistemas con metástasis después del pulmón e hígado. Entre el 60-84% de los pacientes neoplásicos desarrollan metástasis óseas y su incidencia oscila en función del tipo de tumor primario.

Alrededor un 75% de los enfermos con metástasis óseas sufrirán dolor, siendo estas la causa más frecuente de dolor en pacientes con cáncer.

El dolor óseo aumenta con los movimientos y la presión, limitando la autonomía del paciente y la calidad de vida. El dolor incidental, asociado a la presencia de metástasis óseas, es difícil de controlar con tratamiento farmacológico y está considerado como un factor pronóstico negativo, evitar el dolor con los movimientos en este tipo de pacientes es difícil de conseguir.

Los tratamientos a este tipo de pacientes oncológicos deben abordarse de manera individualizada.

Ante las dificultades de paliar el dolor muchos pacientes han sido tratados con samario 153 para paliar ese dolor.

Dicho radioisótopo es una terapia analgésica de sencilla aplicación con escasos efectos secundarios, siendo los resultados bastante satisfactorios.

2 Objetivos

Objetivos Principales:

- Describir en que consiste
- Conocer sus Indicaciones y contraindicaciones

Objetivos Secundarios:

- Estudiar las Pautas del tratamiento, su administración y realización del procedimiento.

3 Metodología

El método utilizado para la realización del presente trabajo se han consultado las funciones del técnico de radiología en el servicio de Medicina Nuclear, el funcionamiento de estos tratamientos en nuestro lugar de trabajo, así como artículos científicos, apoyándonos en varias páginas webs para ampliar y completar nuestra información de manera más precisa.

4 Resultados

El tratamiento paliativo con samario consiste en administrarle al paciente este radioisótopo (^{153}Sm) que emite una radiación Beta de energía intermedia, con una vida media de aproximadamente 46 horas, y es utilizado para el dolor producido por la metástasis ósea osteoblástica que ha sido visible en la gammagrafía ósea.

Su propósito principal es mejorar la calidad de vida y sobre todo paliar el dolor, aunque también es importante para la mejora funcional temporal previniendo fracturas o aplastamientos.

Está indicado en pacientes que presentan dolor causado por la confirmación de metástasis ósea mediante gammagrafía ósea, tras haber fallado otras alternativas

terapéuticas de control del dolor como el tratamiento con analgésicos opiáceos y no opiáceos.

Si es necesario se puede hacer un retratamiento, pero este debe ser con cautela, ya que la respuesta por lo general es menor y la incidencia de mielosupresión mayor.

Está contraindicado en caso de:

- Embarazo y lactancia
- Insuficiencia renal grave
- Fórmula hemática desfavorable
- Hipersensibilidad al fosfonato
- Existencia de otras neoplasias
- Radioterapia hemicorporal o de cuerpo entero y/o quimioterapia en un periodo inferior a 6 semanas.

Las pautas para el tratamiento son las siguientes:

El paciente es derivado al servicio de Medicina Nuclear tras el diagnóstico de gammagrafía ósea en el que se ha localizado una metástasis ósea que le produce un dolor por el cual se somete al siguiente tratamiento siguiendo el siguiente protocolo:

En primer lugar la preparación del paciente.

Se le solicitará un hemograma y bioquímica previa

-Se pesará al paciente

-Hidratación vía oral

-Evitar tratamientos que contengan bifosfonatos en 48h previas

-El día del tratamiento el paciente debe acudir a su cita en ayunas de 2 horas.

Administración y dosis:

-Dosis: 1mCi/Kg de peso corporal

-Administración vía intravenosa lenta durante un minuto

-Descongelar el vial a temperatura ambiente

-Inspección visual antes de su utilización, debe estar clara y sin partículas

-Tener en cuenta precauciones habituales sobre esterilidad y radio protección

-Extraer del vial la dosis adecuada al peso del paciente, no diluir antes de su uso, la actividad se medirá con el calibrador de dosis inmediatamente antes de la administración.

Procedimiento:

-Informar al paciente verbal y escrita y recogerlo en el consentimiento informado.

-Administración intravenosa durante un minuto

- Ingreso en la unidad de braquiterapia (6H) se le ha de instar a beber agua y evacuar vejiga frecuentemente.
- Rastreo corporal total comprobando así el depósito del radiofármaco en las lesiones óseas. Gammacámara de campo amplificada con colimador LEAP o LEHR, 103 KeV y ventana 15-20%.
- El paciente será dado de alta siempre que la tasa de exposición cumpla los límites prescritos en el reglamento vigente, se darán normas de radioprotección.

Efectos secundarios:

- Aumento transitorio y leve del dolor óseo las primeras 72 horas
- Náuseas, vómitos, diarrea, cefalea hipotensión y mareos
- Disminución de leucocitos y plaquetas a las 3.5 semanas de la administración del tratamiento.
- Mayor riesgo de compresión de la médula ósea en pacientes con metástasis medulares a nivel cervicodorsal.

Realización:

- En primer lugar, la enfermera administrará el radiofármaco por vía intravenosa lenta observando la posible aparición de signos de extravasación del radiofármaco.
- Tras la administración lavar con 10ml de suero fisiológico y retirar la vía venosa periférica (desechando como residuo radiactivo)
- Acompañamos al paciente a la sala donde irá recolectando orina durante un periodo de 6h, al tiempo que toma líquidos
- Si el paciente se encontrase hospitalizado debe permanecer en el cuarto de aislamiento durante toda la estancia, controlando la tasa de exposición. Con las visitas restringidas por pocos minutos y prohibidas a gestantes, mujeres en edad fértil con posibilidad de embarazo y niños.
- Entre los 90 minutos y las 2 horas post administración se le invitará a miccionar de nuevo si es posible
- Le retiraremos cualquier objeto metálico, objetos y pañuelos
- Lo pasaremos a la sala de estudio para realizarle la gammagrafía.

Alta del paciente informe y resultados:

- El día del alta se le indicará la fecha que se le realizará un rastreo corporal de control.
- Antes de alta se monitorizará la tasa de exposición a un metro, vigilando que sea

menor de 6mSv/h, si fuese mayor de 15 se valoraría la necesidad de ingreso de acuerdo con el sistema de radioprotección.

- Indicar al paciente la abundante ingesta de agua, así como el vaciado de la vejiga

- Evitar contacto con niños y embarazadas durante dos días.

- En el caso de que la ropa se contamine con la orina, por precaución lavar por separado.

El informe del estudio debe contener:

- Reseña de datos clínicos y motivo de la indicación del tratamiento

- Resumen en el que describa la técnica utilizada, incluyendo radioisótopo, dosis y vía de administración.

- Deben figurar los síntomas y signos que puede haber presentado el paciente post administración del tratamiento.

- También incluirá la tasa de radiación que emite el paciente captada a un metro de distancia los días de hospitalización y alta.

- Informe de rastreo corporal control.

- Dichos resultados del tratamiento serán remitidos al facultativo especialista que los solicito, en ningún caso al paciente.

5 Discusión-Conclusión

La presencia de metástasis óseas casi siempre predice una progresión de la enfermedad. Además producen una serie de complicaciones que tienen un importante impacto en la calidad de vida del enfermo, así las lesiones osteolíticas producen dolor severo, causan inmovilidad y dificultad para los movimientos.

Los tratamientos paliativos con Samario 153 para este tipo de pacientes tienen un propósito principal que es mejorar la calidad de vida y sobre todo paliar el dolor, aunque también es importante para la mejora funcional temporal previniendo a este tipo de pacientes fracturas o aplastamientos como se describían anteriormente.

Concluimos que la administración de samario 153 puede aportar beneficios en el tratamiento del dolor originado por metástasis óseas, siendo un tratamiento más a tener en cuenta por su efecto analgésico.

6 Bibliografía

-https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000300004

Citado el 20 de Noviembre 2022.

-<https://www.redalyc.org/pdf/3756/375635126003.pdf>.
Citado el 21de Noviembre de 2022

Capítulo 132

ANÁLISIS DEL LÍQUIDO PLEURAL EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

LUCÍA ALVAREZ PADILLA

1 Introducción

El líquido pleural es un líquido que se encuentra en la pleura, una membrana doble que cubre los pulmones y recubre la cavidad torácica. El líquido pleural lo que hace es mantener la pleura húmeda y reduce la fricción entre las membranas al inspirar y exhalar. El espacio donde está el líquido pleural se denomina espacio pleural.

En condiciones normales, el espacio pleural contiene de 1 a 10 ml de fluido. Se considera patológico un volumen de líquido pleural que pueda ser detectado radiológicamente.

Cuando hay una acumulación excesiva de líquido en el espacio pleural se denomina derrame pleural, lo que impide que los pulmones se puedan hinchar por completo, dificultando de esa manera la respiración. Los derrames pleurales se clasifican en: trasudados, que son consecuencia de un aumento de la presión microvascular o de la disminución de la presión oncótica de la sangre o de la combinación de ambos; o exudados, que con consecuencia de un aumento de la permeabilidad de la superficie pleural por inflamación o lesión.

La obtención del líquido pleural es mediante una técnica llamada toracocentesis, en la que se aspira el líquido pleural mediante una jeringa heparinizada y este se separa en diferentes tubos (recuento celular, estudio bioquímico, estudio microbiológico, estudio anatomopatológico, etc.) para su posterior análisis. La extracción suele ser algo dolorosa.

2 Objetivos

Estudiar el análisis de este líquido en el laboratorio de urgencias.

3 Metodología

El líquido pleural puede llegar al laboratorio de dos maneras: en un tubo con 500 microlitros de heparina o en un tubo de suero y uno de EDTA. Ambos pueden venir con una jeringa, que será para determinar el pH y el hematocrito, en el gasómetro.

Si nos llega en un tubo con la heparina, cogemos un poco y centrifugamos a 1.600 rpm durante 5 minutos. El sobrenadante será para realizar la bioquímica (glucosa, proteínas totales, albúmina, LDH, etc.) y el sedimento para hacer las extensiones para el recuento. Siempre se suelen hacer dos: una fina, como si fuera una extensión de sangre; y otra más gruesa, extendiendo el sedimento con la punta de la micropipeta.

En el caso de que llegue un tubo de suero y otro de EDTA. El tubo de suero lo centrifugamos durante 5 minutos a 1.600 rpm y cogemos el sobrenadante que será para hacer la bioquímica; mientras que del tubo EDTA cogemos una pequeña cantidad, la centrifugamos también a 1600 rpm durante 5 minutos y será para realizar las extensiones para el recuento.

4 Resultados

El análisis del líquido pleural generalmente incluye: recuento celular, estudio bioquímico (proteínas, totales, lactato deshidrogenasa (LDH), glucosa, adenosina desamina (ADA), pH, hematocrito), estudio anatomopatológico y estudio microbiológico.

En el laboratorio de urgencias nos vamos a centrar en el recuento celular y en el estudio bioquímico.

Respecto al aspecto, puede ser transparente (amarillo claro), turbio (amarillo anaranjado), purulento (amarillo verdoso), lechoso (hemático) o quiloso (hemorrágico), dependiendo de la patología. Si el líquido fuese hemorrágico habría que hacer un hematocrito para descartar un hemotorax.

Respecto al examen bioquímico, puede ser muy amplio, pero en general lo que se valora con más frecuencia es el pH, hematocrito, proteínas totales, glucosa, LDH y albúmina. Cuando se cree que hay un quilotorax, es importante medir los triglicéridos.

La glucosa es determinante en el diagnóstico diferencial de los derrames pleurales exudativos. En el caso de las proteínas, están más altas en exudados que en trasudados y sirven de criterio para diferenciarlos. La lactato deshidrogenasa (LDH) nos da información sobre el grado de inflamación de la pleura.

El pH se usa en el diagnóstico diferencial de exudados. El pH del líquido pleural es de 7.64, en adultos. El hematocrito se pide en el caso de que sea lechoso o quiloso.

El ADA (adenosina desamina) es una enzima necesaria para la diferenciación de las células linfoides e interviene en la maduración de los monocitos-macrófagos. Estos análisis para lo que sirven es para diferenciar entre los dos tipos de derrame pleural que hay: trasudado o exudado.

Respecto al recuento celular, se hace en cámara hematocitométrica (cámara de Neubauer) o en contador automático. La concentración de hematíes como de eritrocitos ayuda a la diferenciación entre ambos tipos de derrames pleurales.

Existen otro tipo de pruebas menos frecuentes como son algunas específicas para virus, parásitos y micobacterias. También se pueden pedir marcadores tumorales.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que, mediante el adecuado tratamiento del líquido pleural en el laboratorio y en base al recuento células y análisis bioquímico, conjunto con el análisis anatomopatológico y microbiológico; podemos proveer al médico de los oportunos datos para hacer un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado de los diversos trastornos pleurales.

Las causas más comunes de los derrames pleurales trasudados son insuficiencia cardíaca y cirrosis, mientras que de los derrames pleurales exudados pueden tener muchas causas como infecciones (neumonía), cáncer, enfermedades de los riñones, enfermedades, autoinmunes, etc.

La importancia de estos análisis radica en la rapidez y precisión con la que se llevan a cabo para poder tratar de forma inmediata a los pacientes.

6 Bibliografía

- MedlinePlus
- www.elsevier.es
- scielo

Capítulo 133

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO

MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES

VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

JOSE RAMÓN LÓPEZ GARCÍA

MARÍA LUISA MERA MOLEDO

1 Introducción

Cuando hablamos de prevención de riesgos laborales hacemos referencia a la disciplina preventiva que analiza las condiciones de los centros de trabajo identificando, evaluando y controlando los riesgos que originan los accidentes laborales o las enfermedades profesionales, denominada higiene industrial.

Para abordar este tema nos remontamos hasta el año 1995, cuando por fin, se ponen en marcha los servicios de prevención de riesgos laborales para los hospitales públicos. Desde entonces su importancia ha ido en aumento, pero está claro que en este ámbito, queda mucho por hacer.

La organización Mundial de la Salud define La Salud como el estado de bienestar mental, físico y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Por tanto, la seguridad y la higiene laboral van de la mano para garantizar unos niveles de protección y seguridad para los empleados y todo el entorno sanitario.

Esto se está consiguiendo gracias a los adecuados equipos de trabajo y protección y con la debida formación y participación de los altos mandos y de los empleados. Las diferentes medidas dependen de las características de cada hospital, su tamaño, organización territorial, laboratorios, servicios de radioterapia y riesgos derivados de los diferentes departamentos.

La economía global está generando unos cambios sociales que inciden directamente en la salud laboral. La organización y las condiciones del trabajo se están viendo afectadas por diversos cambios: intensificación de los ritmos de trabajo, pocas ofertas de mercado, comercialización de la sanidad que se enfoca en el beneficio económico y no en el bienestar de los ciudadanos, lo que está generando un malestar e incertidumbre hacia lo que sucederá en el futuro.

Ante esta situación encontramos que, junto a los riesgos de siempre en la sanidad, aparecen otros, los riesgos psicosociales, que afectan directamente el trabajo del personal sanitario por su incidencia y por la gravedad de sus consecuencias (burnout, acoso laboral, violencia, estrés) están adquiriendo una gran notabilidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la importancia de la prevención de riesgos laborales en el sector sanitario.

Objetivos secundarios:

- Exponer los principales riesgos en el ámbito hospitalario.
- Estudiar las claves para la prevención de riesgos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos centrado la búsqueda en las principales bases de datos: SciELO, PubMed, Medline.

• Criterios de inclusión:

Documentos escritos solo en el idioma español e inglés.

Documentos publicados los últimos años.

- Criterios de exclusión:

Documentos escritos en otro idioma, distinto al español.

Palabras claves:

Salud laboral, prevención, riesgos laborales, ámbito hospitalario, higiene industrial.

4 Resultados

En función de las condiciones de cada trabajo, la seguridad laboral es el grupo de normas y procedimientos que ofrece la protección física y mental de los trabajadores, eliminando los riesgos, o disminuyendo el daño que puedan padecer de estos riesgos ya sean enfermedades o accidentes, considerando los factores que puedan influir en unas altas o bajas posibilidades de que estos sucedan.

Para garantizar una buena prevención de riesgos laborales en el entorno hospitalario deberemos tener en cuenta tres puntos importantes:

- Condiciones ambientales del entorno laboral
- Condiciones físicas del personal sanitario
- Condiciones organizativas del hospital

Se deberá realizar una evaluación de los riesgos en cada puesto de trabajo e instalación, para identificar los posibles accidentes y situaciones generados en cada entorno del hospital, con esta información, se analizará que medidas son recomendables para aplicar y garantizar una salud e higiene laboral óptima.

Es recomendable tener preparado un plan de prevención adecuado para cada servicio dentro del hospital, esto es de suma importancia, si tomamos en cuenta los diferentes riesgos existentes.

Los riesgos más frecuentes en el ámbito hospitalario que podemos mencionar:

- Riesgos físicos: ruido, vibración de máquinas, iluminación inadecuada, temperatura, radiaciones.
- Riesgo químico: producidos por medio ambiente o en laboratorios ya sea por inhalación, ingestión o absorción de sustancias nocivas. Se deberá de utilizar un equipo adecuado tanto de protección como de desinfección.
- Riesgo biológico: producidos por parásitos, bacterias, virus, hongos, para prevenirlos se deberían incluir vacunas, medidas de protección y pruebas médicas específicas.

- Riesgos ergonómicos: malas posturas del cuerpo, movimientos repetitivos, levantar peso excesivo, etc.
- Riesgos Psicológicos: estrés, fatiga, turnos etc.
- Riesgo mecánico: trabajar con equipos en mal estado, obsoletos etc.
- Riesgos psicosociales. El burnout y las agresiones por los pacientes o familiares.

El equipo directivo del hospital tendrá que facilitar la información sobre prevención de riesgos laborales y hacer cumplir las medidas de seguridad laboral y por parte de los trabajadores deberán cumplir todas y cada una de las medidas implantadas y además deberán colaborar en la creación de nuevas, si fuese necesario.

CLAVES PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS

1. Evaluación inicial los riesgos derivados de cada actividad y la consecuente adopción de medidas.
2. Planificación de la actividad preventiva necesaria. Paralelamente sería recomendable la realización de actividades de vigilancia de la salud con exámenes específicos en función de los riesgos detectados y la apertura del historial clínico-laboral de cada trabajador.
3. Elaboración de planes de prevención, elaboración de protocolos de actuación.
4. Campañas de formación e información del personal sanitario en materia preventiva. Es recomendable la creación de planes de emergencia o autoprotección y posteriormente integrarlos en la cultura de trabajo del centro de manera piramidal desde el director hasta el propio trabajador.

5 Discusión-Conclusión

En materia de prevención de riesgos laborales su evolución es constante, ya que depende directamente de los avances que se obtienen en la ciencia y de la tecnología en medicina.

La introducción de nuevos productos químicos o medicamentos o la posibilidad de riesgos emergentes en agentes biológicos, requiere de una vigilancia continua para aplicar las distintas medidas preventivas acorde a cada caso.

Los empleados deben gozar de un buen estado tanto de salud física como mental, con ese fin existen en los hospitales y clínicas el departamento de prevención de riesgos laborales para garantizar la salud de los sanitarios y sus pacientes. El mismo deberá contar con un buen plan de seguridad e higiene laboral adecuado a los servicios prestados.

Se realizará una evaluación de los riesgos en cada puesto e instalación, para identificar los posibles accidentes y situaciones anteriores que han generado accidentes, o problemas de higiene en el trabajo. De esta manera contaremos con la información para saber qué medidas tenemos que aplicar para evitar que vuelvan a pasar.

El encargado del hospital tiene que facilitar la información y hacer cumplir las medidas de seguridad laboral y los trabajadores tienen que cumplir las medidas tomadas y colaborar.

Es importante recordar que la información a los trabajadores es un deber del empresario y de la administración con respecto a su personal. Por este motivo, deberán informar a los trabajadores de los riesgos de la seguridad y la salud, las medidas y actividades de protección y prevención aplicadas, así como de las medidas adoptadas en caso de emergencia.

Por su parte, los trabajadores tienen la obligación de utilizar, de forma adecuada, las máquinas, equipos, herramientas, materiales, etc., así como los equipos de protección y los dispositivos de seguridad. Además, deben informar a la persona responsable de si existe algún riesgo para la seguridad y la salud, y contribuir al cumplimiento de las obligaciones sobre las normas de seguridad e higiene. Pasamos la mayor parte de nuestro día trabajando, por eso el bienestar laboral cobra cada vez mayor protagonismo.

6 Bibliografía

1. García AM, Delclós J, Domínguez G, Fontcuberta L, Mira M, Benavides FG. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales en MEDLINE/PubMed. Arch Prev Riesgos Labor. 2012; 15:169-71.
2. Pérez Andrés C, Delgado E, Jiménez Contreras E. La Revista Española de Salud Pública en el Social Science Citation Index de Thomsom Scientific. Rev Esp Salud Pública. 2006; 80:293-302.
3. Pérez Andrés C. La Revista Española de Salud Pública con la edición digital y el acceso abierto a la ciencia. Rev Esp Salud Pública. 2012; 86:551-4.
4. Revista Española de Salud Pública. Índice de materias. Salud Laboral. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_

propios/resp/revista_cdrom/cabeceras/salud_laboral.htm

Capítulo 134

LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

IGNACIO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Cada vez preocupa más a las autoridades sanitarias la percepción que tienen los pacientes y sus familias de la calidad de la atención recibida durante su estancia en un centro hospitalario.

Esto es lógico en una sanidad pública en la que los usuarios sienten que sus impuestos deben proporcionarles una atención sobresaliente y así lo exigen.

En este artículo trataré de explicar los puntos en los que se fijan los usuarios de un recinto hospitalario a la hora de percibir la calidad en la atención, en cómo nos perciben los usuarios de los recintos sanitarios, no es tarea fácil y varía según la personalidad del mismo, de sus vivencias anteriores y de su propia patología. La atención y cuidados al paciente deben fijarse en su punto de vista, informarle debidamente de su situación clínica y conocer su opinión y que cuente a la hora de la toma de decisiones, en la medida de lo posible para los posibles tratamientos que le pueden hacer mejorar de las patologías que presente.

No es de extrañar que se dice por tanto, que lo más importante para que un paciente mejore de sus patologías es la relación que tenga con el personal sanitario y no sanitario.

2 Objetivos

Exponer de manera clara las necesidades de un paciente durante su estancia hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo Y Google académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Podemos concluir que para que un paciente (y su entorno familiar) se sienta satisfecho con la atención recibida en un centro hospitalario, se deben cuidar los siguientes aspectos:

- Informar al paciente con empatía y claridad acerca de las preguntas que se haga.
 - Seguimiento: Es importante la retroalimentación hospital-paciente; el hospital debe estar preocupado por cuáles son las necesidades de los pacientes en cada momento y saber que es lo que necesita.
 - Organización: Brindar al paciente la mejor atención en el menor tiempo posible.
 - Relaciones personales: : Un lenguaje cordial, apoyar verdaderamente al paciente y una atención desde el respeto, hará que la percepción que tenga el paciente de nosotros mejore, ya que el paciente se sentirá cómodo, por lo que brindará más información y quedará satisfecho.
 - Profesionalidad: Capacitación de todos los trabajadores del hospital, que redunde en la calidad de la atención y evita problemas.
 - Equidad: Reducir en la medida de lo posible la brecha que hay entre los diferentes grupos poblacionales. Diferencias en todo caso injustas y reducibles y hacia donde deben dirigirse los esfuerzos por conseguir mejorar la atención sanitaria tanto en cantidad como sobre todo en calidad para así tener una mejor opinión de nuestros clientes.
 - Eficacia: Utilidad de las actuaciones llevadas a cabo en el hospital encaminadas a la satisfacción del paciente.
 - Eficiencia: Aprovechando al máximo los equipos humanos y materiales de que disponemos, en función de la equidad y de la eficacia de las acciones necesarias para modificar positivamente la situación de salud de un hospital en concreto.
- De la buena gestión de todos estos puntos expuestos, por tanto, dependerá la percepción de la calidad de la atención recibida por parte de los pacientes durante su estancia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Es normal pensar que un cliente satisfecho hará más caso de las opiniones que le den los profesionales de los Centros Sanitarios. Así como un cliente insatisfecho puede hacer crecer el coste del gasto en pruebas superfluas e innecesarias, estará menos de acuerdo con el tipo de tratamiento sugerido por los profesionales sanitarios, ello podrá ser debido en ocasiones por la falta de interés del personal sanitario y no sanitario, por lo que por esa parte al menos, parece fácilmente evitable.

La frustración de las expectativas de los clientes en cada ámbito sanitario determina la falta de satisfacción generada por los Centros Sanitarios

6 Bibliografía

- Alles, M. (2008). Desarrollo del talento humano. Buenos Aires: Granica.
La gerencia en la administración del mantenimiento hospitalario.
Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/la_gerencia_en_la_administracion_del_mantenimiento_hospitalario.doc
Jovell A. Medicina basada en la afectividad. Med Clin (Barc) 1999;113:173-175.

Capítulo 135

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA HOSPITALARIA

BEATRIZ ALBÁS LAPENA

1 Introducción

Las farmacias hospitalarias tienen como misiones fundamentales las de adquirir, conservar, elaborar y dispensar medicamentos.

De acuerdo con la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos, todos los hospitales que cuenten con cien camas o más deben tener una farmacia hospitalaria dentro de sus instalaciones, siendo dicha farmacia dirigida siempre por un farmacéutico especialista.

Las farmacias hospitalarias dependen de los servicios centrales del hospital y, a su vez, dependen también del Director Médico del hospital, desde un punto de vista jerárquico.

El servicio de farmacia del hospital está constituido por farmacéuticos, farmacéuticos residentes, diplomados de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, técnicos auxiliares de farmacia, celadores y auxiliares administrativos, que a su vez, están todos dirigidos por el farmacéutico jefe.

Diariamente, el equipo que forma parte de la farmacia del hospital tiene que proporcionar la medicación que cada paciente necesite y en la dosis adecuada, así como surtir del material de farmacia necesario para todos los servicios del hospital.

El celador forma parte del equipo de la farmacia hospitalaria, siendo parte fundamental en la recepción de los pedidos y en la colocación, conteo y almacenaje de los productos, y es personal indispensable para el reparto de los medicamentos

por los diferentes lugares del hospital, así como para la colocación de los mismos en los lugares adecuados para su custodia en cada servicio del hospital.

2 Objetivos

- Conocer el completo funcionamiento de la farmacia hospitalaria.
- Identificar las distintas funciones y tareas que realiza un celador en la farmacia hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación que consiste en revisar bibliográficamente literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las bases de datos, seleccionando artículos relacionados con el tema que se estudia.

4 Resultados

En el servicio de farmacia hospitalaria es el celador el que realiza las funciones de recepción y de recuento de pedidos, asegurándose y comprobando siempre que los albaranes y los pedidos están conforme a las peticiones realizadas en el departamento. En lo referente al material de farmacia, hay que reseñar que será siempre movilizado por el celador, haciendo uso de una buena higiene posturas con el fin de poder evitar posibles lesiones futuras.

Respecto a la ubicación y colocación del material de farmacia en sus estantes apropiados, en los frigoríficos o congeladores propios, debemos conocer que es siempre responsabilidad del celador destinado en farmacia, excepto cuando se trate de todo tipo de medicación y de fármacos, que en este caso es el farmacéutico el responsable de su almacenaje.

El celador de farmacia tiene además como función propia la de preparar el alcohol y los sueros, además de distribuirlos por los diferentes servicios del hospital en las cantidades que cada servicio demande mediante una petición de pedido. Los medicamentos se distribuyen diariamente a los diferentes servicios del hospital mediante carros que a su vez están dotados de cajones y cajetines numerados, de forma que cada paciente tiene un cajetín determinado y ahí dentro se coloca su propia medicación. La medicación individualizada de cada paciente se denomina unidosis.

El celador es además el responsable de la vigilancia y custodia de la farmacia y ayuda siempre que se realicen inventarios, colaborando con el personal de la farmacia.

Es importante destacar que dependiendo del volumen de los productos de la farmacia, se distinguen por un lado los productos de farmacia pesados, que se caracterizan por tener un gran volumen y peso, siendo también el celador el responsable de moverlos en la farmacia; y por otra parte los productos de farmacia ligera, refiriéndonos a la medicación de unidosis individual de cada paciente que suministramos diariamente en los carros a las diferentes zonas de hospitalización.

5 Discusión-Conclusión

El celador destinado en el servicio de farmacia tiene que conocer todas sus funciones para poder trabajar de una manera óptima y que de este modo el servicio de farmacia funcione satisfactoriamente.

La farmacia hospitalaria es uno de los servicios más importantes de un hospital puesto que debe suministrar medicamentos y material sanitario a las diferentes áreas del hospital para que éste se pueda abastecer de manera óptima y así poder lograr una gestión eficiente y de calidad.

Es importante trabajar de manera conjunta todos los integrantes del equipo de farmacia para desarrollar una buena praxis profesional y de este modo lograr objetivos óptimos y un buen funcionamiento del servicio.

6 Bibliografía

1. <http://www.celadoresonline.blogspot.com/funcionesdelceladorenfarmacia>.
2. Temario oposiciones a celador, editorial MAD.

Capítulo 136

RIESGOS ACIDENTALES A SANGRE Y FLUIDOS BIOLOGICOS POR TRABAJO EN EL HOSPITAL.

JOSE ANTONIO IGLESIAS GARCIA

1 Introducción

Uno de los peligros más importantes a los que se exponen los trabajadores cada día en un hospital son los riesgos biológicos.

Suceden accidentes a través de pinchazos con jeringas, cortes o rasguños, también pueden ocurrir por salpicaduras de sangre u otros fluidos a mucosas, también con tejido o muestras de laboratorio.

Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que se producen a lo largo del año, en todas las partes del mundo sobre dos millones de pinchazos accidentales con agujas en el personal laboral de los hospitales y que resultan infectados. Las condiciones y las características del puesto de trabajo tienen una directa relación con el riesgo de infección y con la transmisibilidad de los agentes infecciosos.

Hay muchos tipos de virus infecciosos, pero los principales de transmisión a los que se exponen los trabajadores del hospital son el virus de la hepatitis B, la hepatitis C y el sida o virus de inmunodeficiencia humana.

Si bien es verdad que cada vez disponemos de más tratamientos y fármacos para tratar este tipo de infecciones y enfermedades, no olvidar las medidas de prevención primarias es muy importante porque en realidad son las más eficaces a la hora de evitar el contagio.

Esa prevención primaria se basa en el conocimiento principalmente de los riesgos y por lo tanto en la aplicación de unas adecuadas medidas de prevención

En algunos hospitales se realizan talleres y cursos sobre tener una buena información sobre prevención de riesgos, siendo conscientes de su importancia con campañas de sensibilización para todo el personal laboral y otros mas específicos enfocados a ciertos puestos como personal de enfermería, de quirófano incluso de personal de limpieza por su implicación directa y diaria.

Es importante la información por medio de carteles en todas las plantas y secciones de los hospitales, para reforzar y recordar siempre la importancia de la prevención.

2 Objetivos

- Concienciar y conocer los riesgos a accidentes con sangre y fluidos biológicos del personal laboral de un hospital.
- Enfrentar el problema con formación e información continua.

3 Metodología

-Para la elaboración de este trabajo se buscó información sobre los riesgos a exposiciones de sangre y fluidos biológicos entre los trabajadores de los hospitales en distintos portales como Pubmed, Scielo o Google Académico.

-El trabajo se realizó utilizando palabras como riesgo, contacto con sangre pinchazos, fluidos biológicos, etc.

4 Resultados

Estos estudios corresponden a toda la plantilla que trabaja en un hospital a diario como son médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, matronas, anestelistas, personal técnico de laboratorios, celadores, personal de lavandería, personal de mantenimiento etc.

El estudio se basa en todos los accidentes que fueron notificados al sistema de prevención de riesgos laborales en los que se estuvo expuesto a diversos fluidos exponencialmente infecciosos como sangre, semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, líquido pleural, sinovial, pericardio o amniótico entre otros, entre los trabajadores del hospital, bien hubiese sido por inoculación percutánea como un pinchazo accidental, un corte o rasguño, o también a través de

las mucosas o de piel no intacta, siendo las más comunes, de estas últimas, las salpicaduras durante el desarrollo del trabajo.

Los pinchazos, los cortes, tanto con bisturís como con tijeras y los rasguños son el tipo de lesión mas anotada en los registros de accidentes relacionados con agentes infecciosos en el hospital.

La mayoría de las lesiones fueron superficiales, aunque también hubo un gran número de lesiones moderadamente profundas.

Como fluido más común en la frecuencia de accidentes es la sangre y la zona del cuerpo que mas lesiones y accidentes registra son las manos.

Hay un bajo porcentaje de trabajadores del hospital que todavía realizan su trabajo sin ningún tipo de protección como pueden ser guantes tanto de látex como de vinilo, las gafas protectoras o pantallas, batas y gorros etc.

Lo cual nos da una idea de la importancia de recordar periódicamente la necesidad y la eficacia que tienen esas protecciones ante los riesgos biológicos.

Si vamos un poco a los datos recogidos, la franja de edad donde más accidentes se registraron fue en el tramo entre 40 y 50 años y casi en un 70% fueron en mujeres, quizá este relacionado con al alto índice de mujeres en puestos tales como enfermería o auxiliar de enfermería que es uno de los trabajos en los que más te expones a ciertos accidentes.

Se recogen también en distintas fuentes consultadas que el turno con más accidentes es el de la mañana y las zonas donde hay más exposición y con ello mas riesgo directo es en los quirófanos y en las salas de parto.

Cuando se produce el accidente, lo más común y aconsejable es el sangrado de la herida por medio de la compresión de la zona alrededor y la aplicación de un desinfectante.

5 Discusión-Conclusión

La incidencia media de accidentes con agentes biológicos infecciosos en el puesto de trabajo sigue aumentando a pesar de las continuas campañas de información y formación de los centros.

Esto nos dice que hay que aumentar los cursos, la vigilancia del cumplimiento de los protocolos, incidir en la concienciación del personal, debido también a que cada vez hay un aumento en la complejidad de las actividades realizadas y a un gran número de personal laboral recientemente incorporado.

Este estudio refleja que el riesgo se relaciona directamente con la categoría laboral y el desempeño que cada trabajador desempeña en este siendo el personal de enfermería el de mayor número de accidentes recogidos.

El cansancio, los turnos, la carga de trabajo y la excesiva confianza, son aliados directos de los accidentes.

La formación académica es muy importante a la hora de incidir en la prevención de accidentes mediante el cumplimiento de todos los protocolos de prevención de riesgos laborales.

6 Bibliografía

1-N. Hernández , M. Campins , S. Martínez , et al.

Exposición ocupacional a sangre y material biológico en personal sanitario.

2-M. Campins , M. Torres , P. Varela , et al.

Accidentes biológicos percutáneos en el personal sanitario: análisis de factores de riesgo no prevenibles mediante precauciones estándares

Capítulo 137

SÍNTOMAS MÁS COMUNES DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL .CUIDADOS MÁS RECOMENDADOS

JOSE ANTONIO IGLESIAS GARCIA

1 Introducción

Los objetivos que se pretenden en el cuidado de los pacientes que están en ingresos dentro de un hospital van encaminados a proporcionar una calidad en la estancia en esos momentos tan delicados tanto para el enfermo como para los familiares.

Se tiene en cuenta tanto los síntomas y signos de su salud que de ella hacen el equipo médico como del entorno para que este sea lo más agradable posible.

La atención se basa en cuidados activos y continuos que proporcionan un equipo multidisciplinar en el hospital o en el propio domicilio del enfermo.

El objetivo final es aliviar o mitigar y disminuir en lo posible el dolor y el sufrimiento tanto físico como psicológico para que el paciente tenga una estancia lo más digna posible.

Estos pacientes tienen diferentes síntomas como pueden ser el dolor, síntomas de dificultad respiratoria, síntomas digestivos y también psicológicos y estresantes. Cada vez la población está más envejecida, el aumento de las enfermedades como las cardiovasculares o neurodegenerativas explica que principalmente los cuidados van dirigidos mayoritariamente a personas de edad avanzada.

Es importante tener una buena formación para el desarrollo en el trabajo de los cuidados a proporcionar a este tipo de pacientes por la sensibilidad a la que nos enfrentamos tanto del paciente como de su entorno familiar y de amistad.

Esta formación debe alcanzar a todo tipo de colectivos tanto profesionales como de su mismo entorno, desde médicos, enfermeros, psicólogos, celadores y auxiliares de enfermería como a sus propios familiares en el trato y cuidado posterior en su domicilio para poder resolver los distintos problemas a los que se van a tener que enfrentar en distintos momentos

2 Objetivos

-Describir los principales síntomas que causan malestar al paciente en su ingreso en un hospital, así como los principales cuidados que precisan estos pacientes.

3 Metodología

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

-La búsqueda la realicé utilizando palabras de búsqueda como cuidados en el hospital, enfermo, formación en cuidados a personas mayores etc.

4 Resultados

El objetivo principal de un enfermo que este en un hospital es que en sus días de ingreso, los síntomas tanto físicos como emocionales sean lo más dignos posibles. Varias patologías como el síndrome confusional , los dolores tanto digestivos como las dificultades respiratorias y una fuerte carga psicológica son comunes a este tipo de enfermos de edad avanzada.

Se trata de atender a este paciente en su totalidad buscando aliviar todas esas dolencias que su estado conlleva, minimizándolas lo máximo posible, en especial los procesos de movilización y aseos ya que son muy dolorosos y causan incomodidad para el paciente.

Es sabido que el dolor físico ,agudo o crónico que padecen, deteriora mucho su calidad de vida y a menudo modifica su estado general de salud y con ello incrementa su estrés y su poca gana de seguir luchando .

Otro asunto a tener muy en cuenta, es la dificultad respiratoria que suelen presentar y que es una fuente de malestar y ansiedad para el paciente pero también para quien esta a su lado , sea familiar o su cuidador a cargo.

Esta disnea que suele estar asociada con alguna patología cardíaca previa o respiratoria aumenta al final de la vida de forma muy exponencial aunque también hay estudios que lo asocian a otras patologías como el agotamiento neuromuscular , acidosis, la anemia etc.

Estos pacientes también tienen en común un estreñimiento constante debido a la ralentización del tránsito intestinal durante este periodo de su vida.

Lo principal en ese momento de la vida de esos pacientes es garantizarles la comodidad dentro de lo posible, ya que es inevitable que diversos factores contribuyan a su malestar general .

Factores como la inmovilización , la deshidratación, la hipercalcemia , los fármacos anticolinérgicos , opiáceos y demás fármacos contribuyen en mayor o menor medida a ralentizar el tránsito intestinal contribuyendo a ese estreñimiento, a náuseas y vómitos frecuentes.

También van perdiendo la capacidad de mantener la atención a los estímulos externos muy común en pacientes ancianos hospitalizados.

5 Discusión-Conclusión

La calidad de vida de los pacientes, requiere de una combinación y un trabajo específico y en equipo, que combine medidas medicinales y también cuidados específicos.

Todo va enfocado al respeto al paciente en todo el tiempo que la atención sea necesaria, así como también al respeto de los deseos del este .

Comunicarse con el paciente, mientras este sea consciente, establece una ventaja adicional para comprender la información necesaria en torno a sus necesidades propias de la enfermedad y poder entender sus limitaciones terapéuticas, como la morbilidad asociada a las terapias más intrusivas.

Una vez que el paciente identifica y asume la situación en la que se encuentra , el objetivo que se marca como prioritario se enfoca en la actuación médica orientada al control sistemático, priorizando la ausencia de molestias físicas, psíquicas o emocionales.

Si el paciente ya tiene una edad muy avanzada frecuentemente desconocen la gravedad de su enfermedad.

El modo en que se desarrolle la asistencia al enfermo cobra una especial importancia debido al impacto emocional tanto para el paciente como para su familia.

6 Bibliografía

1-. Gracia D. Compromiso ético en el desarrollo profesional continuo.

2-Plan de cuidados en un paciente anciano, dependiente y con ... <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>
› plan-de-cui..

3-Plan de cuidado a personas de edad avanzada en riesgo ... <https://scielo.isciii.es>
› pdf › geroko › 06_notas

Capítulo 138

RIESGOS BIOLÓGICOS TRABAJOS ÁMBITO SANITARIO

CONCEPCIÓN MARTINEZ ALVAREZ

1 Introducción

El riesgo biológico es la posibilidad de que un trabajador sufra infecciones, intoxicaciones o procesos alérgicos de origen no químico, como consecuencia de la exposición a microorganismos. En el personal sanitario y no sanitario estos riesgos pueden, en algunos casos, derivar en graves consecuencias sobre su salud y repercutir en el plano personal, familiar, laboral y social. Se deberán tener especialmente en cuenta las actividades desarrolladas en centros sanitarios y especialmente la incertidumbre, sobre la presencia de agentes biológicos y el peligro que estos suponen.

El riesgo biológico constituye uno de los principales riesgos laborales a los que están expuestos los trabajadores de Centros Sanitarios, afectando a todas las categorías. La protección de los trabajadores frente a los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos es imprescindible para garantizar la seguridad y la salud de los mismos. En aquellos casos en que no es posible la adopción de medidas de protección colectivas, es cuando debe recurrirse a los equipos de protección individual (EPI). Todos los centros sanitarios y hospitales deben disponer de procedimientos de trabajo y medidas técnicas, que eviten o minimicen, la liberación de agentes biológicos, y reduzcan el número de personas expuestas a los mismos y tener en cuenta los grupos de riesgo como trabajadoras embarazadas o en periodo de lactancia.

2 Objetivos

Analizar y desarrollar las medidas para evitar las exposiciones laborales riesgos biológicos capaces de originar algún tipo de infección, alergia o toxicidad en el personal sanitario y no sanitario.

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

Existen múltiples riesgos biológicos, los cuales tienen signos y síntomas diferentes según el agente que lo causa, haciendo que su gravedad y efectos en la salud sean diferentes. Las principales infecciones que pueden contraer el personal sanitario y no sanitario son Hepatitis B, Hepatitis C, el virus de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida y el coronavirus o COVID-19. Los agentes biológicos se clasifican en 4 grupos según su virulencia, su facilidad de propagación, la gravedad de sus efectos sobre la salud y la existencia o no de tratamientos profilácticos y curativos; la solución son las medidas preventivas que se deben aplicar preferentemente en el lugar de origen, cuando esto no es suficiente se adoptarán medidas adicionales sobre la fuente de contaminación (limpieza, gestión de plagas, de residuos...) a nivel de difusión (sistemas de ventilación, taquillas para ropa trabajo y personal...) y a nivel del trabajador que deberá recibir información y utilizar los EPI. Se han de conocer y aplicar las siguientes precauciones universales: vacunación, normas de higiene personal, cuidado con objetos punzantes y/o cortantes, esterilización y desinfección de instrumentales y superficies, elementos de protección, personales y colectivos. El objetivo debería ser evitar que el trabajador esté expuesto a riesgos laborales que originen alguna alergia, toxicidad u enfermedad, pueden ser de varios tipos como virus, bacterias, parásitos, hongos o esporas, toxinas, endotoxinas, cultivos celulares... Podemos asegurar que contamos con los métodos preventivos suficientes para que el personal no enferme con los agentes biológicos a los que debe enfrentarse gracias a unos métodos y

objetivos que deben cumplirse y si en algún momento hay alguna transmisión de agentes biológicos poder luchar contra ellos con las medidas que puedan aplicarse y los métodos de trabajo para mejorar la situación y ver su seguimiento.

5 Discusión-Conclusión

La correcta colocación y retirada de los EPI es crucial para evitar posibles vías de entrada del agente biológico. Una combinación de todas las medidas preventivas es la mejor forma de prevenir la transmisión. La aplicación simultánea de las distintas medidas de control proporcionará una protección adicional. Es de vital importancia que el personal sepa perfectamente los riesgos biológicos a los que se encuentra expuesto en su lugar de trabajo, es por tanto la información de ello y la formación sobre la manera de tener una buena protección un aspecto imprescindible. Se aplicarán las denominadas, precauciones universales y estándar, que implican mantener una actitud constante de autoprotección, con hábitos de trabajo seguros, aplicando el principio fundamental de que todas las muestras, y pacientes han de manipularse como infecciosos y potencialmente peligrosos.

6 Bibliografía

1. Díaz, A., Reyes, C, Rojas. R. (2004). Generalidades de los Riesgos Biológicos.
2. Principales medidas de Contención y Prevención en el personal de Salud. Recuperado en Julio (2009).<http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/relcrim12/12-14.pdf>
3. <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31/con>
4. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1997/01/17/39/con>
5. <https://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/15617/doc68466>, guía de Prevención de Riesgos biológicos.pdf
6. https://www.Imee-svmt.org/archivos/20170515_3409_ORI_GUIAVALORACIONES.pdf
7. <https://sid.usal.es/docs/F8/ART7040/riesgo.pdf>
8. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1997/BOE-A-1997-11144-consolidado.pdf>
9. https://www.gba.gob.ar/sites/default/files/empleopublico/archivos/Riesgos_Biolgicos.pdf

10. <https://revistamedica.com/riesgos-biologicos-ambito-sanitario/>

Capítulo 139

EL CELADOR EN EL ANIMALARIO DEL HOSPITAL

YOLANDA VILAS ANDRÉS

1 Introducción

En las instituciones sanitarias se lleva a cabo la investigación y por tanto existen zonas habilitadas a tal fin como son los laboratorios de ensayo y salas de experimentación. Una parte de la investigación se realiza haciendo uso de animales destinados para ello. El servicio del hospital donde tienen lugar estas prácticas se denomina animalario o estabulario. Aquí permanecerán bajo el cuidado del personal sanitario y no sanitario como los celadores, los animales que serán utilizados en los distintos experimentos.

El personal encargado del animalario será el responsable de proporcionar los cuidados adecuados a los animales evitando el dolor innecesario o prolongado; evitar la repetición inútil de ensayos y minimizar el número de animales utilizados en cada ensayo utilizando en lo posible métodos alternativos.

Dentro de las funciones del celador contempladas en el Estatuto de Personal no Sanitario se encuentran las relacionadas con el cuidado, alimentación, limpieza y aseo de los animales y jaulas del animalario antes y después de los ensayos siempre bajo supervisión del personal sanitario que allí se encuentre.

El celador, como en el resto de sus funciones, ejercerá funciones sanitarias ni informará sobre los protocolos experimentales y los tratamientos de los animales del animalario, aunque sea conocedor de ellos.

2 Objetivos

Describir las funciones del celador en el animalario muchas de las cuales serán llevadas a cabo con total independencia a diferencia de otras que requerirán supervisión por el personal sanitario.

3 Metodología

Para el desarrollo del presente trabajo se ha llevado a cabo una extensa revisión bibliográfica, realizando búsquedas de textos científicos sobre el tema a desarrollar. Se ha buscado y analizado los artículos encontrados en las bases de datos Medline, Dialnet, Pubmed, SciELO entre otros, seleccionando aquellos que mostraban mayor evidencia científica.

4 Resultados

En los animalarios de las instituciones hospitalarias trabajan un equipo multidisciplinar de profesionales. Entre los que se incluyen los veterinarios expertos en salud y bienestar animal.

La responsabilidad del animalario de las instituciones sanitarias es de un veterinario especializado en animales de experimentación. Este será apoyado en sus labores por el celador. El estatuto de personal no sanitario establece como función específica del celador tener a cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidará, alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándolos.

Los animales más utilizados son la cobaya, el ratón, la rata, el hámster, el lirón, el visón y la chinchilla.

A continuación se analizará más detalladamente las funciones del celador:

En cuanto a la limpieza; los celadores deberán lavar y esterilizar las cubetas y jaulas una, dos o tres veces por semana dependiendo de las circunstancias sanitarias de los animales.

Las camas existentes, bebederos y comederos dentro de las jaulas también deberán ser renovadas frecuentemente. En cuanto a los residuos orgánicos u excrementos deben ser retirados rápidamente de los locales para evitar malos olores y contaminación de otras áreas. Las bandejas destinadas a recoger los excrementos han de esterilizarse al menos tres veces por semana.

Los cadáveres por muerte natural o por cualquier otra causa serán retirados y serán incinerados. En todo caso, en su eliminación, se seguirán las normas de

gestión interna de residuos de los centros sanitarios.

También asearan a los animales antes y después de someterlos a alguna prueba de experimentación.

El celador suministrará al animal los alimentos que precisa, en las cantidades que señale el personal sanitario, de acuerdo con la raza y necesidades de cada animal. Siempre se tendrá en cuenta aquellas situaciones especiales en las que los animales deba ayunar o tener dieta líquida.

Será el responsable de mantener los bebederos siempre llenos de agua.

La forma de administración del alimento será en función de su composición; existiendo varios sistemas como alimentación por cilindros, comprimidos, gránulos, galletas etc... Utilizándose preparados nutricionales cuando sean necesarios. El celador será el encargado del traslado de animales de unas dependencias a otras e incluso en ocasiones, se requerirá su presencia durante el ensayo ya que habrá animales que haya que sujetar o rasurar.

5 Discusión-Conclusión

El celador formará parte de un equipo multidisciplinar y deberá colaborar con los profesionales sanitarios en las distintas funciones que se realizan en el animalario y sobre todo en el cuidado de los animales destinados a experimentación. Deberá conocer muy bien su labor en cada situación para un perfecto funcionamiento del servicio ya que si los animales no son cuidados adecuadamente las pruebas experimentales no podrán realizarse correctamente.

Una vez más se pone de manifiesto la importancia de la figura del celador dentro de las instituciones sanitarias ya que en muchas ocasiones son menospreciados y su trabajo diario no es valorado correctamente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 140

PREVENCIÓN DE RIESGOS ERGONÓMICOS

FATIMA RODRIGUEZ QUINTELA

BEATRIZ GONZALEZ GARCIA

ARANTXA VÁZQUEZ SÁENZ

ROBERTO SUÁREZ RODRÍGUEZ

SANDRA CARLOTA MARTÍNEZ-CUE GARCÍA

1 Introducción

Se define ergonomía como conjunto de conocimientos científicos destinados a mejorar el trabajo, y sus sistemas, productos ambientales y para que se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de la persona.

Los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral son la primera causa de baja en los trabajadores, esto es debido a una excesiva carga física.

Sin embargo de estas enfermedades cuyo origen es laboral, no se reconocen como tal.

Trastornos musculares esqueléticos:

Son un conjunto de lesiones inflamatorias o degenerativas de músculos, tendones, articulaciones, ligamentos, nervios. Afectan a la espalda, cuello, hombro y miembros superiores.

Los más comunes son: tendinitis, cervicales, síndrome de túnel carpiano, lumbalgias...

La mayoría son trastornos acumulativos (relacionados con el trabajo). Incluyendo los musculares y/o articulares, sensación de hormigueo, pérdida de fuerza y disminución de la sensibilidad.

Se pueden distinguir tres etapas:

Dolor y cansancio en las horas de trabajo, con la mejoría del dolor fuera del horario laboral; durante la noche y días de descanso.

Los síntomas comienzan al inicio de la jornada laboral, perdurando por la noche que puede incluso alterar el sueño por lo que pudiese disminuir la capacidad del trabajo.

Persisten los síntomas durante el descanso, con lo que dificulta las tareas, incluso las más superficiales.

Factores de riesgos físicos o mecánicos:

Trabajo muscular estático referido a la posición del cuerpo entero.

La contracción de los músculos es continua y se mantiene durante cierto tiempo. Depende de la intensidad de la contracción muscular (cuanto mas forzada es una postura, menor es el tiempo que podremos mantenerla).

El trabajo muscular es dinámico cuando hay una sucesión periódica de contracciones y relajaciones, todas ellas de corta duración.

Factores de riesgo psicosociales y de organización.

Son todas aquellas condiciones relacionadas con la organización y el contenido y realización de la tarea:

- Las condiciones ambientales (frío, calor, humedad, ruido etc.)

- Otras condiciones de trabajo; falta de espacio, superficie resbaladiza, máquinas peligrosas.

- Variables individuales. Según edad, sexo, formación recibida tanto en Salud Laboral como el proceso de trabajo, conocimiento y experiencia del mismo.

2 Objetivos

Estudiar la prevención de riesgos económicos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en el buscador de Google académico, así como en la base de datos scileto. fisiosalud

Contenido especializado en prevención del riesgo musculoesquelético de origen laboral.

Ergonautas. <https://www.ergonautasupv.es>

Modelos y métodos aplicables en ergonomía. <https://www.up.spain.com>>Blog
La ergonomía. Significado, objetivos y beneficios.
Baseysportes.com>estos.son-los-3-principales-beneficios.
Evaluación de riesgos ergonómicos del trabajo. www.redalyc.org<journal>html.
Ergonomics Ideas Bank: ideas ergonómicas en hospitales y residencias.
Manual para la prevención de riesgos ergonómicos y psicosociales en los centros de atención a personas en situación de dependencia. <https://sanidad.ccoo.es>

4 Resultados

Trabajadores más productivos y eficientes. Obteniendo a si mejores resultados (a mayor productividad mayores son los beneficios).

Prevención del riesgo en el trabajo. Se crea un buen clima organizacional.

Se reduce el absentismo laboral. Disminuyendo a si la ausencia o abandono de los puestos de trabajo lo cual conlleva que no habrá tantas pérdidas económicas de las empresas cada año.

Promueve la salud y comodidad tanto del paciente como de los trabajadores.

Aumenta la motivación en la organización y desarrollo de la actividad del trabajador.

La ergonomía es el pilar fundamental para lograr la estabilidad de las personas. Sus beneficios son los responsables de comprender todas y cada una de las interacciones que el ser humano tiene con su alrededor.

Por eso es importante adaptar el espacio a las capacidades, limitaciones físicas y mentales de cada ser humano.

Evita y reduce lesiones o incluso enfermedades relacionadas al excesivo uso de tecnología o entornos artificiales, sin olvidar que también contribuye a la simplificación de las tareas asignadas.

La ergonomía consigue el bienestar del trabajador y busca mejorar y potenciar el rendimiento del sistema.

También se encarga de identificar las limitaciones humanas, para así evitar los riesgos y las lesiones que conllevan.

Con la adaptación del puesto de los trabajadores se consigue que el trabajador sea capaz de brindar todo lo que sea posible, al ofrecer condiciones tanto materiales como organizativas.

La introducción de nuevas tecnologías se hará de manera que se encuentre el balance y funcionalidad adecuada para cada trabajador.

Aplicando una buena ergonomía al estilo de vida o estilo laboral bien sean trabajadores o empresarios a grandes rasgos, sirve para mejorar la calidad de vida,

mejorar el nivel de producción reduciendo cansancio físico y estrés, pudiendo reducir también juicios al empresario entre otras cosas.

5 Discusión-Conclusión

Un espacio iluminado, decorado, espacioso y perfectamente equipado permite trabajar en buenas condiciones.

Un ambiente desfavorable, lleno de cargas excesivas del trabajo y mal desempeño del liderazgo puede afectar no solo a nivel psicológico al empleado, sino también a la empresa. Esta puede verse comprometida a elevados gastos en seguros médicos, baja autoestima del empleado, reemplazo del trabajador, pérdida de tiempo en la investigación del accidente, etc.

La ergonomía permite que el individuo pueda tomar descansos leves dentro de la jornada y no perder la empatía tanto de actividades como con sus compañeros. La creación de grupos de apoyo encargados de procesar, atender cualquier posible riesgo que el trabajador pueda sufrir y darle prioridad puede mejorar las metas de crecimiento de la organización.

La tecnología es siempre planteada como incentivo que debe de ser integrado de forma progresiva de manera que el empleado no se sienta desplazado por los avances de la ciencia.

La ergonomía es un campo importante para evitar el factor riesgo del empleado. Es importante desarrollar puestos de trabajo y estancias optimizadas y adaptadas a las necesidades del trabajo diario del trabajador.

6 Bibliografía

<https://blogs.inf-formación.com>

<https://ikastaroak.ulhi.net>

<https://riesgoslaborales.saludlaboral.com>

Capítulo 141

PROCESO DE CITACIÓN PARA LA VACUNACIÓN FRENTE A LA COVID-19

JESSICA ARGUELLES LORENZO

1 Introducción

El principal objetivo de la vacunación es disminuir la gravedad y mortalidad por COVID-19, protegiendo especialmente a los grupos más vulnerables, una protección directa a cada persona vacunada, pero también de forma indirecta es una protección para el resto de la población.

Cuanta mayor población se vayan inmunizando, menor probabilidad habrá de que el resto (en particular la población más vulnerable que puede padecer síntomas graves de la enfermedad) se expongan al virus y sobre todo a elevadas cargas víricas.

La vacunación se va realizando a medida que se va disponiendo de dosis de vacunas. En la actualidad en la Unión Europea disponemos de seis vacunas autorizadas frente a la COVID-19, Comirnaty de Pfizer/BioNTech, Moderna, Vaxzevria de AstraZeneca, Jcovden de Janssen, Nuvaxovid de Novavax, Vaccine Valneva de Valneva. Tres de ellas adaptadas a las nuevas variantes que circulan de Omicron.

La priorización se ha realizado en función de criterios éticos y de la evidencia científica, comenzando con la vacunación de las personas más vulnerables y con mayor riesgo de exposición y de transmisión a otras personas, como pueden ser la población mayor de 60 años, población inmunodeprimida, embarazadas, personas internas en residencias de mayores y otros centros de discapacidad, personal sanitario o sociosanitario, etc.

2 Objetivos

-Exponer el proceso de citación para la vacunación frente a la COVID-19 con sus diferentes opciones y procedimientos a seguir por los auxiliares administrativos.

3 Metodología

La elaboración de este artículo está basada en la experiencia personal como auxiliar administrativa dentro del servicio de coordinación del Hospital de Cabueñes, perteneciente al área V del servicio de salud del principado de Asturias y a la búsqueda actualizada de planes de vacunación y prevención en web sanitarias.

4 Resultados

El proceso de citación para la vacuna contra el COVID-19 puede ser realizado por diferentes vías:

A través de la página web www.ciges.asturias.es mediante el formulario habilitado, normalmente suelen restringir esta opción al grupo de población al que estén vacunando en ese momento.

A través de un sistema automático de gestión de cita previa e información puesto en funcionamiento para la Campaña de Vacunación COVID-19: el sistema llama automáticamente al grupo de población predeterminado, acorde a la población que en ese momento tiene que ser citado. Proporcionándoles mediante una locución un punto de vacunación y una fecha con dos horarios posibles para su cita, el usuario indicará su preferencia, quedando grabada su elección y recibiendo un SMS con los datos de la cita.

Acudiendo de manera presencial a un punto de vacunación: en cada punto de vacunación habrá uno o varios auxiliares administrativos para atender a los usuarios, allí mismo los usuarios podrán solicitar cita para ese mismo momento si fuera posible o para otro día.

Desde prevención del propio hospital: convocan varios días y horas para que el personal del centro dentro de su horario laboral pueda pasar a vacunarse.

Desde coordinación: son gestionadas por personal administrativo perteneciente al servicio de coordinación del hospital de referencia a través del programa SELENE.

El auxiliar administrativo a través de la coordinadora recibe los listados y correos electrónicos que se deberán clasificar según su prioridad y casuística. Los datos de los que disponen en los listados son: nombre y apellidos, DNI, teléfono de contacto y en ocasiones número de historia.

Abrimos en el programa SELENE la pestaña gestión de citas e introducimos en el buscador un dato del paciente, DNI, nombre y apellidos, número de historia, etc. comprobamos que los datos coinciden con los que tenemos en el listado y nos ponemos en contacto con el paciente. Lo primero que tenemos que preguntarle es si se ha vacunado o contagiado recientemente, ya que entre la administración de dosis o el contagio y posterior vacunación hay unos tiempos de espera establecidos.

Si cumple los criterios para ser vacunado le indicaremos el día y franjas horarias disponibles y el punto de vacunación al que tendría que asistir, si nos confirma su disponibilidad procederemos asignarle una cita al paciente en la agenda que corresponda, indicando a que grupo de población pertenecen en el servicio de salud del Principado de Asturias están clasificados en grupos del 1 al 13 dependiendo de la edad, colectivos esenciales, población de alto riesgo por diversas patologías, etc. y la dosis de vacuna que se le va a administrar (primera, segunda, tercera o cuarta).

El servicio de salud del Principado de Asturias tiene organizado puntos de vacunación en las distintas áreas de salud. Por ejemplo en el área V disponen de varios puntos, como el Palacio de los deportes de Gijón, el Pabellón de deportes de la Tejerona, el autocovid (donde los usuarios son vacunados directamente sin bajarse del vehículo), etc.

5 Discusión-Conclusión

El personal administrativo tiene que ser muy ágil y eficiente para que el proceso de citación sea rápido, contribuyendo al buen funcionamiento de los puntos de vacunación y al cumplimiento de la planificación de la estrategia de vacunación.

La posible aparición de nuevas variantes que conlleva escape inmunitario a las vacunas disponibles hasta ahora junto con la llegada en el otoño de virus respiratorios lleva a considerar importante reforzar la protección de las personas más vulnerables y del personal sanitario y sociosanitario. Para ello se sigue el orden de preferencia marcado en la planificación de vacunación que tan buen resultado

ha dado hasta el momento.

6 Bibliografía

1-<https://www.astursalud.es>

2-Experiencia en el servicio de coordinación del Hospital de Cabueñes del Principado de Asturias.

Capítulo 142

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES COMO RASTREADORES SANITARIOS

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

MARIA PILAR SANCHEZ PARRA

ALBERTO HUETE GONZALEZ

YOLANDA MORENO VIZCAINO

MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO

1 Introducción

Las huellas se definen como herramientas esenciales de salud pública para combatir epidemias e infecciones. Gracias al tracking podremos buscar, localizar, documentar y contactar con cualquier persona que pueda haber estado infectada, de ahí el papel clave del auxiliar administrativo hospitalario o el centro médico donde prestamos servicios de detección precoz a las personas afectadas por la infección, por lo que es importante leer el procedimiento de observación dirigida en base a las recomendaciones de la Fundación. Salud mundial y próximos pasos. Este artículo es de centros médicos y por teléfono. Nuestro papel de auxiliar administrativo es fundamental porque la doble función de seguimiento y coordinación con el resto del personal médico que trabaja en el centro facilitará la

supervisión de los reclusos. Una vez activado el protocolo, se pondrán en contacto con cualquier persona conocida como "contactos cercanos" con personas activas. Como se describe en la Estrategia de Detección Temprana, Vigilancia y Control del Departamento de Salud, Covid 19, el contacto cercano generalmente se define como cualquier persona en el mismo lugar que la persona enferma, a más de 2 metros de distancia y a más de 15 minutos. . . Al recopilar datos sobre todos los contactos y hablar con las personas durante el mayor tiempo posible, el equipo de seguimiento recrea un mapa de dónde puede moverse el virus en un momento dado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir los pasos a seguir durante el rastreo en pandemia.

Objetivos secundarios:

- Destacar la capacidad y valor del auxiliar administrativo para las labores de rastreo.
- Exponer la situación del rastreo en otros países.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica con la búsqueda de bases de datos electrónicas: Google Académico, Pubmed, Scielo, Dialnet y las palabras claves han sido: rastreo, rastreadores contagiados, confinamiento, funciones del personal auxiliar administrativo, Covid-19.

4 Resultados

Es difícil precisar exactamente cómo funcionan las herramientas de seguimiento de la comunidad fuera de línea. Esto se debe a que, de acuerdo con la estrategia delineada por el Ministerio de Salud, la responsabilidad del proceso en curso recae en el público. En consecuencia, la organización del personal, si el estudio es realizado por personal médico o no médico, así como la financiación general, los recursos, las preguntas y la organización del estudio, como hemos dicho, que varía según la región. El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Médicas (CCAES) confirma que no se requiere formación específica para servir de

guía.

Supervisión suficiente. Por otro lado, la forma en que se gestiona la información en la comunidad también es diferente entre estas Comunidades Autónomas y otras Comunidades Autónomas, alertando a un determinado grupo de seguidores en cada zona para realizar la vigilancia, digamos anteriormente. No se requieren conocimientos médicos previos, como hacer llamadas telefónicas, cargar datos en la aplicación para PC, preparar informes, monitorear el estado del paciente y más, ya que el soporte administrativo del NHS está acostumbrado a familiarizarse con el sistema y hablar con los pacientes por teléfono e informarles sobre diferentes situaciones. ¿Hay rastreadores en otros países?:

- España no es el único país donde se pueden encontrar asociaciones positivas. El resto del mundo también está involucrado en el comercio o la trazabilidad. En USA En Estados Unidos, por ejemplo, los datos que recibieron los rastreadores en agosto dieron "rayos X" de la situación en cada estado, y había varios miles de ellos de servicio. - Bélgica cuenta con call centers con más de 2.000 localizadores de contactos encargados de informar de posibles contactos, mientras que en Irlanda el ejército coordina la función de seguimiento con el sistema nacional de salud. Alemania, Francia y Gran Bretaña; Toda la UE utiliza rastreadores. - En Asia, Corea del Sur es uno de los países más efectivos en términos de vigilancia, gracias en parte al llamado 'sistema de gestión inteligente Covid-19' que impone controles más estrictos, mientras que China parece haber logrado mitigar la propagación del virus bastante bien también. En Wuhan, el epicentro de la pandemia de Covid-19, el brote está bajo control con 81 seguidores por cada 100.000 habitantes. Es cierto que esta carga de trabajo se puede reducir con fuentes tecnológicas fácilmente disponibles como GPS, Bluetooth o NFC.

5 Discusión-Conclusión

Las estrategias de rastreo son, y han sido, de rutina en países como Estados Unidos en otras epidemias anteriores, han dado resultado y se están poniendo en marcha, no solo con personal del sistema de salud, sino con estudiantes voluntarios para construir un ejército de rastreadores para realizar una tarea enorme dada su extensa población.

Todavía es pronto para evaluar el impacto que tendrá el rastreo en todo el mundo, aunque los ejemplos asiáticos auguran un resultado muy positivo. El papel de los rastreadores y rastreadoras es, por el momento, muy importante para hacer el seguimiento, al igual que la importancia de su formación para realizar a la perfección su trabajo, sin olvidar la responsabilidad última que tiene cada persona

para ayudar a frenar la pandemia.

6 Bibliografía

1. <https://www.rtve.es/television/20201016/rastreadores-ante-covid-19-comotrabajan/2045820.shtml>
2. <https://www.formacionalcala.es/>.

Capítulo 143

EL TRABAJO A TURNOS Y LA REPERCUSIÓN SOBRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

MARIA PILAR SANCHEZ PARRA

ALBERTO HUETE GONZALEZ

YOLANDA MORENO VIZCAINO

MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO

1 Introducción

Los trabajos a turnos son aquellos que se realizan de forma colectiva por distintos grupos continuados de trabajadores, cumpliendo cada grupo una jornada laboral de 8 horas, siendo el total diario de 16 horas o de 24 horas. Según el Estatuto de los Trabajadores, el trabajo a turnos es toda forma de organización del trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un periodo determinado de días o semanas.

La sanidad está activa durante los 365 días del año, las 24 horas, lo que obliga a sus trabajadores a trabajar a turnos, si bien no es todos los puestos, es imprescindible un servicio continuado, en muchos de ellos sí, y no solo es necesario para los médicos y enfermeros, es necesario todo tipo de profesionales. En un hospital se

precisa de atención continua, tanto en las plantas de hospitalización como en el servicio de urgencias. Los auxiliares administrativos también están sometidos a este sistema rotativo de turnos, si bien no es el puesto que más personal tiene en este régimen de trabajo, hay que tener en cuenta que muchos lo están y esto afecta a su vida diaria.

2 Objetivos

Analizar de forma breve cómo afecta la turnicidad al auxiliar administrativo en el sistema sanitario y sus soluciones para llevarlo lo mejor posible

3 Metodología

La metodología empleada para realizar este presente capítulo se basa en una búsqueda bibliográfica sobre artículos publicados en diferentes bases de datos científicas tales como: Cuiden, Medline, Dialnet y Scielo, así como diferentes consultas en el buscador Google Académico. Se establecieron una serie de palabras clave, acordes con el tema llevado a estudio.

De los numerosos resultados obtenidos, finalmente se llevaron a estudio 5 por ajustarse al objetivo propuesto. Todos los resultados llevados a estudio quedan reflejados en la bibliografía del trabajo.

4 Resultados

La turnicidad se ha convertido en parte de un riesgo laboral, conlleva varios peligros para el trabajador, a largo y corto plazo. El trabajo a turnos exige un cambio de ritmos en el cuerpo, mantenerlo activo cuando debería descansar y viceversa. Estos cambios en los periodos de descanso del cuerpo son problemáticos, pueden llevar a una falta de descanso, insomnio, dolor de cabeza, migraña, esto unido a la vida personal y familiar del trabajador hacen que sea complicado para el cuerpo adaptarse a los horarios de forma que no se resientan las horas de descanso. Los horarios familiares son siempre los mismos, la mayoría de la gente tiene un horario fijo de trabajo y por ello se dificulta la conciliación familiar y social con la profesional. Se tiene en cuenta también los cambios en los horarios de las comidas, los trastornos digestivos que ello provoca y las necesidades de controlar concienzudamente lo que se come y cuándo se come.

2808

Se debe de controlar a los trabajadores que trabajan a turnos para evitar que caigan en malos hábitos que puedan repercutir en su salud física y mental, ya que estos problemas pueden llevar a enfermedades graves, además de un bajo rendimiento en el trabajo o absentismo laboral. Los auxiliares administrativos que trabajan en el servicio de urgencias deben de tener una motivación extra a la hora de enfrentarse a los turnos de trabajo y organizar su semana o su mes en base a estos turnos. La organización es la base del éxito en estos casos, poder realizar tareas domésticas, familiares y personales en los diferentes días, aunque no sea siempre a las mismas horas, ayuda a la motivación y a que el ánimo no decaiga en el trabajador, provocando problemas de ansiedad o depresión.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el auxiliar administrativo, si bien no es una categoría que esté muy expuesta a los turnos laborales, debe de tenerse en cuenta que puede pasar y debe de estar preparado para ello en la medida de lo posible. Se le han de dar ciertas pautas y recomendaciones y a ser posible de ha de dar estos puestos a personal joven, por debajo de los 45 años, ya que son puestos con riesgos más altos en personas de elevada edad. Es fundamental la prevención en estos casos y el seguimiento de los trabajadores para que no caigan en rutinas que puedan empeorar los problemas desarrollados a raíz de la turnicidad.

6 Bibliografía

1. Mateu Morey, M. El impacto que causa la turnicidad sobre personal sanitario y la afectación sobre los ritmos circadianos.
 2. Lizarte Castillo, M., Montero Madej, A., Peral Bueno, N., & Postigo Higuera, E. (2012). Efectos de la turnicidad sobre la ansiedad y salud psicológica en profesionales sanitarios de centros hospitalarios.
 3. Velilla, L. G., Pueyo, J. B., Arana, L. A., Rodríguez, P. C., Rollán, P. B., & Alonso, T. A. (2022). Repercusiones de la turnicidad en la toma de decisiones del personal sanitario. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(1), 190.
 4. Díaz-Sampedro, E., López-Maza, R., & González-Puente, M. (2010). Hábitos de alimentación y actividad física según la turnicidad de los trabajadores de un hospital. *Enfermería clínica*, 20(4), 229-235.
- Jiménez, J. F. la turnicidad y el estrés laboral

Capítulo 144

HIGIENE POSTURAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

MARIA PILAR SANCHEZ PARRA

ALBERTO HUETE GONZALEZ

YOLANDA MORENO VIZCAINO

MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO

1 Introducción

Parte de nuestro tiempo lo pasamos en la jornada laboral y dependiendo de las tareas que tengamos que realizar adoptamos una postura u otra, lo que hace que tengamos que conocer como cuidar nuestra columna. Forzar posturas inadecuadas desencadenará problemas de espalda.

Hoy en día un porcentaje muy alto de trabajadores, como son los auxiliares administrativos, realizan su trabajo sentado frente al ordenador y realizando llamadas y además necesitando un espacio adecuado para escribir. Eso no siempre es así y por ello nos lleva a realizar posturas inadecuadas que acabamos resintiéndolo físicamente.

Debemos adoptar las medidas que recomiendan los expertos como por ejemplo los fisioterapeutas para evitar los daños producidos por las malas posturas o en el caso de que aparezcan mitigar sus síntomas para mantener nuestra productividad y evitar el absentismo laboral.

Debemos tomar unas medidas especiales respecto al entorno de trabajo, mobiliario, equipos con los que trabajamos para tener una higiene postural sana, así como llevar un estilo de vida adecuado, evitando el sedentarismo que es muy perjudicial, al igual que lo comentado anteriormente.

Realizar descansos cada cierto tiempo tanto físicos como visuales es muy importante para prevenir los daños mencionados, así como un entorno de trabajo agradable sin estrés para evitar estar tensos.

2 Objetivos

- Explicar las posturas adecuadas que debemos adoptar para tener una correcta higiene postural.
- Conocer qué debemos tener en cuenta para que nuestro lugar de trabajo sea apropiado para nuestra espalda.

3 Metodología

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

4 Resultados

La higiene postural es un conjunto de normas, consejos y actitudes posturales, tanto estáticas como dinámicas, encaminadas a mantener una alineación de todo el cuerpo con el fin de evitar lesiones. Su objetivo es aprender una serie de normas y adquirir unos hábitos para ayudar a proteger la espalda a la hora de realizar actividades en el trabajo y en la vida diaria.

Existen estas recomendaciones, entre otras:

- Mantener una postura correctamente frente al ordenador.
- Evitar girar el tronco.
- Evitar estar muy estático.
- Hacer relajaciones cada cierto tiempo.

La carga que soporta nuestra columna vertebral en posición sentada es de 145 kg aproximadamente con lo cual después de 8 horas de trabajo de un auxiliar administrativo es bastante lesivo.

Debemos tener en cuenta los siguientes factores:

- Silla de trabajo que nos permita sentarnos correctamente con la espalda apoyada en el respaldo y los pies en el suelo.
- La pantalla del ordenador debe estar frente a nosotros, evitando así tener el cuello girado constantemente.
- El teléfono, la impresora y demás aparatos deben estar a nuestro alcance para evitar posturas que puedan dañarnos la espalda, hombros.

Se debe disponer de un espacio amplio y adecuado para poder escribir sin realizar malas posturas que nos lesionen. Los aparatos como teclado y ratón también deben estar colocados adecuadamente para evitar lesiones en muñecas y dedos. Es muy importante garantizar la ergonomía para nuestro puesto de trabajo, pero además debemos cuidar nuestra higiene postural realizando descansos de 10 minutos a la hora para hacer estiramientos que rompan con la postura mantenida en esa hora de trabajo.

También es esencial el descanso visual, apartando la vista de la pantalla 5 minutos por cada media hora de trabajo. Ajustar el brillo de la pantalla, evitar los reflejos y colocarnos a 50 cm de distancia de ella también nos ayudará.

5 Discusión-Conclusión

Una buena higiene postural es agradable para el entorno de trabajo y un diseño ergonómico adecuado de ese entorno de trabajo favorece el desarrollo pleno de nuestras actividades diarias y por tanto de nuestra productividad, evitando daños.

El 50 % de las bajas laborales corresponden a problemas músculo-esqueléticos producidos en su mayoría por las malas posturas adoptadas en nuestro trabajo y en nuestra vida cotidiana. Es la segunda causa crónica.

Debemos adoptar las medidas que nos recomiendan los profesionales de la salud para evitar estos problemas y en el caso de que aparezcan, mitigar sus efectos y que no nos impidan realizar nuestras tareas.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.fisiolledo.com.

Capítulo 145

LA IMPORTANCIA DE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD

CATALINA MÉNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Un auxiliar administrativo en su día a día lleva a cabo un trabajo en el que está continuamente sentado delante de una pantalla de ordenador, lo cual puede repercutir negativamente en la salud del trabajador.

Puede provocar problemas musculares y circulatorios, aumento de peso considerable que puede generar obesidad, dolores musculares, problemas vasculares y/o falta de circulación y la aparición de varices el cerebro no se oxigena bien se debilita la columna vertebral y se pierde flexibilidad.

Se produce más insulina de la necesaria. La función pancreática puede fallar y a largo plazo puede provocar el padecimiento de diabetes.

Disminuye el ritmo cardíaco.

Si además se adopta una mala postura puede aparecer escoliosis o desviación de la columna y dolores cervicales el tránsito intestinal se verá afectado por estar mucho tiempo sentado.

El riesgo de hipertensión aumenta.

Aparece el síndrome metabólico como trastorno asociado al sedentarismo.

A su vez, la atención al usuario, bien sea en el ámbito hospitalario o en los centros de salud, conlleva la necesidad de mantener un equilibrio mental adecuado,

pues esta rutina de trabajo diario en relación con pacientes, personal sanitario y usuarios, puede tener efectos negativos en la salud mental del trabajador. Combinar la actividad física con la actividad mental, en definitiva adoptar unos hábitos de vida saludables, previene todas estas enfermedades, así como las neurodegenerativas.

2 Objetivos

Ofrecer pautas para llevar un estilo de vida saludable por parte del auxiliar administrativo sanitario.

3 Metodología

Este documento se ha elaborado partiendo desde una investigación y revisión bibliográfica en relación a la literatura científica que existe. Se ha realizado una búsqueda en libros, textos y artículos en las bases de datos que todos conocemos, como es Google académico y Google. Hemos utilizado en la búsqueda conceptos como "estilo de vida saludable", "hábitos saludables", etc.

4 Resultados

Según la OMS estos son los hábitos recomendados para tener un estilo de vida saludable,

- *una buena alimentación. Consumir todos los grupos de alimentos en cantidad suficiente para cubrir las necesidades nutricionales que nuestro organismo necesita. A este respecto la OMS destaca la necesidad de incluir en nuestra dieta diariamente proteínas, frutas, verduras y grasas saludables.

- *practicar ejercicio físico de manera regular, adecuado a su edad y situación personal, con el objetivo de prevenir enfermedades como la diabetes, la hipertensión o la obesidad.

- *realizar alguna técnica de relajación para reducir el estrés y mejorar el estado de ánimo

- *evitar el tabaco, el alcohol u otras sustancias tóxicas

- *mantenerse bien hidratado mediante la ingesta de agua en cantidad suficiente. La cantidad ideal sería entre 1,5 l y 2 l

- *dormir y descansar de 8 a 10 horas será lo aconsejable para mantener una vida sana según la AASM (academia de la medicina del sueño de estados unidos)

- *durante la jornada laboral es muy importante tomarse un tiempo de descanso para tomar un tentempié saludable y a su vez desconectar durante unos minutos.
- *es preciso levantarse y caminar de vez en cuando para favorecer el flujo sanguíneo y mejorar la circulación.
- *hacer algunos estiramientos y adoptar una postura adecuada evita la fatiga , el dolor en músculos y articulaciones.
- *parpadear para descansar la vista y cuidar así la salud visual
- *no cruzar las piernas, pues empeora la circulación sanguínea y causa entumecimiento y síndrome de piernas inquietas.

Por otro lado, es necesario organizarse para poder pasar tiempo para compartir con la familia y amigos y de este modo reducir el estrés, el cansancio y la ansiedad que produce el ritmo actual y los conflictos en el trabajo y la vida en general.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo que realiza un auxiliar administrativo en la sanidad favorece al sedentarismo, pues normalmente se pasa muchas horas sentado delante de un ordenador.

Es además habitual que se acumulen tareas, lo cual suele generar estrés al trabajador.

En cuanto a la hora de dar servicio a los usuarios, es importante mantener la calma, pues suelen acudir a los centros sanitarios con la angustia de la enfermedad, las colas y los tiempos de espera, lo cual genera continuamente situaciones de controversia con el administrativo, el cual debe subsanar de la mejor forma posible. Es necesario evitar las discusiones o los malos modos, manteniendo así un equilibrio mental adecuado, evitando situaciones de estrés.

Para contrarrestar todas estas dificultades en el trabajo , lo mas recomendable es mantener un estilo de vida saludable.

6 Bibliografía

INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY.
BIENESTAR PSICOLÓGICO Y HÁBITOS SALUDABLES. JIMENEZ, MANUEL G.;
MARTÍNEZ, PILAR; MIRÓ, ELENA; SÁNCHEZ, ANA I.
"HÁBITOS PSICOLÓGICOS SALUDABLES".ICONICASPORTS.COM
"HÁBITOS SALUDABLES Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ENTORNO LABORAL " FG PAREDES, L RUIZ DÍAZ, N GONZÁLEZ

Capítulo 146

LA ATENCIÓN AL PACIENTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARI CARMEN ORTIZ CASAS

MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ

RAQUEL ESCOBEDO PARDO

CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ

INMACULADA ROPERO MOLINERO

1 Introducción

El auxiliar administrativo para el correcto desempeño de su trabajo por lo que respecta a la atención al paciente y todo lo que ello conlleva unido, debe conocer perfectamente los derechos y deberes del usuario, con el fin de proporcionarle una atención correcta y adecuada a sus necesidades. Para ello, cabe destacar la normativa legal existente al respecto. Centrando la atención principalmente en los derechos del paciente respecto a la información sanitaria.

Teniendo en cuenta además los tipos de información sanitaria, así como el derecho a interponer quejas o proponer sugerencias por parte del usuario. Sin olvidar también los deberes del mismo, aspecto a tener en cuenta a la hora de analizar el tema.

Otro aspecto importante a la hora de abordar este tema, son las pautas a seguir por parte del auxiliar administrativo a la hora de tratar con el usuario. Puesto que

el seguir las pautas correctas, hará que la relación entre el auxiliar administrativo y el usuario se desarrolle de la manera más fructífera y satisfactoria posible. A fin de que el paciente se sienta seguro, satisfecho y tranquilo, aspecto bastante importante en el ámbito sanitario, puesto que ello facilita la buena marcha de los centros sanitarios.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

- Dar a conocer las principales funciones del auxiliar administrativo en relación con la atención al paciente.

Como objetivo secundario:

- Mostrar la importancia de la humanización en la atención sanitaria.

3 Metodología

El análisis de este tema se ha centrado principalmente una revisión bibliográfica de las fuentes legales, tales como “el Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano”, “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” y “ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas” Señalar que también se ha acudido a la base de datos Google Scholar.

4 Resultados

El artículo 4 del Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano, regula una serie de funciones en relación a la atención al ciudadano, las cuales son las siguientes:

1. Recepción y acogida de los ciudadanos, con el fin de orientarles en cuanto a la búsqueda de dependencias o localizaciones.
2. Orientación e información, a fin de resolver dudas e informarles de cuanto necesiten.
3. Función de gestión, respecto a todo tipo de documentación.

4. Recepción de sugerencias.

5. Recepción de reclamaciones y quejas.

6. Asistencia a los ciudadanos en el ejercicio del derecho de petición.

Respecto al derecho de información sanitaria, destacar 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, puesto que en su artículo cuarto, hace mención al derecho a la información asistencial.

Destacando lo siguiente:

1. El paciente tendrá derecho a que se le informe de cualquier actuación que se vaya a ejercer en el ámbito de su salud. También tendrá derecho a que no se le informe si ese es su deseo. Y toda información relacionada con la salud del paciente deberá aparecer reflejada en su historia clínica.

2. La información que se proporcione al paciente, le deberá ser de dada de forma comprensible para él.

3. El médico será el responsable del cumplimiento del derecho a la información asistencial.

Finalmente, siguiendo lo establecido en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la administración pública estará obligada a poner a disposición del usuario todos los medios, ya sean presenciales o electrónicos para hacer cumplir este derecho, con esto se está haciendo referencia a los registros, puesto que a través de ellos el usuario podrá plantear todas las quejas, sugerencias y reclamaciones que considere necesarias para hacer valer sus derechos.

5 Discusión-Conclusión

Una de las funciones principales del auxiliar administrativo en su puesto de trabajo, es la atención del usuario tal y como se ha estudiado a lo largo de este capítulo.

Y como tal, el auxiliar administrativo es totalmente consciente de la importancia que juega su papel en el ámbito sanitario, pues él es la primera persona con la que el paciente tiene el primer contacto cuando acude al centro sanitario.

La amabilidad es una de las cualidades más importantes que debe tener el auxiliar administrativo a la hora de relacionarse con el usuario, así como la empatía. Puesto que sin ellas, su función no se estaría desarrollando correctamente.

6 Bibliografía

Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano

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.

Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Capítulo 147

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO FRENTE A SITUACIONES CONFLICTIVAS CON EL USUARIO

MARI CARMEN ORTIZ CASAS

MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ

RAQUEL ESCOBEDO PARDO

CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ

INMACULADA ROPERO MOLINERO

1 Introducción

Una buena y correcta comunicación y atención al usuario por parte del personal administrativo es esencial para el buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. El personal administrativo de un centro sanitario es la primera persona con la que se encuentra el paciente que acude al mismo. Es por tanto donde comienza la comunicación.

Esta debe presentarse de una manera educada, fluida y con el interés del administrativo de solventar cualquier problema o cuestión que pudiese tener el usuario. En numerosas ocasiones este puede venir molesto tanto por el servicio recibido como por el trato del personal facultativo o no sanitario. Si pretendemos dar un servicio correcto, y por ende, conseguir un buen funcionamiento del Sistema,

tendremos que evitar que se presenten quejas o reclamaciones por parte de los usuarios.

El personal administrativo tiene el deber de conocer los derechos y los deberes de los usuarios, así como los protocolos de actuación frente al derecho de información, recomendaciones, quejas y sugerencias. Facilitando toda la documentación al paciente, si así lo desea, como resultado de una previa situación delicada o conflictiva. Tratando de minimizar o evitar este tipo de situaciones, con unas pautas que conoceremos a lo largo de este capítulo.

2 Objetivos

Con este estudio se pretende como objetivo principal:

Conocer la percepción actual por parte de los administrativos y los pacientes sobre la calidad de la comunicación.

Como objetivo secundario:

Proponer herramientas para la mejora de la comunicación.

Dar las pautas para la correcta atención del auxiliar administrativo cuando nos encontramos con situaciones conflictivas.

3 Metodología

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

Se ha realizado también un estudio sobre el tipo de barreras comunicativas, situaciones de crisis y las consecuencias de estas para una total comunicación. Además, se han estudiado los factores psicosociales y de lenguaje y las herramientas para solventar estas situaciones conflictivas o delicadas.

4 Resultados

Cuando se atiende personalmente al usuario, el personal administrativo tiene a su favor el denominado contacto visual. La observación que se hace de este, advierte sobre su posible intranquilidad, ansiedad o enfado.

Primero hay que examinar los pasos a seguir a la hora de enfrentarse a una situación conflictiva o delicada. ¿Cómo pueden los profesionales detectar situaciones de este tipo? De una manera sencilla: el usuario dará los indicadores, y solo hay que observarle, y responder según lo percibido.

La observación del usuario al que se está atendiendo, advertirá sobre su posible enfado, ansiedad, intranquilidad, desazón o incomodidad. Esto se revelará en su comunicación no verbal, tono de voz, expresiones utilizadas, ideas desordenadas, etc. ¿Cómo actuar entonces para minimizar estas emociones? De la siguiente forma: primero se analizará la situación, para evaluar la naturaleza del conflicto. Se aceptará la situación y se adoptará una actitud positiva, es decir, asumiendo los planteamientos del usuario con comprensión.

A continuación, se iniciarán las gestiones para la resolución del conflicto. Finalmente, se evaluará la solución aportada. Pautas de comportamiento por parte del personal administrativo que ayudarán al manejo de estas situaciones: utilización de un tono suave y tranquilizador, una elocución pausada y clara. Uso de preguntas abiertas, e información sobre la actuación a tomar.

Cuando el usuario es informado sobre las medidas a tomar por el auxiliar administrativo, esto incidirá favorablemente, ya que le hace sentir valorado como interlocutor por parte de la Administración. Estas pautas ayudarán a crear un clima de confianza y a tranquilizar al usuario, lo que mejorará la comunicación y hará más factible una resolución del conflicto.

Finalmente, apuntar que el trabajador público, en su relación con el usuario sufrirá también momentos de enfado debido a posibles malas contestaciones o agravios sufridos injustamente. Ante estas situaciones en que la emoción se agita y el trabajador se siente incapaz de reprimirla, se intentará positivizarla, convirtiendo el enfado en motivador ante el problema, y nunca en móvil de actuaciones impulsivas o agresivas.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión y tal y como se viene desarrollando a lo largo de todo el análisis, es de vital importancia que, a la hora de trabajar, el personal administrativo, que presta sus servicios en los centros sanitarios, reconozca cuándo un usuario está insatisfecho o enfadado, para poder anteponerse a la situación y darle solución lo más brevemente posible, teniendo en cuenta las pautas expuestas anteriormente.

Por lo tanto, tener una comunicación fluida y eficaz con el usuario, así como resolver con celeridad las quejas y dar una pronta solución es un pilar fundamental en el trabajo del administrativo de cara al paciente. Todo esto implicará una mejora y un crecimiento del Sistema Nacional de Salud y de los servicios que lo componen.

6 Bibliografía

1. Francois, F. (1973). El lenguaje, la comunicación. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
2. <https://psicologiaymente.com/social/barreras-de-comunicacion>.
3. F.J., Roethlisberger, Carl R. Rogers (1992). Barreras y puertas para la comunicación empresarial. Harvard Deusto Business Review.

Capítulo 148

EL ACOSO LABORAL PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO

MARI CARMEN ORTIZ CASAS

MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ

RAQUEL ESCOBEDO PARDO

CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ

INMACULADA ROPERO MOLINERO

1 Introducción

Mobbing es el término que utilizamos para referirnos al acoso laboral. Cuando hablamos de mobbing nos estamos refiriendo a una violencia psicológica hacia una persona de manera sistemática y recurrente, durante un largo periodo de tiempo. Esto supone atentar al derecho, a la libertad y a la dignidad de las personas.

La Organización Mundial de la Salud define este término como "El comportamiento agresivo y amenazador de uno o más miembros de un grupo, hacia un individuo en el medio en el que se trabaja", Con esta realidad, la persona que acosa trata de infundir miedo, pavor, inseguridad a la acosada para lograr la renuncia a su puesto de laboral o llegar la despedido.

Este tipo de maltrato afecta tanto a las personas que lo padecen como a su entorno familiar, laboral, etc. En muchos casos este tipo de violencia se ve agrava por un desconocimiento del personal que lo sufren de sus propios derechos.

Es importante que las personas que son víctimas del acoso laboral o mobbing comprendan e identifiquen su problema para poder empezar a tratarlo y para eso deben tener una información suficiente y saber que pueden contar con ayudas para su recuperación física y psicológica, así como su autonomía.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa cómo abordar el acoso laboral, también conocido como mobbing en el auxiliar administrativo.

Como objetivo secundario:

Dar pautas para hacer frente al acoso laboral por parte del auxiliar administrativo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El acoso laboral o mobbing es un problema con una elevada tendencia en el ámbito laboral. Para ello la prevención, el tratamiento y la orientación son factores muy importantes para abordarlo y tratarlo.

Es muy importante para el tratamiento del acoso laboral, la formación, un seguimiento continuado y un trabajo coordinado en equipo. A su vez es importante que la formación que se imparte a los profesionales haga especial hincapié en el origen de este acoso, y que se le imparta una atención continuada y de calidad a las personas víctimas de este tipo de acoso.

También es interesante impartir cursos relacionados con la gestión de este tipo de problemas. Podría ser de gran ayuda impartir cursos sobre la dirección de grupos, habilidades sociales, técnicas sobre cómo afrontar este tipo de problemas, etc.

Para prevenir el acoso laboral sería recomendable fomentar un ambiente de tolerancia, dignidad e igualdad de oportunidades y desarrollo profesional entre los trabajadores, entre las medidas a tener en cuenta. Cuando con estas herramientas no se consigue evitar una situación de mobbing, debemos activar el protocolo de actuación, el cual debe incluir:

- Primero una denuncia por escrito, la cual debe tener una respuesta por parte del centro al que la dirigimos.
- Debe ser confidencial.
- Debe haber la seguridad de que no habrá represalias para la persona que denuncia el acoso.
- Se debe ofrecer tratamiento psicológico y médico y derivar a los servicios de atención especializada en caso de que fuera necesario.

Para una prevención precoz de este problema es fundamental la información, educación y sensibilización de la población hacia este problema que cada vez es más frecuente en nuestra sociedad. Sería muy importante modificar la actitud y comportamiento de los individuos.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral o mobbing es un problema que cada vez está más presente en todos los ámbitos laborales, además del sanitario que es el que, en este caso, nos ocupa.

Una de las cosas más importantes a tener en cuenta para evitar este tipo de problemas es la formación de los profesionales en que esto se puede prevenir, insistir en que se denuncie cuando se esté sufriendo este problema y que solamente así se puede atajar y solucionar.

Nuestro sistema sanitario juega un papel importante en la detección y prevención de acoso laboral a través de formación y atención de la salud integral de los trabajadores.

6 Bibliografía

- 1.Resolución de 5 de mayo de 2011, de la Secretaría de Estado para Función Pública, para la que se aprueba y publica el Acuerdo de 6 de abril de 2011 de la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado sobre el Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado.
- 2.Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, sobre Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres.
- 3.Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Mobbing, violencia física y acoso sexual

Capítulo 149

LA ASTENOPIA: ENFERMEDAD DEL PERSONAL NO SANITARIO

MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ SAL

SUSANA FERNÁNDEZ MONTEAVARO

1 Introducción

El Síndrome de Fatiga Ocular, denominado también Fatiga Visual o Astenopia está reconocido por la Organización Internacional del Trabajo dentro del grupo de enfermedades laborales. Se define como un conjunto de síntomas que van de las molestias oculares a los trastornos visuales, pasando también por síntomas extraoculares.

La Organización Mundial de la Salud define Síndrome de Fatiga Ocular como “una deficiencia visual subjetiva que se interpreta como un alto nivel de incomodidad visual y que generalmente se produce después de una actividad visual prolongada de cerca”

Algunos estudios demuestran que las alteraciones oculares son el problema más frecuente entre los usuarios de pantallas, y parecen incrementarse con rapidez, ya que se ha estimado que entre un 70 y un 90 % de los trabajadores que utilizan una pantalla mas de tres horas al día los experimenta en mayor o menor medida, de ahí que se haya llamado al término síndrome de visión de computadora o síndrome visual informático para designar el conjunto de síntomas que lo caracterizan.

Las personas que trabajan con ordenadores disminuyen considerablemente la frecuencia de parpadeo, el cual tiene como función la lubricación del ojo.

El ritmo normal de parpadeo es de una media de 20 veces por minuto, mientras que para una persona que está frente al ordenador es una media de 5 veces por minuto, favoreciendo así que la superficie ocular se reseque y genere una sensación de ardor y picor.

2 Objetivos

Dar a conocer uno de uno de los principales riesgos para la salud que presentan los trabajos asociados al uso de ordenadores o pantallas de teléfono como es el caso de los telefonistas o de los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios y publicaciones en las principales bases de datos como Google académico, Scielo, etc, y se han seleccionado aquellos artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado palabras clave como: enfermedad laboral, personal administrativo, telefonista, ordenador, pantalla y cansancio visual.

4 Resultados

La fatiga visual es uno de los principales riesgos laborales que puede sufrir un administrativo o un telefonista, ya que afecta a un 70% de estos profesionales aproximadamente. El término médico para su definición se llama “astenopia” y es la respuesta del ojo frente al esfuerzo muscular excesivo durante un largo periodo de tiempo. Las personas que están frente a pantallas disminuyen la frecuencia de parpadeo, cuya principal función es la lubricación del ojo.

Las molestias suelen aparecer al final del día y se manifiestan con picor, escozor, enrojecimiento y dolor de cabeza entre otros.

Evidentemente, el aumento en el uso de ordenadores, teléfonos móviles con pantallas cada vez más grandes, y tablets, ha provocado que nuestra vista se agote mucho. Todo ello, unido al uso de iluminación artificial, aire acondicionado y espacios de trabajo cerrados ha contribuido a la precoz aparición de esta enfermedad.

Siempre hay que descartar otros problemas oftalmológicos que se puedan confundir con la fatiga visual por lo que es imprescindible consultar los síntomas con un oftalmólogo.

Se pueden señalar como factores que causan la fatiga visual:

- El brillo de la pantalla
- La distancia entre los ojos y la pantalla
- El tiempo de exposición
- La duración y frecuencia de los descansos

Algunas medidas que se pueden adoptar para prevenir la fatiga visual son:

- Utilizar filtros de alta calidad, ya que minimizan el brillo y aumentan el contraste.
- Adoptar una postura correcta delante del ordenador, parpadear a menudo y mirar a lo lejos.
- Tener una iluminación adecuada en el entorno.
- Establecer pausas de 10 minutos.
- Refrescar los ojos con agua para relajar la vista.

Por último y muy importante, revisión visual una vez al año: Detectar y tratar las alteraciones visuales y oculares puede cambiar totalmente el riesgo de padecer síntomas. Por su mayor incidencia, es especialmente importante la adecuada corrección del astigmatismo y la presbicia o vista cansada, el tratamiento del ojo seco y la insuficiencia acomodativa y de convergencia.

5 Discusión-Conclusión

La fatiga o cansancio visual es uno de los principales riesgos laborales presentes en el personal administrativo debido al largo tiempo que pasan delante de la pantalla del ordenador.

La principal forma que se propone para mejorar la fatiga visual y los problemas que se derivan de ella es la realización de ejercicios encaminados a descansar los músculos oculares.

Es necesario concienciar sobre este riesgo tanto a los profesionales como a la administración pública y empresas privadas para implantar las medidas necesarias para evitar este problema, haciendo un protocolo de vigilancia que incluya pruebas de visión específica así como el seguimiento de los trabajadores afectados por este síndrome.

6 Bibliografía

- 1-www.scielo.es
- 2-www.revistamedica.com
- 3-www.who.int

Capítulo 150

RIESGOS PSICOSOCIALES PERSONAL NO SANITARIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

MARTA GÓMEZ MARTINEZ

1 Introducción

Tanto en los hospitales centrales como en los de área existe un departamento de atención al paciente que se encarga de:

- Atender al paciente, dar seguimiento a las personas que contactan con el departamento, saber que información dar y cómo aclarar las dudas que les surjan.
- Transmitir al personal adecuado que resuelva con rapidez lo planteado, por ejemplo, en el caso de pruebas médicas que no se realicen en el centro donde se plantea la queja, tener el contacto para informar al centro donde se debe realizar para que lo tramiten a la mayor brevedad posible.
- Recoger datos que luego sirvan para el análisis por parte de la gerencia del funcionamiento del centro y que den luego como resultado la mejora en el servicio asistencial tanto a pacientes como a los familiares.

De estos departamentos se ocupa el personal administrativo no sanitario, es un puesto de atención al público que puede acarrear para la persona que lo ocupa un riesgo de tipo psicosocial que puede afectar al bienestar o la salud de la persona que lo atiende.

Pueden aparecer en el trabajador problemas de salud físicos graves, de salud mental, enfermedades cardiovasculares y problemas musculoesqueléticos derivados del stress prolongado o el “presentismo”(ir a trabajar estando enfermo).

2 Objetivos

Se pretende analizar los riesgos psicosociales a los que se expone el personal administrativo y cómo poder evitarlos o, si no son evitables, establecer protocolos preventivos que los minimicen.

3 Metodología

Para este trabajo se han consultado diversos artículos de internet, la legislación actual vigente del tema a tratar y protocolos y estrategias publicadas por los servicios de salud. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se entiende por factores de riesgo psicosociales, aquel producto de la interacción entre el trabajo y el medio que rodea al trabajador, así como su nivel de satisfacción, las condiciones de la organización del mismo, sus capacidades, necesidades y cultura, y su situación personal fuera del trabajo, a través de sus percepciones y experiencias que pueden influir en la salud en el rendimiento y en la satisfacción laboral (OMS, 2000).

Las principales características de los riesgos psicosociales es que crecen con el tiempo y pueden desembocar en graves problemas de salud, son difíciles de cuantificar, se pueden interrelacionar con otros riesgos, tienen poca cobertura legal y nos es fácil buscar una forma de intervenirlos porque además de la situación personal en el trabajo también influye la de fuera del trabajo y las características personales del individuo.

Aparece el concepto de salud ocupacional que se ocupa del bienestar del trabajador en su puesto de trabajo, y los servicios de prevención de salud laboral en los centros que se ocupan de la medicina del trabajo, higiene y seguridad para conseguir que se eviten o en su caso se minimicen estos riesgos si no son evitables.

Según esta definición de la Organización Mundial de la Salud, los principales riesgos psicosociales que se observa que puede tener el personal no sanitario del departamento de atención al paciente son los siguientes:

- Agresiones que produzcan incidentes violentos con pacientes o familiares que no estén de acuerdo con el trato asistencial recibido, ataques verbales como insultos o agresiones físicas que hagan peligrar la integridad física de la persona que las recibe.
- Stress, debido a la gran cantidad de quejas y reclamaciones recibidas sobre todo en periodos vacacionales donde los cupos en algunos centros se duplican.
- Acoso laboral por parte de los departamentos jerárquicamente inferiores para que no se informe a la gerencia de las acciones realizadas.
- El desgaste profesional o burnout, por las condiciones de trabajo, debidas al volumen de citas a atender y que no pueden solucionar en un plazo razonable, y por las presiones ejercidas por el resto de departamentos.

5 Discusión-Conclusión

Todo el personal administrativo con atención al público puede sufrir riesgos psicosociales, para prevenirlos se pueden tomar las siguientes medidas:

- Establecer un protocolo de formación para que situaciones que se produzcan habitualmente en su trabajo no sean tomadas como intrínsecas de su puesto de trabajo tanto si provienen de los pacientes como de sus compañeros de trabajo.
- Desde salud laboral estudiar las agresiones desde el primer momento que se produzcan para que no desemboken en situaciones que puedan general acoso o stress del personal que las recibe.
- Controlar las visitas al departamento mediante un sistema de citas que evite la sobrecarga asistencial del personal.
- Instalar puesto de información multimedia que genere la cita para que no se agolpen los pacientes en las puertas del departamento y así se produzca un orden que además pueda ser vigilado por el personal de seguridad de los centros.
- Con la solicitud de cita, permitir además la identificación del paciente para que, en caso de que haya problemas, se pueda acudir poner denuncia y pedir asesoramiento a los servicios jurídicos de las Consejerías de sanidad.
- Establecer una rotación en el departamento si está formado por suficiente personal, de manera que no siempre esté atendiendo al público por la misma persona, y evitar así el síndrome de burnout.
- Establecer un protocolo de información con la gerencia para que las quejas y sugerencias sean tenidas en cuenta y así poder proporcionar un mejor servicio asistencial.
- Establecer un protocolo de información con el departamento de calidad para la mejora de los centros.

6 Bibliografía

“La organización del trabajo y el estrés”, Organización Mundial de la Salud (2004)
Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de riesgos laborales.

Capítulo 151

EFECTOS DE LA TURNICIDAD EN TRABAJADORES NO SANITARIOS DE CENTROS SANITARIOS

HENAR MATA RAMOS

1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar sobre los efectos que provoca la turnicidad en los trabajadores no sanitarios que prestan sus servicios en centros sanitarios.

Los centros sanitarios prestan sus servicios durante las 24 horas del día, por lo que hay trabajadores que tienen turnos de mañanas, tardes, noches o incluso partidos y rotativos, lo que puede influir de manera negativa tanto en su vida personal como profesional. Como no se pueden evitar este tipo de turnos en los centros que prestan servicios durante 24 horas al día, los superiores deberán organizar los turnos de trabajo de mejor manera para minimizar las consecuencias negativas para los trabajadores.

Los desajustes en los horarios y cambios de turnos pueden provocar diferentes enfermedades y trastornos en los profesionales que prestan sus servicios en centros sanitarios, por lo que se deberá compensar a los trabajadores que sufren el trabajo a turnos para minimizar los efectos de este tipo de jornada. Hay muchas alternativas que se pueden tener en cuenta para compensar a los trabajadores que sufren turnicidad como puede ser darles más días libres, más vacaciones, mejorar la conciliación de la vida laboral con la social, personal y familiar en la medida de lo posible.

2 Objetivos

- Exponer los posibles efectos negativos de la turnicidad en los trabajadores no sanitarios.
- Analizar las principales medidas preventivas para mitigar los efectos de la turnicidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Estatuto de los Trabajadores en su artículo 36.3, define el trabajo a turnos como “toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas”.

Además, se considera trabajo nocturno el que tiene lugar “entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana” y se considera trabajador nocturno al que “invierte no menos de tres horas de su trabajo diario o al menos una tercera parte de su jornada anual en este tipo de horario.”

Desempeñar el trabajo a turnos puede afectar a los trabajadores que prestan sus servicios en centros sanitarios en la calidad del trabajo que desempeñan además de afectar negativamente en su salud y vida personal.

Los principales efectos negativos de la turnicidad son:

- Alteraciones en el sueño, no tiene la misma calidad reparadora del sueño cuando se duerme por el día, o cuando se cambia de un turno a otro y cada día se duerme en un horario diferente.
- Trastornos nerviosos como puede ser la depresión, ansiedad, fatiga, con el consecuente abuso de medicamentos por parte de los trabajadores para disminuir los efectos.

- Efectos sobre la actividad laboral, ya que aumenta la dificultad para concentrarse en el trabajo que se desempeña, aumentan los errores laborales y disminuye la capacidad de control sobre lo que se hace en el trabajo.
- Alteraciones gastrointestinales por los diferentes horarios en las horas de las comidas, falta de tiempo para comer tranquilamente lo que puede provocar problemas de digestión, úlceras, acidez de estómago, pérdida de peso o sobrepeso.
- Efectos negativos en el ciclo menstrual, además de abortos e infertilidad.
- Trastornos cardiovasculares, aumenta el riesgo de sufrir enfermedades coronarias, infartos, hipertensión.
- Efectos negativos sobre la vida social y privada, se empobrecen las relaciones sociales, ya que al trabajar a turnos los horarios no coinciden con los horarios convencionales de entorno social. Al trabajar los fines de semana se dificulta la conciliación familiar.
- Aumenta el riesgo de sufrir tanto accidentes laborales durante la jornada de trabajo como de sufrir accidentes de tráfico durante el trayecto desde el centro de trabajo hasta el domicilio al finalizar una jornada de trabajo nocturna.

Los centros sanitarios deben aportar a sus trabajadores que desempeñan el trabajo a turnos los conocimientos básicos para que conozcan y sepan aplicar las principales medidas preventivas para disminuir los efectos negativos que provoca la turnicidad. Las principales medidas preventivas que se pueden aplicar para disminuir los efectos negativos de la turnicidad en los trabajadores de centros sanitarios que prestan sus servicios a turnos son las siguientes:

- Aportar información a los trabajadores sobre su calendario laboral con la antelación suficiente para que puedan organizar tanto su vida laboral como personal y familiar.
- Evitar que el trabajo en el turno de noche sea en solitario
- Aumentar el descanso entre turnos, para que el trabajador pueda disponer de varias noches de sueño completo al finalizar el turno de noche, antes de volver a empezar con el turno de mañanas.
- Realizar vigilancias periódicas de la salud de los trabajadores que prestan sus servicios a turnos en centros sanitarios.
- Implantar un coeficiente reductor para la jubilación de los trabajadores que desempeñan sus funciones a turnos y en el turno de noches.
- Aumentar los días de vacaciones para los trabajadores sometidos a turnicidad.
- Informar a los trabajadores que prestan sus servicios a turnos sobre hábitos saludables que les pueden beneficiar, como hacer ejercicio de forma regular, evitar el sedentarismo, tener rutinas de sueño, no consumir bebidas estimulantes.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo a turnos en los centros sanitarios es algo necesario y lo va a seguir siendo debido a que prestan sus servicios durante las 24 horas del día y de la noche, por lo que hay multitud de trabajadores que se ven afectados por los efectos de la turnicidad tanto en su vida profesional como personal y familiar.

Por lo tanto, los centros sanitarios que cuentan con trabajadores que desempeñan sus funciones a turnos, deben poner todo su empeño en formar a sus trabajadores para que conozcan los posibles efectos negativos que puede provocar sobre su salud el trabajo a turnos y el trabajo nocturno además de las principales medidas que pueden aplicar durante su vida diaria y durante la jornada de trabajo para minimizar los riesgos que provoca el trabajo a turnos y el trabajo nocturno.

6 Bibliografía

1. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
2. Fernandez-Montalvo, J. (1998). Los trastornos psicológicos derivados del trabajo: hacia una psicopatología laboral. *Clínica y Salud*, 9, 607-620.
3. Unión General De Trabajadores. UGT. (2014). Los Tiempos de la organización del trabajo: Incidencias de los riesgos psicosociales en los sistemas de trabajo a turnos. Secretaría de Salud Laboral UGT CEC.
4. Úbeda Asensio, R. (1989). NTP 260: Trabajo a turnos: efectos medicopatológicos. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Capítulo 152

LA FIGURA DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

YOLANDA VILAS ANDRÉS

1 Introducción

En la actualidad la salud mental se considera un estado en el que la persona es consciente de lo que es capaz de hacer, pudiendo llevar a cabo un trabajo diario integrándose de este modo en la sociedad.

La Ley General de Sanidad Española de 1996 incluye al enfermo mental dentro del sistema sanitario general hecho que hasta el momento no se había contemplado. Para ello se llevará a cabo una atención integral sanitaria de los problemas del paciente mental haciendo especial atención en los niños y ancianos.

La psiquiatría es considerada la rama de la medicina que tiene por objeto el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales. Estudia la conducta de los individuos y su personalidad, tratando enfermedades mentales y ayudando a su curación.

En las unidades de psiquiatría de las instituciones sanitarias desempeñan su labor los celadores de forma especializada. Ya que los pacientes psiquiátricos allí ingresados requieren ser tratados de forma adecuada debido a sus características especiales diferenciándolos del resto de pacientes. Por lo que el celador allí destinado ha de ser empático, asertivo y deberá saber solventar cada situación que se presente. Serán los encargados de inmovilizar a pacientes agitados y nerviosos para que el equipo sanitario desempeñe su trabajo.

2 Objetivos

Enumerar las funciones de los celadores en los servicios de psiquiatría en las instituciones hospitalarias

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una extensa revisión bibliográfica, realizando búsquedas de textos científicos sobre el tema a desarrollar. Se ha buscado y analizado los artículos encontrados en las bases de datos Medline, Dialnet, Pubmed, SciELO entre otros, seleccionando aquellos que mostraban mayor evidencia científica.

4 Resultados

El celador desempeñará las siguientes funciones en la unidad de psiquiatría en las instituciones sanitarias:

- Llevará un control de las vías de entrada y de salida impidiendo el acceso a personas ajenas evitando también que se introduzcan comidas, bebidas u objetos no autorizados.
- Colaborará con el resto del personal de que los enfermos cuiden sus pertenencias evitando su deterioro.
- Transmitirá inmediatamente los mensajes orales, documentos y objetos que le encomienden.
- Será el encargado de trasladar de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se le indique.
- Cuidará el entorno del paciente creando un ambiente acogedor, levantando las persianas por la mañana y bajándolas por la noche.
- Vigilará el orden y la armonía de los pacientes y tratará de mantener constantemente el mayor silencio posible en todo el área sobre todo mientras los pacientes duermen.
- Controlará la circulación y estancia de los acompañantes de las habitaciones de los enfermos y en las zonas comunes, evitando todo lo que altere la paz y el orden.
- Ayudará al aseo de los pacientes que no puedan hacerlo solos y vigilará que se vistan correctamente.
- Se encargará de traer la medicación desde la unidad de farmacia.
- Acompañará a los pacientes junto con el personal sanitario a los paseos diarios por el exterior del recinto hospitalario, ayudándoles en su ejercicio físico diario.

- Controlará el suministro de tabaco a los pacientes que lo tengan permitido en su tratamiento.
- No realizará comentarios con los familiares y visitantes de los pacientes sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los pacientes y mucho menos sobre los pronósticos de su enfermedad, derivando cualquier consulta al médico encargado de la asistencia del enfermo.
- Ayudará al personal sanitario a la contención mecánica de pacientes nerviosos y los trasladará a otras unidades o consultas según el caso.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con tratamientos psiquiátricos requieren una mayor comprensión y empatía y por tanto el equipo de sanitarios y no sanitarios que trabajen en este área deberán tenerlo en cuenta.

El personal de este área deberá estar siempre preparado para situaciones que demanden la sujeción de los pacientes nerviosos y será capaz de transmitir tranquilidad para poder calmarles.

El celador es una figura muy importante en este área ya que será el encargado de sujetar e inmovilizar a los pacientes siempre bajo prescripción médica , siempre siendo prudente en sus comentarios y nunca emitiendo juicios ni haciendo comentarios sobre el diagnóstico ni pronóstico de las patologías de los pacientes.

6 Bibliografía

- web: www.revistamedica.com
- web: www.celadoresonline.es
- Temario celadores. Editorial Mad.

Capítulo 153

EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA COMO RESPONSABLE DE LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA QUE LOS USUARIOS ACCEDAN A LA ASISTENCIA HOSPITALARIA

ISABEL GÁRATE MARTÍNEZ

1 Introducción

La asistencia sanitaria puede considerarse como aquella que previene, trata y restaura la salud del individuo mediante los medios de los que dispone, profesionales y afines. Tanto en la Atención Primaria como la Especializada se presta especial atención a la organización, para que además de que el uso de los recursos y personal sea el óptimo y las garantías de derecho a la intimidad y a la protección de datos de los usuarios se puedan asegurar.

Dentro del área de salud y precisamente en el hospital, se necesita y se dispone de un sistema de gobierno perfectamente definido. La optima gestión de pacientes es indispensable. La unidad responsable de coordinar y priorizar todas las actividades entorno a la atención sanitaria se denomina “Servicio de Admisión y Documentación Clínica”, también llamado por sus siglas SADOc o SADC, según el documento.

Los Servicios de Admisión y Documentación Clínica son la unidad que rige la operatividad de coordinación de una organización perfectamente definida y como ha de ser la “gestión de pacientes” de un hospital.

Las principales líneas en las que el Los Servicios de Admisión y Documentación Clínica - SADO/SADC se centran en la “gestión administrativa” que vela por la idoneidad de uso de los recurso, la “atención a los pacientes” facilitando el acceso y circulación de los mismos en el centro y “la información asistencial: cuadros de mando” la cual permite la información fundamental para el gobierno del hospital.

2 Objetivos

- Dar una visión general e histórica de la legislación que aplica al funcionamiento del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.
- Explicar las funciones y las principales líneas de actuación del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.
 - 1.- Gestión Administrativa.
 - 2.- Atención a los pacientes.
 - 3.- Información Asistencial: los cuadros de mando.
- Presentar un ejemplo basado en el esquema de organización de una Unidad de Admisión y Documentación Clínica de aplicación en varios hospitales.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una minuciosa búsqueda de bibliografía, artículos, documentos y temas relacionados con la organización de los itinerarios de los pacientes, de sus relaciones con la estructura definida que suponen los hospitales.

Con la utilización de palabras clave como: SERVICIO DE ADMISIÓN, DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, SADO, HOSPITAL, USUARIO, PACIENTE, se ha procedido al uso de bases de datos en internet, como por ejemplo: PubMed, Medline, Dialnet, Google Academy, desde navegadores web multiplataforma Mozilla Firefox o Google y Google Chrome.

Finalmente se ha realizado una selección de aquellos textos que se han considerado más próximos y más ajustados al tema se propone para realizar las redacciones necesarias.

4 Resultados

La legislación más antigua en la que se hace referencia a los servicios de admisión y documentación clínica, es el “Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud”, la cual, a día de hoy supone una pobre referencia para el SADOc o SADC.

Otra legislación más o menos reciente, en la cual se regulan algunas partes podemos encontrarla en la “Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.”, se define la historia clínica, su archivo, contenido, usos, conservación, derechos de acceso y derechos relacionados con su custodia, aunque varios de sus artículos han tenido importantes actualizaciones.

El Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, también ha ido presentando actualizaciones.

No se puede dejar de tener presente que “Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales” aplica a todo el entorno sanitario.

Las comunidades autónomas han ido desarrollando Decretos referentes a aspectos puntuales de este tema, por ejemplo en el Principado de Asturias en el “artículo 113 de la Ley 7/2019, de 29 de marzo” prevé el acceso del propio usuario a su historia clínica, o el “Decreto 51/2019, de 21 de junio, por el que se regulan la historia clínica y otra documentación clínica” de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA - SADOc se centra en coordinar a los pacientes y los flujos que estos generan. Se considera una herramienta de gestión global y por lo tanto empresarial en los hospitales, por lo tanto, es una herramienta viva que ayuda a dar respuesta a los objetivos que se plantean en cada centro. Es un servicio adscrito a la dirección de gerencia del hospital y supone un servicio centralizador para este.

Los Servicios de Admisión son los responsables de obtención y registro de los datos que permitirán al centro hospitalario capturar la información necesaria para el conocimiento de la actividad asistencial desarrollada.

Estos servicios funcionan principalmente en tres direcciones muy marcadas, actuando respecto de una finalidad de servicio: la gestión administrativa, la atención a los pacientes y la información asistencial: los cuadros de mando.

1.- GESTION ADMINISTRATIVA.

La cual organiza y controla “la producción” en los centros hospitalarios. Sus objetivos se corresponden con la idoneidad y la gestión óptima de recursos como: la necesidad y la disponibilidad de las camas, el uso de quirófanos, la disponibilidad y el uso de las salas para consultas externas, gestión de salas de exploraciones, y tantos y tantos recursos de los que se puede disponer en el centro y que necesitan de una estricta y eficaz organización para su correcto uso en función de la demanda social.

Un resumen de funciones en las que se centra el “Servicio de Admisión” es la siguiente enumeración:

- ☒ Permisos para ingresos y altas y planificación de las mismas.
- ☒ Coordinación del hospital respecto de otros centros sanitarios.
- ☒ Planificación de camas del hospital.
- ☒ Organización de todas listas de espera.
- ☒ Disponer las citas para consultas externas.
- ☒ Cuidado y préstamo de las historias clínicas de los usuarios.
- ☒ Envío de documentación a la central del servicio de salud correspondiente.
- ☒ Cooperación en creación de los cuadros de mando.

2.- ATENCIÓN A LOS PACIENTES.

La atención a los pacientes centra sus esfuerzos en englobar todas aquellas gestiones que posibilitan el acceso a los usuarios al centro, las indicaciones de cuando y donde recibirán la asistencia sanitaria, también informarles de la “cartera de servicios” del centro hospitalario y de las normas de funcionamiento.

3.- INFORMACIÓN ASISTENCIAL: LOS CUADROS DE MANDO.

Los cuadros de mando son tablas con gráficos destinadas a servir de ayuda con la información que proporcionan para el análisis de la evolución de los “indicadores de seguimiento”, indispensables para la correcta organización del hospital y la base objetiva mediante la cual los directivos con mando habrán de tomar las decisiones pertinentes y las estrategias adecuadas.

Generalmente estos cuadros de mando o gráficos son el resultado automático

de la introducción de datos aunque también se pueden realizar de forma manual, generalmente elaborados en Microsoft Excel, se basan en datos en hojas de cálculo que permiten, por ejemplo: control de presupuestos, evolución de listas de espera, recursos humanos y en general cualquiera actividad generada en el centro.

A continuación se presenta un ejemplo basado en el esquema de organización de una Unidad de Admisión y Documentación Clínica de aplicación en varios hospitales. Ha de tenerse en cuenta que se le ha de hacer la difusión adecuada para el público conocimiento del mismo:

1. GESTIÓN DE PACIENTES

☒ Gestión de pacientes: hospitalización, ingresos, traslados, altas, unidades asistenciales.

☒ Actividad quirúrgica: compartir y actualizar los registros de usuarios pendientes un “procedimiento quirúrgico no urgente”, agilizar los trámites necesarios en función de los recursos disponibles.

☒ Atención ambulatoria, el hospital dispone de atención sanitaria ambulatoria y centros de especialidades que dependen de él. Se gestionan las consultas externas y también las urgencias.

☒ Derivaciones intercentros, gestiona los programas de cooperación entre centros en cada momento, da soporte para la concordancia sanitaria para el paciente.

2. GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, gestionará toda la documentación clínica de un paciente, al margen del cual haya sido el centro donde se le atiende.

3. UBICACIÓN, se indicará donde se encuentra físicamente el Servicio de Documentación Clínica y Admisión en el centro sanitario.

4. HORARIOS Y LOCALIZACIÓN, se indicaran los horarios de que y donde se realiza.

5. INFORMACIÓN ASISTENCIAL, esta área generará los datos necesarios para la toma de decisiones por la dirección del hospital y para su difusión tanto interna como externa.

6. CONTACTO, se indicaran los teléfonos o la forma de contacto con los diferentes departamentos, como, por ejemplo, consultas, admisión, urgencias, radiología, etc.

5 Discusión-Conclusión

Hasta hace poco tiempo, llegar a un servicio de admisión en un hospital suponía ver montañas de papel con expedientes e informes de pacientes, en muchas ocasiones carros llenos de historias clínicas a los cuales era necesario esquivar.

Todo el personal del hospital se implica de algún modo para que todo funcione, así es que el personal administrativo, como personal no sanitario, es parte de ese personal, el auxiliar administrativo en concreto es el encargado de gestionar la admisión de los pacientes en los diferentes centros sanitarios así como uno de los que ha de manejar la documentación clínica de los mismos.

La situación actual es que la Historia Clínica Digital (HCD) o también denominada Historia Clínica Electrónica (HCE) facilita el acceso a la documentación clínica tanto, del Sistema Nacional de Salud como del propio usuario y es la vía más rápida, aceptada y efectiva de la que se dispone. Y es que resulta difícil hablar de El Servicio de Admisión y Documentación Clínica sin tenerla en cuenta.

Los nuevos conceptos de trabajo y de organización de los hospitales vienen dados en el establecimiento del “Servicio de Admisión y Documentación Clínica”, cuyo servicio no es asistencial, se centra los protocolos para la gestión de los pacientes, facilitando el acceso de los usuarios a los servicios ambulatorios o de hospitalización.

Con más o menos legislación al respecto, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica resulta indispensable no sólo para los pacientes, también para la gestión económica del hospital, por su competencia para optimizar recursos y tiempos, y por su capacidad de reunir la información necesaria para realizar análisis de gestión llevan a la toma de decisiones para la mejora continua.

6 Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Jefatura del Estado «BOE» núm. 294, de 06 de diciembre de 2018 Referencia: BOE-A-2018-16673. TEXTO CONSOLIDADO Última modificación: 27 de mayo de 2021.
2. Decreto 51/2019, de 21 de junio, por el que se regulan la historia clínica y otra documentación clínica. Asturias.es. Sede Electrónica. Servicios del BOPA. BOPA: Disposiciones. Boletín N° 130 del lunes 08 de julio de 2019. DISPOSICIONES GENERALES. CONSEJERÍA DE SANIDAD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

3. Las TIC EN EL ÁMBITO SANITARIO. Tema 2. El servicio de admisión y documentación clínica. Plan de Formación Permanente de la Universidad Nebrija en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior y Logoss Formación Continuada, nov.2022. <https://www.logoss.net/cursos-line-para-personal-no-sanitario/administrativos-aux-advos-licenciados-y-diplomados/tic>.
4. EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SALUD EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. Personal Administrativo - Grupo Administrativo y de Gestión / Por Revista Médica y de Enfermería Ocronos. Autora: Gema María Rivilla Juárez. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/>.
5. Gestión de pacientes en el hospital. El servicio de admisión y documentación clínica. Autor: Orencio López Domínguez. Editorial: Olalla. Barcelona, 1997. Idioma: español. ISBN: 84-88876-35-1.
6. BIENVENIDA A RESIDENTES DEL HUCA 2011. HISTORIA CLÍNICA E INFORME DE ALTA. Pedro Solís Camino. Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Universitario Central de Asturias. <http://www.hca.es/huca/web/listado/ficheros/COMISI%C3%93N%20DE%20DOCENCIA/03.%20GU%C3%8DAS%20RESIDENTES,%20PLAN%20CURSO%20ACOGIDA%20Y%20JORNADA%20PUERTAS%20ABIERTAS/CURSOS%20JORNADAS%20ACOGIDA/CURSOS%20RESIDENTES%202011/LUNES/sol%C3%AD%20historia%20cl%C3%ADnica.pdf>.
7. Generalitat Valenciana. Hospital General Universitario de Elda Virgen de la Salud. Cartera de Servicios. Área Central. UNIDAD DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. 1. GESTIÓN DE PACIENTES. https://elda.san.gva.es/cartera-esp-admision;jsessionid=AB2DDC6EC0318586A9AB60EC7A2F420C.appli7_node2-
8. Portal del Servicio de Salud de las Islas Baleares. Área de Salud de Menorca. Hospital General Mateu Orfila. Maó. Cartera de servicios. Admisión y documentación clínica. <https://www.ibsalut.es/asme/ca/17-hospital/cartera-de-servicios/20-admision-y-documentacion-clinica.html>
9. El cuadro de mando. MIGUEL ANGEL MAÑEZ. 16/10/2021. <https://saludconcosas.es/el-cuadro-de-mando/>.

Capítulo 154

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN ANTE EL USO DE GRÚAS PARA ENFERMOS SIN MOVILIDAD EN LOS HOSPITALES

SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS

RAMÓN CAÑAS BENITO

YOLANDA MORENO VIZCAINO

SUSANA MEJIAS PEREZ

MIGUEL SALINAS NOVILLO

1 Introducción

La grúa es una herramienta auxiliar que utiliza el personal sanitario para movilizar al paciente dependiente. Con este elemento auxiliar se podrá realizar la movilización del paciente de una forma mucho más segura y evitar así el riesgo de lesiones, tanto del paciente como de su cuidador. Con la utilización de la grúa no será necesaria la ayuda de ninguna otra persona. Tan solo el cuidador será necesario para su movilización, dado que su utilización es muy sencilla.

Con la utilización de la grúa se podrán realizar todas las tareas para un buen cuidado del paciente. Desde incorporarlo para hacer un cambio desde la cama al sillón, para realizarle el aseo o incluso para llevarlo al inodoro y que realice sus necesidades sin tener que retirar el arnés. Además, se podrán utilizar para

una gran variedad de fines terapéuticos como la rehabilitación en piscinas o la rehabilitación en sala.

Estas grúas no solo podrán ser utilizadas en Centros Sanitarios, sino que su uso también podrá ser extendido al uso domiciliario. De esta manera, los familiares de una persona con movilidad reducida podrán realizar las tareas de movilización, traslado, aseo y rehabilitación de un modo más cómodo y sin la necesidad de realizar grandes esfuerzos

2 Objetivos

-Explicar qué son las grúas auxiliares, como se realizan los movimientos básicos y como colocar el arnés al enfermo de la unidad sanitaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las grúas auxiliares son un tipo de ayuda técnica que permite realizar la movilización de los pacientes dependientes que no tengan ningún tipo de movilidad o esta sea reducida. Lo podrán realizar de una forma segura y a la vez cómoda, tanto para el paciente como para el cuidador, evitando así las posibles lesiones sufridas en la espalda por parte del cuidador al reducir los esfuerzos que debe realizar.

Los movimientos que se van a realizar con la grúa básicamente serán dos, desde la posición de tumbado realizar el traslado al sillón o silla de ruedas y viceversa. Para la colocación del arnés se han de seguir los siguientes pasos.

Desde la posición de tumbado:

1. Estando el paciente en posición decúbito supino (boca arriba), colocarlo en posición decúbito lateral (de lado).
2. Colocar el arnés sobre la cama bien estirado.

3. Girar al paciente sobre el arnés y colocarlo en posición decúbito lateral sobre el otro lado.

4. Pasar al paciente a posición decúbito supino.

5. Colocar las bandas inferiores de forma entrecruzadas.

Desde la posición de sentado:

1. Colocar el arnés desde arriba hacia abajo por la parte de atrás del paciente.

Reclinado levemente al paciente para facilitar la maniobra.

2. Pasar las bandas inferiores de forma entrecruzada.

Para la maniobra de elevar al paciente se seguirán los siguientes pasos:

1. Se acercará la grúa y bajará el brazo.

2. Colocar las bandas superiores del arnés enganchando en el lugar correspondiente (la más corta).

3. Colocar las bandas inferiores en los enganches contrarios a las bandas.

4. Elevar al paciente con suavidad y transportarlo al lugar correspondiente.

Para la movilización de la grúa con el paciente en suspensión se han de abrir las patas de la grúa para conseguir una mayor estabilidad.

A la hora de posicionarlo en el lugar deseado se seguirán los siguientes pasos:

1. Colocar al paciente sobre la superficie deseada.

2. Se descenderá el brazo de la grúa.

3. Se sujetará con una mano el arnés para ayudarse a colocar al paciente en la posición deseada y con la otra mano se descenderá el brazo.

4. Se retirará el arnés de forma inversa a como se colocó.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de un medio auxiliar mecánico como es la grúa para la movilización y transporte de los pacientes encamados con movilidad nula ayudara a intervenir sobre el paciente. De modo que facilitará por parte del cuidador al desplazamiento de este a la hora de realizarle los cuidados básicos como la higiene.

Con la utilización de esta herramienta auxiliar se evitarán lesiones por ambas partes. El paciente evitará ser dañado durante su manejo y el cuidador evitará la realización de sobreesfuerzos a la hora de su movilización que pueden provocar lesiones de espalda. Por otro lado, al ser necesario tan solo un cuidador para realizar el movimiento del paciente, el resto de personal podrá atender los cuidados de otros pacientes o realizar otras tareas.

6 Bibliografía

1. <https://ortopediaenlinea.com/arneses/>
2. <https://moovintecmovilidad.es/diferencias-minusvalia-movilidad-reducida/#::text=Las%20personas%20con%20movilidad%20reducida,tener%20o%2>

Capítulo 155

EL CELADOR Y EL TRANSPORTE DE PACIENTES INTRA-HOSPITALARIO

SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS

RAMÓN CAÑAS BENITO

YOLANDA MORENO VIZCAINO

SUSANA MEJIAS PEREZ

MIGUEL SALINAS NOVILLO

1 Introducción

El transporte es el movimiento de un paciente de un lugar a otro. Esto puede suceder tanto en la clínica como en diferentes pisos del hospital. Todos los días, muchos pacientes deben ser trasladados fuera del hospital, fuera del hospital o en un complejo hospitalario para pruebas de diagnóstico. Muchos pacientes pueden caminar de forma independiente, otros no pueden y necesitan ayuda con estas actividades. Con cada ejercicio, es importante conocer el estado del paciente, ya que la actividad es muy peligrosa si no se realiza correctamente. El transporte se realizará en sillas de ruedas, en camillas e incluso en camas. Al transferir a un paciente a otra unidad, considere:

- Que sea el paciente correcto.
- Averiguar si su movilización tiene contraindicaciones.

- Hay que lavarse bien las manos para evitar infecciones. Siempre hay que explicarle al paciente lo que se le va a hacer para tratar de obtener la mayor participación o cooperación posible, explicando cómo puede ayudar.
- Hay que tener mucho cuidado con la seguridad del paciente.
- Antes de iniciar la movilización, asegure los cables o sistemas de cabeza que el paciente haya colocado. - Mover al paciente de manera suave y continua, sin tirones ni sacudidas.
- Hay que hacer la postura correcta para evitar lesiones a pacientes y cuidadores.
- Si hay varios participantes, acordarán de antemano los próximos pasos. Uno de los participantes debe liderar la maniobra.
- Los celadores sabrán si el paciente puede participar en el movimiento.
- Antes de realizar cualquier manipulación, observe la expresión general del paciente.

2 Objetivos

Describir las pautas a seguir por el celador ante una orden de traslado de un paciente en silla de ruedas y en camilla.

3 Metodología

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

4 Resultados

Vamos hablar sobre el traslado que tiene que ejecutar el celador en pacientes con movilidad reducida o nula .

Transporte del paciente en silla de ruedas:

Las sillas de ruedas son la forma más fácil de trasladar a los pacientes de un lugar a otro cuando no pueden o se sienten incómodos para caminar. Antes de comenzar a hablar sobre el movimiento, veremos las diferentes partes de un cochecito que deben tenerse en cuenta:

Reposabrazos: Tiene dos laterales desmontables. Suele estar cubierto con un material impermeable. - Dos reposapiés: superficies metálicas planas que se pueden colocar en posición horizontal o vertical. Se coloca en vertical, y permite la entrada y salida del paciente. Base y respaldo: revestidos con material impermeable para facilitar la limpieza. Tiene un dispositivo que te permite plegarlo para facilitar su transporte. Está disponible un respaldo para que se puedan acoplar diferentes cinturones para aumentar la seguridad del paciente durante el transporte.

Ruedas: Hay cuatro ruedas y no todas son del mismo tamaño. Las partes traseras, que son las de mayor diámetro, permiten que el paciente lo sujete con anillos metálicos y haga girar la rueda ellos mismos. - Sistema de frenos: Está ubicado en la rueda trasera e incluye un sistema de palanca cuando la rueda vibra, evitando que la rueda se mueva. - Asa: colocada encima y detrás del respaldo, utilizada para empujar la silla. Para transferir a un paciente de una cama de hospital a una silla de ruedas, se coloca una silla junto a la cama con respaldo debajo de la cama. El asiento se detiene para que no se mueva y los escalones se quitan para que no estorben. Se extiende una manta sobre la silla y, si es posible, se coloca una almohada a la altura de los riñones. Si la cama se puede bajar, se baja hasta que los pies del paciente toquen el suelo al sentarse. Si no se puede bajar la cama, coloque las patas de una silla o taburete en una posición cómoda para que el paciente se apoye. Se ayudó al paciente a sentarse, ponerse una bata y calzarse zapatillas.

Mantenga siempre la confidencialidad del paciente. Colocamos al paciente en el borde de la cama, frente a él. Lo abrazamos por la cintura y lo ayudamos a levantarse de la cama. Lo movemos a un lado y lo ponemos en una silla. Si es necesario, nos prepararemos para evitar posibles caídas durante el vuelo. Si necesita oxígeno, debe convertirlo en una pelota. Como regla general, la silla se mueve empujada desde atrás, es importante agarrarla por el asa y empujarla en la dirección del movimiento. Hipótesis:

- Sentado en silla de ruedas: el paciente mira hacia delante y el ayudante empuja la silla de ruedas por detrás. - Bajarse de la silla de ruedas: En este caso, el asistente regresará primero y llevará al paciente a su casa. Es importante mirar atrás en el tiempo para no quedarse estancado. - Utilizar el ascensor: los camareros entrarán primero y tirarán de la silla de fuera hacia dentro. - Salir del ascensor: Para salir, gira la silla hacia el ascensor, sal y tira de la silla.

Traslado del paciente en camilla:

Las camillas se usan cuando un paciente no puede sentarse, tiene un yeso grande o una férula que es demasiado incómoda para usar en una silla de ruedas. Breve-

mente, podemos distinguir las siguientes configuraciones móviles principales:

- La cama tiene dos laterales fijos, sin bisagras, sin pesos. - La cama tiene bisagras. El sistema de accionamiento puede ser eléctrico o mecánico (manivela o pedal).
- Una cama con patas giratorias y un reposapiés. Los accesorios de cama más comunes son:
 - Círculo. - Pasamanos, elemento fundamental para la seguridad. El reposapiés mantiene al usuario cómodo en la cama y puede utilizarse como apoyo al levantarse.
 - Soporte de cuña, soporte de bolsa de orina, soporte de gotero, etc. Por lo general, el paciente es transportado en su propia cama, pero a veces es necesario colocar al paciente en una camilla. El método exacto depende del movimiento del paciente:
 - Cuando el paciente es capaz de cooperar: primero se activa el freno de la cama, se retira el colchón de las piernas con un acordeón y se cubre al paciente con una sábana o manta. La camilla se colocó al lado de la cama. Se debe colocar una camilla estable y un paño o manta junto a ella para evitar resbalones mientras el paciente se mueve. Se cubren con una sábana o cobija sobre una camilla, y se coloca una almohada sobre la camilla si la enfermedad lo permite.

5 Discusión-Conclusión

Se cree que es una práctica común, especialmente en hospitales y departamentos de emergencia, realizar traslados dentro del hospital, lo que requiere que el personal médico sea escoltado dependiendo de la condición del paciente. Es importante tener en cuenta las características y el equipamiento del paciente a manipular para planificar tanto el material a trasladar como los problemas que se puedan derivar del mismo. Esto justifica la necesidad de estandarizar los criterios para estos traslados, ya que introduce riesgos adicionales para el paciente, que estarían influenciados por los beneficios que pudieran traer. La colaboración y la información previa del paciente son fundamentales, así como la disponibilidad de personal y material formado y especializado para acompañar al paciente, lo que reduce los problemas de gravedad durante el transporte. Por tanto, todo el personal con un conocimiento adecuado de este procedimiento, que pueda realizar traslados hospitalarios en cualquier momento y apegado a las normas básicas de seguridad, supondrá una mejor atención al paciente y un mayor control para prevenir complicaciones que puedan poner en riesgo al paciente.

6 Bibliografía

1. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Sanidad. Protocolo de intervenciones enfermeras, Requerimientos del paciente al ingreso traslado y alta, traslado del paciente a otra unidad. Consultado el 13 de Enero.
2. Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería, Primeros auxilios. ISBN OBRA COMPLETA 978-84-16172-33-7, DLG: C1282-2014, Impresión: Tórculo Comunicación Gráfica S.L Edición 2017.

Capítulo 156

EL CELADOR EN LOS HOSPITALES Y SU FUNCIONAMIENTO Y ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE TERMINAL

SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS

RAMÓN CAÑAS BENITO

YOLANDA MORENO VIZCAINO

SUSANA MEJIAS PEREZ

MIGUEL SALINAS NOVILLO

1 Introducción

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define al paciente terminal con aquel con una enfermedad progresiva, incurable y sin una respuesta razonable a un tratamiento concreto, con una esperanza de vida de seis meses a un año.

En situaciones de enfermedad terminal, el objetivo del celador y todo el equipo de profesionales no es la recuperación del paciente, es vigilar los síntomas, la atención completa, aliviar el dolor y el apoyo familiar.

Los principales criterios que definen la etapa final son:

Presencia de enfermedad progresiva e incurable.

Tiene un fuerte impacto emocional en los pacientes y sus familias con respecto al proceso de sufrimiento y muerte.

Hay poca o ninguna respuesta al tratamiento agresivo específico del trastorno subyacente.

El impacto es severo, multifactorial y con la presencia de varios problemas o síntomas: dolor, estreñimiento, náuseas y vómitos, enfermedades e infecciones bucales, pérdida de apetito, insomnio, dificultad para respirar, micción, incontinencia urinaria, cambios en el tejido corneal, anuria y mantenimiento etc.

Los cuidados paliativos pueden reducir la carga sobre las familias, reducir la probabilidad de que la familia experimente un duelo complejo y prepararse para la muerte de un ser querido. Los cuidados paliativos también permiten que los pacientes reciban atención médica en las instalaciones durante un período de tiempo, no porque la necesiten, sino porque sus familiares cuidadores necesitan un descanso. A esto se le llama cuidado de relevo para brindar alivio a la familia. Es importante que los celadores se comuniquen de manera precisa y verbal mediante un diálogo comprensible y honesto, con gestos, comportamientos y actitudes no verbales altamente sensibles hacia estos pacientes con esta situación tan delicada al igual que hacia sus familiares.

2 Objetivos

Exponer las particularidades del paciente en cuidados paliativos y el papel de los celadores con este tipo de pacientes en esta unidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es fundamental la función del celador ante un paciente miembros del equipo (médicos, enfermeras, celadores, psicólogos, etc.), un apoyo muy grande para el paciente, por lo que deben ser muy cuidadosos y profesionales en su trabajo. El comportamiento del celador es continuo tanto para mejorar la calidad de vida del paciente, para asegurar la continuidad y asistencia personalizada, para man-

tener la dignidad del paciente, para ayudar, junto a otros compañeros, a mantener la higiene diaria y una correcta postura para intentar que tenga la mayor comodidad posible.

Actuar al extremo frente a la familia y estar atento a sus comentarios. El celador debe desarrollar empatía (la capacidad de estar en el lugar de alguien y comprender lo que está sintiendo o pensando), escuchando y hablando sobre las necesidades psicológicas del paciente y con los familiares.

Hay cinco etapas por las que puede atravesar una persona con una enfermedad terminal antes de aceptar la muerte, pero no todas, pero al menos dos.

-Negación: Es la protección del paciente contra la enfermedad de

-Ira: Fases de desacuerdo, enfado, disgusto, insatisfacción ...

-Negociaciones: (De acuerdo) El paciente acepta la idea de que va a morir, pero trata de retrasar o retrasar el resultado tanto como sea posible.

-depresión: El período de depresión y desánimo. Respuesta

-Aceptación: el paciente está preparado para el desenlace

La gente llora de diferentes formas. El celador siempre debe respetar sus creencias y necesidades religiosas y tratar a cada persona por separado y de manera diferente.

Un equipo de cuidados paliativos generalmente consta de

, médicos. El tratamiento es supervisado por un médico de cabecera y un profesional de la salud o un director médico. Cada paciente puede elegir un médico de familia. Este podría ser su antiguo médico o un buen proveedor de atención médica.

Personal de enfermería. La enfermera irá a su casa, su familia o cualquier otro lugar para brindar asistencia. También es responsable de la coordinación del equipo de cuidados paliativos. Asistentes a domicilio. Los asistentes de atención domiciliaria pueden brindar apoyo adicional para las actividades diarias, como cambiarse de ropa, bañarse y comer. Consejeros espirituales. El pastor, sacerdote, pastor de la iglesia u otro consejero espiritual puede brindar ayuda y consejo espiritual para toda la familia.

Trabajador social. Los trabajadores sociales brindan asesoramiento y apoyo. También puede proporcionar referencias a otros sistemas de apoyo. Farmacéuticos. El farmacéutico proporcionará un seguimiento de la dosis y sugerencias sobre las formas más eficaces de aliviar los síntomas. Voluntarios. Los voluntarios capacitados brindan una variedad de servicios. Por ejemplo, compañía de pacientes, asistencia de profesionales de la salud, transporte y otras necesidades prácticas de asistencia.

Otros expertos. Los terapeutas del habla, fisioterapeutas y terapeutas ocupa-

cionales pueden brindar el tratamiento necesario. Consultores funerarios. Un asesor en dolor capacitado brindará apoyo y orientación después de la muerte de un ser querido en un hospicio.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado de este análisis, llegamos a la conclusión de que los celadores juegan un papel muy importante para quienes se especializan en la atención de enfermedades terminales

El bienestar de un paciente debe ser el objetivo principal del personal sanitario. La formación específica en cuidados paliativos es de gran ayuda para la adecuada atención profesional de la enfermedad terminal. Cuando está llegando el final de la vida del paciente, hay que tomar las medidas necesarias para lograr la comodidad del paciente y todo el personal sanitario de la unidad nos esforzamos por reducir el malestar del paciente tanto como sea posible. En estos casos, la familia es parte de este proceso y el celador debe empatizar con ellos y mostrar respeto y mucho cariño

El celador tiene que tener en cuenta la comunicación verbal y la no verbal que sea correcta y tiene que ser paciente en todo momento con su actitud.

Debe ser respetuoso, empático y colaborador siempre. Sus cuidados al igual que su actitud han de ser óptimos y prevenidos ante la situación tan difícil como la de un paciente terminal.

6 Bibliografía

1-<https://revistamedica.com>

2-<https://www.logoss.net/file>

3-<https://congresosicepa.com>

Capítulo 157

TIPOS DE GRÚAS UTILIZADAS POR EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

ALBERTO VERDES CASTRO

1 Introducción

La grúa es el elemento auxiliar del que dispone el celador para realizar determinados movimientos que impliquen el menor riesgo y la mayor seguridad posible tanto para el paciente como para su cuidador. Se utilizan en los hospitales para la movilización de pacientes limitados o demasiado pesados, así como para el aseo y la práctica de curas, entre otras funciones, de este modo rebajamos al mínimo el riesgo de lesiones o accidentes del enfermo y del personal encargado de su movilización. Según su estructura, las grúas estas pueden ser, mecánicas, eléctricas o hidráulicas.

Uno de los elementos indispensables para la movilización del paciente por medio de la grúa, es el arnés, dispositivo diseñado para realizar la transferencia con seguridad y comodidad tanto para el paciente como para el celador o personal auxiliar que maneje la grúa. Dependiendo del movimiento o la transferencia a realizar se utilizará un tipo de arnés u otro, colocándolo debajo del paciente (El cuerpo del paciente siempre estará en contacto con la sabana entremetida, nunca con el arnés). Existen varios tipos de arnés, utilizando unos u otros según el peso, la patología, etc. del paciente, siempre siguiendo las instrucciones del fabricante para su colocación. En unos tipos de arnés las bandas se cruzan debajo de las piernas, en otros se cruzan entre las piernas y otros directamente no se cruzan,

por último antes de utilizar el arnés debemos asegurarnos de que no está deshilachado y que las cinchas o las bandas no estén retorcidas, ya que del buen estado del arnés depende poder hacer una elevación segura.

2 Objetivos

Conocer y diferenciar las distintas clases de grúas que existen para la movilización de los pacientes en los hospitales, así como cuáles utilizar en función del servicio que se vaya a prestar, teniendo en cuenta siempre las limitaciones del paciente y las propias del entorno donde nos encontremos ya sea por cuestiones de espacio o acceso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 hablamos de grúa ortopédica nos referimos a un tipo de grúa cuya finalidad es la elevación desde una posición sentada o tumbada de personas incapacitadas para vestirlas, asearlas, someterla a curas o trasladarlas de lugar.

Grúas ortopédicas de elevación y traslado de transporte:

- Grúa ortopédica de transporte con actuador lineal. Dicha grúa está provista de un actuador lineal que eleva o desciende el brazo superior y este a su vez la percha en la que se coloca el arnés que sostiene a la persona. Con el pie o desde un cuadro de mandos se acciona un mecanismo que se encarga de la apertura de las patas, lo que permite moverla por los pasillos estrechos o colocar una silla de ruedas entre ellas. La potencia de elevación de este tipo de grúa oscila entre los 100 y los 200 kilogramos.
- Grúa ortopédica de transporte con columna eléctrica. De similar funcionamiento a la anterior, aquí el conjunto percha-mástil se eleva a la vez a través de una columna eléctrica, este tipo de grúa al no tener el brazo que sujeta la percha muy

largo no es conveniente utilizarla con pacientes que no puedan sostenerse, es de potencia de elevación similar a la anterior.

Grúas ortopédicas de techo:

-Grúa ortopédica de techo fija. Este modelo de grúa consta de uno o varios raíles instalados en el techo de la habitación y una percha que se mueve a lo largo de estos raíles accionada por un motor. Tiene una capacidad de carga de hasta 300 kilogramos, con un mando eléctrico un solo operario puede manejarla, el inconveniente de este tipo de grúas es que el traslado se ve limitado a la longitud del raíl.

Grúa ortopédica de techo móvil. Este tipo de grúa consigue la robustez de las grúas de techo y la movilidad de las grúas de transporte, un mecanismo de columnas elevadoras situadas a ambos lados hacen el movimiento vertical y ambas están unidas por un mástil que se encarga de hacer el movimiento horizontal, dibujando una figura similar a una portería fútbol. Estas grúas constan de ruedas para poder trasladarse por la habitación y al ser anchas, alrededor de 3 metros, puede situarse debajo de ellas camas o sillas de ruedas entre otro mobiliario.

-Grúa ortopédica de bipedestación. Hablamos de un tipo de grúa que permite a los pacientes pasar desde la posición de sentado a posición de bipedestación para hacer más fácil la tareas a los mismos de vestirlos, cambio de pañales y asearlos, pueden incluso servir para ayudar a entrar o salir del vehículo, también permite diferentes maniobras desde la posición de sentado bien sea para pasar de sillón a silla de ruedas, de silla de ruedas al WC, de sillón a sentarse en la cama etc.

-Grúa ortopédica para uso en piscinas y bañeras. Este tipo de grúa consta de un cuerpo central que puede estar fijo o ser móvil, un brazo y una silla o percha. Si el cuerpo central está fijo, estará atornillado al suelo o a la pared. El mecanismo principal puede ser como en las grúas de transporte, bien sea por un actuador lineal o por una columna eléctrica, puede soportar cargar de 300 kilos y una persona sola puede manejarla fácilmente.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de este tipo de aparatos es fundamental, ya que se puede evitar que el Celador en este caso y demás personal sanitario gocen de una buena salud, evitando lesiones, accidentes y por consiguiente bajas laborales, sin mencionar la imprescindible ayuda para el manejo de pacientes como hemos visto. A la hora de proceder al manejo con este tipo de grúas, el operador, en este caso el celador, debe cumplir con una serie de medidas de seguridad, como son frenar la cama y colocarla en posición horizontal, utilizar siempre las grúas siguiendo las instruc-

ciones del fabricante, cumpliendo sus normas de seguridad y de manejo, nunca se debe experimentar con el paciente, la grúa hay que probarla previamente y familiarizarse con su manejo antes de hacer uso definitivo de ella.

6 Bibliografía

1. El celador en su relación con los pacientes. Aseo, traslado y movilidad de los pacientes. Técnicas de movilización de pacientes. Actuación en la U.C.I. y mantenimiento del material. Tema 12 OPE Celador SESPA.
2. <https://fisiostar.com/celador/dispositivos-y-materiales-para-ayudar-en-la-movilizacion-de-pacientes>.
Ayudas en la Movilización de Pacientes: Dispositivos y materiales.
3. <https://revistamedica.com/grua-hospitalaria-celador/>.
La grúa hospitalaria para el celador.
4. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-12.html>.
Movilización del Paciente.

Capítulo 158

LA PULSERA IDENTIFICATIVA COMO HERRAMIENTA IMPRESCINDIBLE EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

BERTA FLOREZ LOPEZ

1 Introducción

Diariamente acuden a los centros hospitalarios un gran volumen de pacientes y usuarios que debido a sus dolencias deben ser sometidos a pruebas diagnósticas operaciones y hospitalizaciones. Una herramienta de la que disponemos y a su vez es esencial para identificación de todo paciente y usuario son las pulseras identificativas.

Estas pulseras están dotadas con un código mediante el cual recabamos datos mediante su paso por un escáner por lo que debe de encontrarse en ópticas condiciones para evitar problemas que pueden afectar a la seguridad del paciente y no conseguir toda la información necesaria para una atención en el momento determinado.

En el mercado existen numerosas marcas que comercializan dichas pulseras destacan las pulseras cebrá. Esta marca comercializa a nivel mundial convirtiéndola en líder por su máxima eficacia.

Las características son durabilidad comprobada que permite el uso en todo tipo de pacientes además de la facilidad de impresión de datos.

Podemos a su vez añadir que las pulseras identificativas son conocidas en los hospitales con el nombre de brazaletes z band.

Todas las comunidades autónomas en sus servicios de salud cuentan con estas herramientas identificativas para la identificación de los pacientes y usuarios que utilizan sus centros sanitarios a diario.

2 Objetivos

Analizar los tipos de pulseras identificativas de las que disponen los centros sanitarios y así determinar el uso de estas en cada momento.

3 Metodología

Ya sea a través de la consulta en bases de datos como Scielo o Pubmed mediante la búsqueda de páginas web relacionadas con el tema además de la consulta en publicaciones disponibles en el mercado conseguimos recabar toda la información necesaria sobre el tema que nos ocupa.

4 Resultados

Nombraremos en primer lugar el tipo de material usado en las pulseras estas son de polipropileno térmico y almohadilla de tejido y su impresión es normalmente en láser.

Esta almohadilla evita posibles molestias por el roce, la presión del cierre y así permitir la transpiración de la piel del paciente o usuario.

Existen dos tipos de pulseras con respecto al tipo de pacientes que en un momento determinado acude a un centro sanitario.

La pulsera identificativa infantil usada en las zonas de pediatría ya sea en urgencias pediátricas, en quirófanos infantiles además de las consultas y servicios de pruebas diagnósticas destinadas a este tipo de pacientes.

En estas pulseras se encuentra el número de historia clínica, nombre, apellidos y fecha de nacimiento acompañado de un código de barras.

Por otra parte están las pulseras para adultos de tamaño superior para pacientes normalmente a partir de catorce años.

En este tipo de pulseras además del número de historia clínica, nombre y apellidos y fecha de nacimiento incluye el CIP correspondiente a cada paciente en su comunidad autónoma; también está acompañado de código de barras.

Estos códigos hacen posible mediante un escáner conocer y añadir datos a la historia clínica del paciente. Entre estos datos los más usados son las tomas de constantes como temperatura, presión arterial o nivel de oxígeno en sangre.

Gracias al uso de dichas pulseras se evita una incorrecta identificación del paciente que llevarán a errores en diagnósticos.

Además dichos errores añadirán datos a la historia clínica y no corresponda con el paciente ejemplo podía ser un error en la que.

Su colocación debe realizarse a la entrada de un centro sanitario y deberá ser llevada hasta el alta o finalización de una prueba.

5 Discusión-Conclusión

Para finalidad podemos llegar a la conclusión de que las pulseras identificativas para hospitales están transformando en una herramienta indispensable en todos los centros hospitalarios y su uso se sitúa en un 70% de estas.

Los errores de identificación debido a la falta de uso de estas pulseras acarrearán problemas legales y de indemnizaciones a usuarios y pacientes.

Por último añadiremos que todo el personal que desempeña su trabajo en los centros hospitalarios debe asegurarse mediante la lectura de estas pulseras de que el paciente que ha de ser intervenido, atendido en urgencias o ser llevado a una prueba diagnóstica es el paciente correcto.

6 Bibliografía

Páginas web:

-www.astursalud.com

-www.elsi.es

-www.zebra.es

Videos:

-www.youtube.com

Capítulo 159

FUNCIONES DEL CELADOR DE AMBULANCIA

HAYAT DRISSI-KAITOUNI MOHAMED

HABIBA ABDESELAM JALIL

1 Introducción

El Celador de Ambulancia será la persona encargada de trasladar a las personas accidentadas o enfermas tanto en la misma institución como en la ambulancia.

Las principales funciones que va a realizar un celador de ambulancias son las siguientes:

- El Celador de Ambulancia será la persona encargada de llevar a los pacientes en las camillas o silla de ruedas desde que se bajan de la ambulancia y entran en el Hospital o desde que abandonan el Hospital hasta que se suben a la ambulancia.
- El celador ayudará a los otros miembros que componen la ambulancia a realizar todas aquellas funciones en las que necesiten ayuda.
- El celador acompañará en los traslados al paciente siempre que lo necesiten y sea necesario.
- El celador será la persona encargada de preparar todos los informes médicos y la historia clínica del paciente en caso de que se tenga que hacer un traslado hospitalario.
- El celador deberá comprobar que toda la ambulancia está bien equipada, con todo el material necesario.
- Por último, el celador junto con el personal sanitario y el conductor deberán tener la ambulancia limpia, para ello deberán tirar la basura, cambiar las sábanas y mantas de la camilla entre paciente y paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo de libro es conocer cuáles son las principales funciones que desempeña un celador de ambulancias.

3 Caso clínico

Varón de 50 años de edad, casado, residente en Minas de Río Tinto (Huelva) y con dos hijos de 20 y 22 años de edad, que ingresa en el Hospital Comarcal donde vive después de desmallarse y perder el conocimiento en una fiesta de unos amigos, tras avisar sus amigos a la ambulancia, esta se desplaza al lugar de los hechos, una vez allí los servicios sanitarios estabilizan al paciente, pero deciden trasladar al paciente al Servicio de Urgencias por lo que junto con el celador lo suben a la ambulancia y lo llevan al Hospital. Una vez en Urgencias al paciente se le realizan las siguientes pruebas: toma de constantes vitales, analítica de sangre y orina, RNM y TAC. Tras realizarle todas estas pruebas y ver que no hay ningún tipo de patología, se le comunica al paciente que va a ser trasladado al día siguiente al Hospital Juan Ramon Jiménez que es el que le pertenece para realizarle pruebas más concretas para ver qué tipo de patología presenta, ya que en las que le hemos realizado no se ve nada raro. Al día siguiente el paciente es trasladado en ambulancia por un técnico, un celador y un enfermero desde Minas de Río Tinto hasta el Hospital Juan Ramón Jiménez, durante el trayecto que dura una hora y cuarto el paciente no muestra ningún signo ni síntoma y se encuentra en perfectas condiciones. Una vez en el Hospital al paciente se le realiza un TAC con contraste y los resultados de la prueba que le han realizado se le dan al celador que lo acompaña en la ambulancia de vuelta al Hospital Comarcal de Minas de Río Tinto (Huelva).

4 Discusión-Conclusión

Para finalizar con este capítulo de libro sobre las funciones que tiene el celador de ambulancia, podemos decir que es otro miembro más dentro del equipo que conforma el hospital, ya que se van a encargar de realizar todas las funciones que le pertenecen, además va a colaborar con otros profesionales del ámbito sanitario a realizar otras funciones. Por ejemplo: el celador va a ayudar a tener toda la ambulancia limpia y equipada con el material necesario para los profesionales sanitarios. Para ir acabando, podemos afirmar que el trabajo que realiza el celador de ambulancia es muy importante para el buen funcionamiento del Hospital.

5 Bibliografía

-Ocronos R. Transporte Sanitario y la Función del Celador en el Mismo [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021. Encontrado en: <https://revistamedica.com/transporte-sanitario-celador/amp/#Transporte-de-pacientes-en-ambulancia>.

Capítulo 160

EFECTOS DE LA TURNICIDAD EN EL PERSONAL NO SANITARIO

JORGE VALDÉS MONTES

JOSE ANGEL PALACIO PRESA

JORGE PALACIO PRESA

1 Introducción

Es habitual que el personal no sanitario en muchas ocasiones desarrolla su actividad laboral con un horario cambiante que hace que se pierdan los hábitos de sueño. Es un hecho que dormir es tan necesario para la vida al igual que comer, beber o respirar. Existen incluso investigaciones en las que se afirma que un sueño de calidad mejora nuestro sistema inmune y así respondemos mejor ante las posibles enfermedades que se nos presenten en el camino.

La gran mayoría de los sistemas fisiológicos de nuestro cuerpo están diseñados para regularse en ciclos de veinticuatro horas para poder realizar una actividad intensa durante el día y baja durante la noche. Al trabajar a turnos estamos forzando la variación de estos mecanismos provocando un estado de fatiga continuo que afecta tanto a nivel cognitivo, conductual y físico.

La acumulación de estos cambios de horarios debido a los turnos de trabajo produce, en la gran mayoría del personal no laboral, muchas dificultades para que los profesionales puedan sobrellevar las exigencias del trabajo y de su vida laboral. Es por eso que en muchas ocasiones presentan falta de concentración o se

produzcan mayores errores o accidentes, además esto afecta con un mayor absentismo.

2 Objetivos

Exponer las dificultades a las que se enfrenta el personal no sanitario ante la rotación de turnos. Conocer los efectos físicos, psicológicos y familiares que tiene sobre ellos.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha realizado una investigación basándose en la revisión bibliográfica de publicaciones universitarias revisadas, búsqueda de libros y consulta de las principales bases de datos de artículos revisados como Pubmed, Google Science, Medline y Scielo.

4 Resultados

En los últimos años ha crecido el interés en la investigación de la higiene del sueño debido a su utilidad en la Salud Pública. Basándonos en el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) hay más de un 50% de los profesionales no sanitarios que trabajan en turnos rotatorios que cuentan con una calidad baja del sueño. Dentro de este porcentaje alrededor del 30% cuentan con alteraciones del sueño y que sufren una mala calidad del descanso. Esto es uno de los síntomas principales de la no adaptación que se encuentran en los servicios de salud. Solamente una pequeña parte de los profesionales presentan una buena adaptación sin tener dificultades para conciliar el sueño de una manera correcta, poder conciliar su vida familiar, cansancio general y mantener su estado psicológico. No existe definido un perfil de edad y sexo ni laboral claro que permita localizar el perfil de los profesionales que pueden presentar con mayor facilidad los síntomas del insomnio. Por este motivo es importante que la prevención y la formación sobre unos hábitos de sueño que sean regulares y dotar de herramientas para poder anteponerse a la somnolencia pueden hacer que estos síntomas sean más leves y hacer que gran parte de los trabajadores puedan llegar a adaptarse.

Los servicios de Salud son un servicio esencial para la sociedad y deben de dar un servicio de excelencia trescientos sesenta y cinco días al año y veinticuatro horas. Es por este motivo fundamental que la Salud Pública se implique con sus

trabajadores y que les dote de los mecanismos necesarios. Por parte de los trabajadores que forman parte del personal no sanitario y trabajan en turnos rotatorios es necesario que haya una consciencia de todos los trastornos del sueño que pueden llegar a sufrir, pero que sus buenos hábitos son una parte fundamental para reducir los síntomas.

5 Discusión-Conclusión

Los servicios de salud son un servicio esencial para la sociedad y deben de dar un servicio de excelencia trescientos sesenta y cinco días al año y veinticuatro horas. Es por este motivo fundamental que la Salud Pública se implique con sus trabajadores y que les dote de los mecanismos necesarios y formación. Por parte de los trabajadores que forman parte del personal no sanitario y trabajan en turnos rotatorios es necesario que haya una consciencia de todos los trastornos del sueño que pueden llegar a sufrir, pero que sus buenos hábitos son una parte fundamental para reducir los síntomas.

6 Bibliografía

Calidad del sueño y adaptación a los turnos rotatorios en trabajadores de ambulancias de emergencias del País Vasco. Borja Tribis-Arrospe Carazo Facultad de Medicina y Enfermería Departamento de Salud Pública Universidad del País Vasco.

Problemas de Higiene del Sueño de los Profesionales de Enfermería del SNS(Carlos Cerveros Salto y Dennis Francisco Sánchez-Escalonilla)

Hábitos de alimentación y actividad física según la turnicidad de los trabajadores de un hospital Esther Díaz-Sampedroa Raquel López-Mazab y MercedesGonzález-Puentec (Revista Enfermería Clínica Volume 20, Issue 4, July–August 2010, Pages 229-235)

Diagnóstico de los efectos de la turnicidad en el Hospital General Torre Médica San Andrés, en el periodo 2018 - 2019. Rodríguez Caiza, Mario Gonzalo Trelles Yaguachi, Ana Belén

Capítulo 161

LAS AGRESIONES SUFRIDAS POR EL PERSONAL NO SANITARIO DE LOS CENTROS SANITARIOS. QUÉ LAS CAUSA Y COMO PREVENIRLAS

VERÓNICA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Las agresiones y la violencia que afecta a los trabajadores que prestan sus servicios en centros sanitarios ha ido creciendo en los últimos años. La Organización Internacional del Trabajo (OTI) apunta que las profesiones que tienen relación con el sector servicios son en las que se pueden sufrir más agresiones o situaciones de violencia por parte de sus usuarios. Por ello, los trabajadores de los centros sanitarios sufren esta problemática debido a que tiene un estrecho y continuo contacto con pacientes y usuarios e incluso con familiares de los mismos. En muchas ocasiones esas agresiones suelen ser solamente verbales como amenazas, insultos, intimidaciones, etc. pero hay ocasiones, que son las más extremas, que se llegan a producir agresiones físicas.

Los trabajadores que prestan sus servicios en los centros sanitarios tienen diferentes derechos como por ejemplo a recibir protección, a la prevención y a que se le asista para desarrollar sus funciones ante cualquier episodio de agresión y para eso se tendrán que elaborar planes de prevención y actuación frente a agresiones en centros sanitarios o también estrategias para la mejora de la confianza y seguridad de los trabajadores de los centros sanitarios, etc. para poder evitar las diferentes agresiones y que se proteja y se defienda a esos trabajadores que las sufren.

2 Objetivos

Estudiar la situación de los trabajadores de los centros sanitarios relacionada con las agresiones que sufren por los pacientes, usuarios o familiares de estos.

Analizar las causas que dan lugar a las agresiones.

Realizar y aplicar los planes de prevención y de actuación ante las agresiones que se producen a los trabajadores por parte de los usuarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las agresiones en los centros sanitarios a los trabajadores por parte de los usuarios es un gran problema que no es muy denunciado.

Dentro de las agresiones podemos hablar de:

- Las verbales a través de gritos, insultos, amenazas, etc.
- Las físicas como puñetazos, empujones, patadas etc.
- Las psicológicas, las agresiones a las que es sometido el trabajador pueden causarle estrés postraumático.
- Los daños a la propiedad, los usuarios pueden destruir el mobiliario del centro sanitario, pueden efectuar robos, etc.

Las causas que pueden dar lugar a las agresiones pueden ser de diversa índole. Si nos referimos a los usuarios de los centros sanitarios pueden venir motivadas por que estos tengan una autoestima baja, sean muy impulsivos, haber tenido malas experiencias anteriormente, consumir alcohol o drogas, ser inestables psicológicamente o padecer trastornos psiquiátricos, etc. En definitiva que se sientan frustrados porque sus expectativas no se ven cumplidas y ello les lleva a no estar contentos con la atención recibida.

En relación a los trabajadores de los centros sanitarios las causas de que reciban las agresiones por parte de los usuarios pueden ser porque no tienen buena habilidad para comunicarse y tienen ausencia de empatía, se niegan sin causa justificada y reiteradamente a las peticiones que les hacen los usuarios, mezclan los

problemas personales que tienen con su trabajo, etc. Debido a estas y muchas otras causas el trabajador se siente superado y no presta la atención correcta, demorándose en la realización de trámites, creando largas colas de espera, no cumpliendo las peticiones que hacen los usuarios, etc.

Si hablamos de las instalaciones sanitarias, a veces nos encontramos con salas de espera y espacios comunes que no están bien acondicionados y están masificados, mala señalización de los espacios del centro sanitario, etc.

Y si a todo lo anterior sumamos que una gran mayoría de los trabajadores de los centros sanitarios son temporales, lo que significa que muchos no tienen una buena formación, debido a que suelen cubrir diferentes puestos, por lo que no tienen ni la información ni la capacidad para poder resolver cuestiones o quejas que les plantean los usuarios.

Dentro del plan de prevención y de actuación frente a las agresiones podemos destacar algunas actuaciones entre las que pueden estar:

- Señalizar e informar de la mejor manera posible los accesos a los diferentes servicios y consultas del centro sanitario.
- Establecer más puntos de información para los usuarios, poniéndolos en zonas donde se vean bien y de fácil acceso.
- Dar información más a menudo de pacientes que estén ingresados en la planta o bien estén en urgencias a sus familiares e incluso a ellos mismos.
- Mejorar la comunicación entre los diferentes servicios sanitarios.
- Que el paciente o usuario pueda identificar, correctamente, a los trabajadores que les están atendiendo.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día los usuarios de los centros sanitarios se han vuelto más exigentes, ya que, quieren que se les atienda sin tener que esperar, a veces entran en la consulta sin haber pedido una cita previa y lo hacen de malas maneras; por eso se debe trabajar para encontrar la manera de prevenir o de poder reducir las agresiones que pueden sufrir los trabajadores de los centros sanitarios. Está claro que un plan de prevención y actuación es bueno para poder reducir las agresiones, pero lo realmente importante es que tanto el respeto, la tolerancia y la solidaridad que se debe tener con las personas, con los profesionales y con los pacientes y usuarios es lo primordial para poder evitar las agresiones. Pero el problema es que en esta sociedad cada persona mira para sí mismo sin importarle la persona que tiene al lado y para que todo funcione bien, tanto lo de respetar como lo de preocuparse por los demás tiene que ir unido.

6 Bibliografía

- Agresiones en centros sanitarios.<https://prevencion.asepeyo.es/wp-content/uploads/R1E20154-Publicacion-Agresiones-en-centros-sanitarios.pdf>
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100103
- https://www.seguridad-laboral.es/prl-por-sectores/sanitario/agresiones-a-trabajadores-sanitarios-estrategia-de-actuacion_20111010.html
- <https://revistamedica.com/agresiones-centros-sanitarios/>

Capítulo 162

LA PREVENCIÓN DE RIESGOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

BERTA FLOREZ LOPEZ

1 Introducción

Todo lo referente a la prevención del riesgos viene recogido en la ley 31/1995 modificada por la 53/2003 de 12 de diciembre.

Centrándonos en la definición de lo que significa la prevención de riesgos laborales podemos decir que son las medidas que debemos de tomar para evitar o disminuir los riesgos laborales que se nos presentan en el trabajo realizado en cualquier empresa y si nos centramos en el ámbito sanitario aún existen más posibilidades de riesgo.

Existen una serie de condiciones inadecuadas que realizamos en nuestro trabajo que pueden provocar que aparezcan estos riesgos laborales. Podemos destacar tres condiciones el de seguridad, medioambientales, ergonómicas y psicosociales. En todos ellos existen unas características comunes por ejemplo cabe destacar que debemos estudiar los lugares de trabajo, los equipos de trabajo, los agentes físicos. Nos encontramos además con los químicos, biológicos, la carga mental y física, la organización de trabajo y otras características personales.

También podemos hablar de daños en la salud del trabajador que dentro de la ley de riesgos laborales nos indican que los daños laborales son tanto las enfermedades como las patologías o las lesiones que sufre un trabajador durante su jornada laboral.p

Por último destacaremos que existen dos daños diferenciados, es decir, unas patologías específicas que son las que sufrimos directamente del trabajo riesgos por ejemplo la inhalación de algún tipo de producto directamente relacionado

con el trabajo que realizamos y por otra parte las específicas en estas destacan por ejemplo una insatisfacción laboral debido al estrés o algún tipo de bullying con respecto a otros compañeros o superiores.

2 Objetivos

Analizar los distintos momentos en los que nos encontramos ante ciertos riesgos laborales en el ámbito sanitario y así determinar qué pautas seguir con respecto a la prevención para evitar sufrir estos daños.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica 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 hemos descrito lo que significa la prevención de riesgos pasamos a analizar qué situación nos encontramos en el ámbito sanitario y como debemos de evitar estos daños.

Por una parte es muy común en todos los centros sanitarios las caídas ocasionadas por traslados realizados ya sea por la constante limpieza a la que son sometidos estos centros además de por la rapidez de actuación en algunos momentos que nos hacen no pensar en estas caídas. Por lo tanto es necesario que usemos un calzado adecuado antideslizante y que los suelos estén perfectamente secos y en si en momento determinado no lo están deberan estar debidamente señalizados. Otra herramienta que nos hace provocar caídas dentro del ámbito sanitario es el uso de escaleras. Estas se usan para almacenaje además de para colocar expedientes y por lo tanto estas deben de ser debidamente homologadas para evitar dichas caídas.

Existe otro peligro muy destacado en el ámbito sanitario que es el riesgo de pinchazos. Una mala técnica a la hora de realizar estas pruebas puede provocar problemas como enfermedades como la hepatitis c. Existen contenedores específicos

para eliminar dichos agujas usadas en estos punciones además se ha de tener el sumo cuidado usando guantes y todo lo necesario para evitar dichos riesgos. También es aconsejable el uso de gafas o pantallas en el caso de estar en contacto con fluidos que nos pueden provocar ciertas enfermedades contagiosas. Por último nos centraremos en una lesión muy común dentro de todos los profesionales que trabajan en sanidad el caso de contracturas y los problemas en la espalda ocasionados por la mala colocación a la hora de realizar ciertas posiciones a los pacientes o incluso a la hora de manipular ciertas cargas.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar nuestro trabajo indicaremos que en todos los servicios de salud de las comunidades autónomas existe el servicio de prevención de riesgos laborales para el uso y e información de todos los trabajadores que en estos centros realizan su trabajo.

Gracias a la información suministrada por dicho servicios se ha hecho posible que la disminución de accidentes provocados por la falta de información sea posible lo que hace que las bajas por incapacidades temporales o accidentes profesionales de los trabajadores haya disminuido en una gran medida.

El porcentaje del absentismo laboral es inferior lo que hace que el funcionamiento de dichos centros no se vea disminuido por la falta de personal.

6 Bibliografía

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

Capítulo 163

EL CELADOR EN PLANTA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SUS FUNCIONES

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

ANTONIA HENRY PULIDO

ROCÍO NEVADO MORENO

1 Introducción

Los celadores de los centros hospitalarios y de cualquier institución sanitaria es una parte importante del equipo de atención en planta, ya que tiene un trato directo con los pacientes sin olvidarnos de los familiares y que forma equipo sobre todo con los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, porque van siempre de la mano. La persona que acompaña al paciente en la planta de hospitalización es el celador, y este llevará la documentación que acredite el historial clínico del paciente, siempre se lo entregará a la supervisora de planta. Los pacientes podrán llegar de distinta manera a la planta: bien desde el servicio de urgencias del propio hospital, bien sea de forma programada para someterse a alguna intervención o bien para realizar una prueba diagnóstica, también podrían ser trasladados desde otro hospital o desde las consultas externas del mismo hospital. En definitiva, la figura del celador de planta se encuentra como parte integrante y fundamental de un equipo humano en el que todos y cada uno de ellos, realizan una labor

de asistencia y cuidado del paciente, pero será el celador quien conduzca al paciente ante un ingreso en planta, y también se encargará de diferentes tareas que expondré a continuación en este capítulo.

2 Objetivos

- Saber qué tareas deben realizar los celadores en planta de hospitalización.
- Exponer las diferentes funciones que un celador de planta desarrolla, el trato con el paciente y los diferentes dispositivos que maneja.

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 y su movimiento. 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 seleccionando tales como son: PubMed, Medline y Scielo. Criterios de exclusión/inclusión: únicamente se han utilizado artículos científicos de habla castellana.

4 Resultados

Primeramente, destacaremos la importancia que tiene un celador con los familiares del paciente, y hay que saber que en cada planta de los hospitales tenemos:

1. Como norma general en los hospitales existe un horario de visita.
 2. El celador debe desalojar las habitaciones para que el médico pase visita.
 3. En las UCI los horarios son diferentes, donde a veces se puede pasar a ver al enfermo media hora cada vez. El celador de planta tiene unas funciones muy variadas desde la información al traslado de material, resumiendo es un trabajo dinámico. Sus funciones están en todo momento ligadas con el bienestar del paciente:
- Comunicar los informes verbales lo más rápido posible.
 - Llevar los documentos o correspondencia que les sean confinados por superiores al lugar donde corresponda.
 - Hacerse cargo de los enfermos que llegan a planta.
 - Dirigir a los enfermos a las camas designadas en la habitación y si es necesario, ayudando al personal auxiliar sanitario a encamarlo.

- Trasladar a los enfermos, bien sea en cama, camilla o silla de ruedas por los diferentes servicios hospitalarios donde lo designe el médico, para realizar diferentes pruebas de diagnóstico, consultas externas, así como el acompañamiento en el momento del alta hospitalaria.
- Controlar la entrada, salida de los visitantes, evitando la introducción de cualquier elemento no autorizado, velar por el orden, que no halla ruidos y que esté todo en orden. Asegurando el uso correcto de las instalaciones y mobiliario informando sobre su uso correcto.
- Cuidar que los pacientes y visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más de lo normal.
- Recibir al enfermo precedente de urgencias, así como al enfermo que sea programado para ingreso.
- Ayudar al enfermo y al personal sanitario en el aseo y en las movilizaciones del enfermo dependiente.
- Manejar la grúa para la movilización del enfermo con déficit de movilidad.
- Cuando el enfermo fallece, encargarse de ir a buscar la documentación y el sudario, para después ayudar al personal sanitario a amortajar al paciente fallecido poniéndole una sábana antes de hacerse cargo del mismo y trasladarlo al mortuario.
- No permitir que se fume en ninguna dependencia.
- Traslado de aparatos de uso médico, informes, mobiliario, muestras biológicas, medicamentos y albaranes al almacén general cuando se necesite, además de evitar que los aparatos sean manipulados por el enfermo y visitantes.
- Transportar y colocar la bala de oxígeno en la cabecera de la cama del enfermo, que se llevará al lugar donde le indique la enfermera abriendo la botella y adaptando el manómetro según la necesidad del enfermo, bajo la supervisión de la enfermera.
- Llevar la documentación del enfermo para adjuntarlo al archivo de su historia correspondiente.
- Vigilar y avisar a sus inmediatos superiores si ven cualquier anomalía o defecto que se encontrara en la conservación del edificio ya sea de limpieza, material o estructural.
- Hacer cualquier otra tarea cuando se lo solicite un superior.

5 Discusión-Conclusión

El celador es una figura imprescindible dentro del servicio de planta hospitalaria, ya que conectamos directamente con el paciente, dado que somos los primeros

con la que toma contacto al realizar su ingreso, quienes colaboramos en las diferentes necesidades del mismo durante su estancia en el hospital, y en ocasiones, también el último con el que trata el paciente cuando no es válido por sí mismo. Aparte de ayudar en los cuidados personales del paciente, en cuanto a aseo y movilización, somos quienes nos encargamos de su traslado por las diferentes dependencias del hospital que nos ha indicado el médico. Por tanto, requiere de unas aptitudes como son: eficacia, empatía, paciencia, entereza, y espíritu de equipo que son los calificativos que más nos define a los celadores de planta porque intentaremos que los pacientes estén los más cómodos dentro de las posibilidades, y ayudaremos al resto de personal sanitario y auxiliares en sus quehaceres diarios facilitando su trabajo y en todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento de la planta. Cabe deducir que el celador en planta, con todas nuestras tareas tan indispensables, debemos ser tenidos en cuenta para que sean puestos a nuestra disposición los medios suficientes para el desarrollo de nuestras funciones.

6 Bibliografía

1. Pérez-Jover, V. Mira, J.J. y Tomás O, et al. Buenas prácticas y satisfacción del paciente. Revista de Calidad Asistencial. Noviembre-Diciembre 2010. Páginas: 348-355. - Talavera Pleguezuelos, Clemente. Atención al usuario de la Administración Pública. Págs: 82-122.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 164

FUNCIONES Y PAPEL DEL CELADOR EN UCI

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

ANTONIA HENRY PULIDO

ROCÍO NEVADO MORENO

1 Introducción

Los celadores que trabajan en este servicio debido a la gravedad y las propias particularidades de estos enfermos encamados deberán tener una preparación eficiente sobre movilidad de estos, agilidad y efectividad, estar correctamente uniformados y saber perfectamente cuáles, son sus funciones y colaboración con el resto del personal. El celador de la UCI como tal, ejercerá un refuerzo al personal de la unidad y es el nexo de unión con otros servicios del hospital.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio sumamente especializado y equipado a pacientes con graves enfermedades o dolencias que no pueden ser atendidas en planta hospitalaria, ya que estos pacientes precisan de un cuidado y tratamiento especial por su situación.

Se trata de un área polivalente de acceso restringido donde se da una atención durante todo el día a pacientes que se encuentran en estado de gravedad.

El que un hospital tenga una unidad de cuidados intensivos proporciona a este de la posibilidad de dar unos cuidados de calidad a los pacientes.

La UCI está conformada por médicos especializados en atender dichos tipos de pacientes graves con amplia experiencia en manejo de todo tipo de pacientes críticos, desde cardiólogos hasta politraumatizados y post-operados complicados.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que realiza este personal no sanitario (celador de Unidad de cuidados intensivos) en dicha área del hospital.
- Destacar el papel fundamental que el celador de Unidad de cuidados intensivos realiza y ensalzar la importancia de sus funciones en esta.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Los pacientes que se trasladen tendrán que ir correctamente monitorizados, con controles constantes de signos vitales. El celador tiene que transmitir tranquilidad tanto al paciente como a los familiares, ser riguroso, eficaz y resolutivo, ya que este es un servicio de alta complejidad que debe brindar un cuidado integral a aquellas personas críticas en salud. Será importante su ayuda en las labores de movilización y traslado y su colaboración estrecha con el resto del personal y esencial su labor como nexo con el resto de servicios.

Por ejemplo, en el turno de mañana deberá establecer unos objetivos claros junto con el resto de personal en cuanto a las altas y las pruebas a efectuar. Tendrá que trasladar las muestras si es preciso y se encargará también de poner en los boxes el material desechable en caso de aislamiento. Serán los encargados de la entrada de familiares en hora de visita, así como de avisar de su finalización y observar el correcto funcionamiento con la obligatoriedad del uso de bata y calzas. También recogerán los cubos llenos para su sustitución.

En el turno de tarde se efectuarán las mismas labores y en el de noche además colaborarán con las auxiliares de enfermería en movilización, vaciado de bolsas, etc.

En esta unidad el celador procurará no realizar ruidos innecesarios y será una persona con amplia formación en la movilización dado que las características de los pacientes, encamados y muchas veces inconscientes hace necesaria esta capacidad.

Por lo tanto, el celador al igual que el resto del personal debe conocer perfectamente las diferentes posiciones sanitarias como decúbito supino, decúbito prono, lateral.

Los celadores en esta unidad permanecerán uniformados con batas asépticas cada vez que entren o salgan dado el estado de los pacientes. La atención que se le proporciona al paciente en esta unidad ha de ser vista de forma integral, por lo tanto, ha de existir una correcta coordinación con todo el equipo y toda la infraestructura necesaria. El celador no es la persona encargada de salvar vidas, pero si pasa mucho tiempo en contacto con los pacientes y saber hablar, tranquilizar y acompañar en esta situación puede ser una de las responsabilidades más satisfactorias.

5 Discusión-Conclusión

Al ser una de las áreas más específicas tendremos que realizar formación para cumplir efectivamente con nuestras funciones y orientarnos bien. Tener conocimientos adecuados y específicos contrastados y en colaboración con el resto de los compañeros para hacer un buen equipo y ayudarnos eficazmente consiguiendo que el tiempo de permanencia del paciente sea menos traumático. La experiencia de trabajar en esta unidad donde el paciente se aísla. Temporalmente de su grupo familiar para ser observado quedando al cuidado de personal desconocido para él conduce a reflexionar acerca de sus necesidades de carácter emocional, sensitivo y de confort. Esta atención permanente, el estrés de no saber que, va a pasar y el poco descanso del paciente produce una desorientación que debemos tener en cuenta a la hora de realizar nuestra labor en la unidad.

6 Bibliografía

1. El celador en la Uci. Juan Tomás Giménez Casos.
2. Ana Owen. Monitorización en Cuidados Intensivos. McGraw- Hill Interamericana de España. 1993.
3. A. Esteban; C. Martín. Manual de Cuidados Intensivos para Enfermería

Capítulo 165

LA IMPORTANCIA DE LA FIGURA DEL CELADOR EN LA ESFERA DE LA SALUD

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

ANTONIA HENRY PULIDO

ROCÍO NEVADO MORENO

1 Introducción

El celador es el trabajador que efectúa los desempeños y las funciones dispuestas en el punto número 2, del artículo 14 del Estatuto del personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social y está en posesión del conveniente Certificado de Escolaridad o de una titulación equivalente (o con categoría profesional registrada en Ordenanza Laboral o por un Convenio Colectivo).

En la práctica sanitaria un celador es aquel profesional que en el hospital moviliza y transporta a los enfermos, lleva documentos y efectúa tareas en apoyo al personal sanitario.

Es importante y muy significativo desarrollar este citado artículo debido a las distintas y tantas funciones que efectúa en la esfera sanitaria para presentar el cometido, el desempeño y en que zonas, sitios, unidades y servicios sanitarios lo desarrolla.

El cometido y desempeño del celador es por tanto fundamental dentro de los equipos multidisciplinares para el cuidado y asistencia integral del paciente enfermo a tratar, así como, además, es muy importante y significativa su formación profesional y actualización en todo momento para poder ofrecer un apoyo y cuidados sanitarios de calidad.

La figura del celador tiene una función muy importante en referencia al apoyo interno para los profesionales sanitarios, ya que van a ser imprescindibles son sus asistencias en el auxilio de aquellas tareas por decir una de ellas de quirófano de cirugía mayor, así como las que le sean ordenados por facultativos, Supervisoras o Enfermeras/os o de los técnicos en cuidados de enfermería, sin obviar las que efectúan en cuanto al control interno de los pacientes enfermos y sus familiares y el control y manejo de personas y usuarios en el Área de Urgencias.

2 Objetivos

Describir la figura del profesional del celador según la legislación vigente establecida en la actualidad, sus funciones, cometidos y las distintas categorías dentro de la profesión del celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las Funciones y cometidos o puestos que desempeñan los celadores se ve referenciadas en el artículo 14, en su punto número 2, del Estatuto aprobado de Personal No Sanitario y que ejecuta y realiza su tributo laboral de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Dicho estatuto se originó a través de una Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio del año 1971. Es por lo que debemos hacer saber en esta exposición y tener en consideración que las funciones y desempeños del celador no se han actualizado ni desarrollado convenientemente al paso del tiempo desde hace más de unos

40 años y sí que es cierto qué hay diversas Comunidades Autónomas que han conseguido llegar a establecer sus propios reglamentos y protocolos en cuanto al desempeño que debe realizar acorde con los tiempos de un celador.

Entre las funciones y desempeños de la figura de celadores estas son algunas de las más usuales que efectúa un celador en la esfera sanitaria:

- Ayuda y apoyo en la acomodación de los enfermos, trasladar objetos, mobiliario y documentaciones que le sean confiados siempre por un superior, ejecutar las diferentes y diversas ocupaciones de apoyo al profesional sanitario, asimismo será encargado de la vigilancia del área o zona del centro donde trabaja, apoyara y ayudara a la conveniente higiene de enfermos, deberá estar al tanto de que se guarde el mayor silencio y en el mejor orden posible de las dependencias, muy extraordinariamente puede acometer tareas de limpieza, en los laboratorios experimentales serán los encargados de los animales que allí sean manipulados, deberá como cualquier profesional informar o registrar a los superiores oportunos de los detrimentos y de las anomalías, velar junto con el personal sanitario del confort de los enfermos, proporcionar servicios de guardia.

Además de la figura del profesional del celador general coexisten bastantes variantes y puestos que han ido progresando hasta llegar a ser una categoría dentro del cuerpo de celadores. Las funciones y los cometidos aquí no son determinantes, pero cada uno tiene su propia especialidad.

Existen las siguientes categorías, encargado de los turnos, de lavandería, instituciones geriátricas, de ambulancias, plantas de hospitalización, encargado de puerta de entrada, urgencias, etc., vigilancia, farmacia, boxes, rehabilitación, de dependencias administrativas, almacén, urgencias, ambulatorios, quirófanos, UVI o de necropsias y así un largo etc. en el cual se vuelve imprescindible para el buen funcionamiento de los lugares en los que desarrolla su función.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas y el rol del celador dependerán siempre del puesto concreto que ocupen y tendrán que estar capacitados o ser instruidos para poder ejercer estas funciones de celador si sus superiores les asignan estas tareas.

Demostrada queda la importancia y relevancia que desarrolla esta figura tan conocida y desconocida de todo lo que desarrolla a la vez para muchos en la esfera hospitalaria. Dentro de un hospital no solo tienen contacto directo con los pacientes enfermos los profesionales sanitarios como facultativos, o enfermeras/os, ya que entre las labores del celador de hospital prima el contacto con enfermos y sus familiares además del contacto con el equipo de personal san-

itario y administrativo del hospital o de la clínica en la que despliega su labor profesional.

Un celador sanitario es un profesional imprescindible para el buen funcionamiento diario de estos centros.

6 Bibliografía

1. Unidad básica de Prevención.
2. Conocimientos básicos y funciones del celador.
3. <https://revistamedica.com/celador-funciones-apoyo-equipos-sanitarios/>.
4. Celadores del Insalud, centro de estudios procesales 4º Edición. 01/1998.
5. Espinosa CV, Menoret V, Puchulu MB, Selios MJ. Celador en la relación equipo de salud-paciente. *Diaeta* [Internet]. 2009 Sep [citado 2022 Sep 12]; 27(128): 31.
36. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372009000300005&lng=es

Capítulo 166

CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS Y TÉCNICAS PARA EVITARLO

ESPERANZA FERNÁNDEZ ALVAREZ

VANESA FERNANDEZ ALVAREZ

JOSEFINA RODRÍGUEZ GARCIA

1 Introducción

Según la OMS, el “burnout” o síndrome del trabajador quemado, se refiere a un estado de agotamiento emocional, físico y mental grave en el que la persona se derrumba a causa de cansancio psíquico o del estrés que surge de la interacción social y ante una rutina laboral.

En el año 2000 la OMS declaró a este síndrome como factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida y la salud mental de la persona que lo sufre.

El síndrome de burnout es más común entre el personal que trabaja directamente con los usuarios.

El síndrome de burnout es un estado de agotamiento mental, emocional y físico producido por un estrés excesivo y prolongado en el ámbito laboral. La persona que lo sufre se siente agotado superado por el desempeño de sus funciones las

cuales no es capaz a completar o realizar correctamente llevando al individuo a estar en continua tensión y superado por las circunstancias lo que le provoca una frustración que le hace aborrecer su trabajo y sentirse cada vez más inútil, la irritabilidad ira en aumento llegando a tener problemas entre compañeros por la presión que siente.

En la actualidad los servicios de salud tienen cada vez menos recursos humanos, haciendo aumentar las responsabilidades asumidas por el personal de gestión y servicios, lo cual les genera un agotamiento no solo físico sino también psíquico, produciendo entre otros estrés e incluso frustración por verse superados por las circunstancias.

Diversos estudios señalan que las causas del burnout en el personal de gestión y servicios son:

- Sobre carga de tareas.
- Malas condiciones económicas.
- Falta de motivación por parte de los superiores.
- Falta de valoración de su trabajo.
- Problemas entre compañeros.
- Escasez de personal.

Este síndrome está afectando negativamente en la salud tanto física como psíquica del personal de gestión y servicios que lo padece, lo que afecta nocivamente en el funcionamiento de los centros sanitarios, ya que la persona que lo sufre posiblemente dará un servicio deficiente, sus funciones no serán cumplidas correctamente, tendrá más ausentismo laboral de lo normal, lo que conlleva fallos en el correcto desarrollo de su actividad laboral y retraso de los mismos. En el presente capítulo se tratarán los síntomas, la prevención y el tratamiento del síndrome de bornout.

2 Objetivos

- Identificar las principales señales dell Burnout en el personal de gestión y servicios.
- Indagar en el tratamiento y prevención del síndrome de Burnout.
- Analizar las consecuencias del Burnout.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre el síndrome de burnout en celadores y personal administrativo.

Para la obtención de datos se han realizado búsquedas en Google Académico, publicaciones especializadas y bases de datos como Pubmed, Scielo con el término descriptor principal de “síndrome de burnout”.

4 Resultados

Gran parte del personal de gestión y servicios se ven afectados por el síndrome de burnout, este va apareciendo de forma gradual lo que va llevando a una atención y calidad en el trabajo deficitaria, se ha de tener en cuenta que no se trata solo de un problema laboral, ya que puede derivar en problemas que afectarán a nuestro entorno social y familiar si no es identificado y tratado a tiempo.

La identificación de los posibles riesgos derivados del síndrome en el personal de gestión y servicios ha de ser una prioridad tanto para las instituciones como para los propios trabajadores, puesto que las consecuencias para la salud derivadas de los mismos tienen una gran repercusión no solo para el trabajador que lo sufre sino para toda persona que sea usuaria, compañeros de trabajo incluso del círculo social de la persona que empieza a padecer este síndrome.

Para hacer frente a los problemas que un trabajador con dicho síndrome sufre ha de saber identificar los primeros síntomas para poder tomar medidas y que la situación se revierta.

Los síntomas se dividen en síntomas físicos, comportamentales y emocionales, entre ellos encontramos:

- ☒ Dolor de cabeza y musculares.
- ☒ Cansancio
- ☒ Alteraciones en el sueño y en el apetito.
- ☒ Transmitir negatividad a los compañeros.
- ☒ No ser resolutivo en sus labores.
- ☒ Despistes
- ☒ Bajas laborales
- ☒ Sensación de fracaso
- ☒ Falta de motivación....

Las estrategias que debemos de seguir para superar el burnout son:

1. Hablar de la situación que se padece con compañeros y en el entorno familiar y social, buscando su apoyo para poder superar el problema.
2. Mirar desde otra perspectiva nuestro trabajo, buscando lo positivo del mismo y lo que nos llevó a querer trabajar en ello

5 Discusión-Conclusión

Tener conocimiento del síndrome de burnout, sus síntomas y estrategias para superarlo, nos llevará a tomar medidas preventivas que reportaran beneficios no solo en la salud del personal que lo padece sino que tendrá una repercusión positiva en nuestro trabajo y así la asistencia sanitaria también será de calidad que es lo que se busca en nuestro sistema sanitario.

Es parte primordial para atajar este problema cada vez más extendido en el personal de gestión y servicios, identificar las señales que anteceden a desarrollar el síndrome de burnout.

Existen distintos síntomas iniciales antes de que se padezca este síndrome, los cuales los podemos clasificar en:

- Síntomas físicos: cansancio, no solo físico sino también psíquico, dolores musculares y de cabeza, trastornos en el sueño, irritabilidad...
- Síntomas comportamentales: absentismo laboral, aislamiento, traslado de su negatividad al resto de compañeros...
- Síntomas emocionales: Negatividad, sentimientos de fracaso, sensación de fracaso...

Si se consigue reconocer que se está empezando a tener síntomas compatibles con el burnout se podrá empezar a poner medidas para que la situación se corrija y no desarrollar dicho síndrome.

Algunas de las cosas que se pueden hacer son:

- Hablar con el entorno tanto laboral como familiar de la situación en la que se encuentra, lo que reportara un apoyo.
- Hacer ejercicio y practicar técnicas de relajación.
- Empezar a ver el trabajo de otra forma.
- Desconectar del trabajo una vez acabado el turno.
- Llevar una dieta equilibrada.
- Dormir las horas reglamentarias.

6 Bibliografía

1. <https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenido/sintomas-sindrome-burnout-identificarlo>.
2. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psicologicas/sindrome-burnout.htmlamp>.
3. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=409-00152015000100014.

Capítulo 167

ACOSO LABORAL O 'MOBBING' POR RAZÓN DE SEXO EN EL ENTORNO SANITARIO

JAVIER USOBIAGA MARTÍNEZ

SELENE BENITO OTERO

1 Introducción

Toda persona tiene el derecho fundamental de ser tratada, en todo momento, y en concreto en su entorno laboral, con dignidad y respeto.

Consideramos el “mobbing” como un fenómeno generalizado que afecta a muchos aspectos de la sociedad actual. Existe en ella desde siempre, pero en nuestro país se manifiesta, en mayor medida, en las tres últimas décadas. Esta idea, descrita por el etólogo Konraz Lorenz, hace referencia al hostigamiento producido, de manera reiterada, en el entorno de trabajo, y por diversas razones. En otras palabras, habla de un acoso constante de una persona hacia otra de su entorno, por una razón específica o varias. Hay razones como un entorno alienado y la estabilidad psicológica de la persona; el desgaste de normas éticas, morales, legales, desprestigio social y falta de motivación en el trabajo, influyen en este proceso. El acoso sexual o mobbing por razón de sexo, es una forma de violencia en el ámbito laboral, que toma como razón de ser la condición sexual de la persona acosada. Este hecho supone una violación de los derechos fundamentales de la persona afectada, como son la dignidad, la igualdad, la integridad física y moral, la libertad sexual y el derecho a la seguridad y salud en el trabajo.

2 Objetivos

Dejar constancia de la importancia de una correcta formación y sensibilización sobre el acoso en el trabajo, cómo detectarlo y evitarlo.

Investigar sobre los diversos tipos de acoso, y su impacto en el sector sanitario.

Dar valor a un entorno de trabajo sano, justo, e igualitario para todos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática extrayendo información de diversas publicaciones y manuales sobre acoso laboral en el sector sanitario, así como en el mundo laboral en general.

Para acceder a toda esta información se utilizó la terminología: acoso laboral en sanidad, acoso por razones de sexo, acoso sexual en el trabajo, manual sobre acoso sexual, acoso sexual en el hospital, mobbing en el sector sanitario, acoso y sus tipos, etc.

4 Resultados

El acoso sexual hace referencia a cualquier comportamiento, de naturaleza verbal o física, por razón de sexo o condición sexual de la persona, que tenga como objetivo atentar contra la dignidad de la persona, en concreto cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.

Las condiciones de trabajo de la víctima y el acosador (rango laboral, remuneración, expectativas, rutina en el trabajo, integración en grupos de trabajo dentro y fuera del entorno laboral, etc.) afectan tanto en el entorno laboral como en la vida social de la víctima, en sus círculos más próximos.

Un equipo de trabajadores, de categorías diversas actúa como un organismo vivo. La variedad de personal que entra y sale de un equipo, teniendo en cuenta un período de adaptación insuficiente, puede generar una importante inestabilidad que afecte al grupo. Por el contrario, si el conjunto de trabajadores comparte un tiempo suficiente como para crear lazos y rutinas, la estabilidad será mayor.

En el entorno de trabajo de sector sanitario, confluyen una serie de características propias que provocan o que facilitan la aparición de situaciones de acoso o mobbing

(guardias, turnicidad, exceso de responsabilidad, servicios cerrados, cambios de personal, etc.) Todo ello hace que aumente de forma considerable la carga mental y física. La turnicidad, especialmente los turnos nocturnos, al suponer una jornada mucho más larga, suponen un estrés adicional.

En el ámbito sanitario, la violencia puede ser ejercida por el personal sanitario o por el paciente. El trabajador puede ser víctima de abusos o acosos de diferente naturaleza, ya sea física, sexual o psicológica. Sin embargo, puede existir un trato desfavorable e injusto del trabajador/a hacia el paciente por diversas razones, entre ellas el sexo o su libertad sexual.

Los casos de acoso por parte del paciente sobre el personal no se consideran casos de “mobbing”, pero hay que tenerlos en cuenta, dado que el abanico de personas que accede a un centro sanitario es muy amplio.

Este tipo de acoso, relacionado directamente con el sexo o la sexualidad de la persona afectada, amenaza en mayor medida a las mujeres, que poseen cierta desprotección frente a personas susceptibles de promover o suscitar estas conductas. A continuación, recogemos una serie de ejemplos:

Todo tipo de contacto físico sin el previo consentimiento de la persona, y con connotaciones sexuales o intimidatorias (caricias, gestos, tocamientos, etc.)

Promesas de promocionar, mejorar sustancialmente las condiciones laborales de la víctima con el fin de conseguir favores de índole sexual.

Tratar de conseguir favores sexuales insistentemente tras una negativa, o mediante coacción o amenaza (más grave si cabe).

Preguntas sobre temas personales de carácter sexual o que generen incomodidad en este aspecto.

Amenazas de represalias de carácter laboral o de otra índole, tras la negativa a acceder a insinuaciones de carácter sexual.

Proponer de manera insistente e incomodante citas con esa persona con la búsqueda de favores o relaciones sexuales.

Imponer represalias hacia compañeros de la persona, que detenten y/o denuncien este tipo de comportamientos impropios.

Impedir el desplazamiento o movimiento de la víctima, buscando contacto físico no deseado.

Extender rumores sobre la persona en cuestión, de carácter sexual o relacionados con su sexo, que la dañen de algún modo.

Repetidos gestos, propuestas, insinuaciones o comentarios incómodos con connotaciones o intereses sexuales.

Cualquier otra circunstancia que se pueda interpretar como intimidatoria y que atente contra la vida personal del sujeto hacia el que se dirige el acoso.

Ahora hablaremos de una serie de maneras de actuar que minimicen este tipo de comportamientos y ayuden a crear un entorno de trabajo igualitario, sano y seguro:

Ofrecer todo el apoyo que le podamos brindar, en la medida de lo que esté en nuestra mano, a la víctima del acoso, ya sea informando sobre la situación, salvaguardando su integridad psicológica, etc.

Tener un programa de formación para todos los trabajadores/as, que informe y sensibilice sobre lo que es, y lo que supone, este tipo de acoso, tanto para la figura del agresor, como para la víctima.

Evitar penalizar a un trabajador por la razón de informar o denunciar una situación de acoso en su entorno.

Poseer una serie de protocolos de actuación en el centro asistencial que sirvan para atajar estas situaciones, y sobre todo proporcionar apoyo a las personas afectadas.

Existe otra cuestión que debemos responder: ¿Qué persona o personas pueden acudir a denunciar este tipo de actuaciones?

La propia persona acosada.

Todo conocedor/a de los hechos en cuestión, a la cual se le debe garantizar el anonimato en la medida de lo posible.

Delegados/as sindicales o representantes de los trabajadores, cuyo apoyo e influencia en ocasiones puede ayudar en mayor medida a la víctima.

Ahora analizamos los principales tipos de acoso de carácter sexual o por razón de sexo:

Intercambio o chantaje de carácter sexual: cuando la negativa de la persona se utiliza como razón para tomar una decisión que repercute directamente sobre las condiciones laborales de la misma.

Acoso descendente: la persona que lo provoca es poseedor de un cargo superior a la víctima, y lo utiliza para tratar de conseguir lo que desea de manera intimidatoria.

Acoso ascendente: el caso contrario. El acoso se produce desde un puesto más bajo en la escala jerárquica hacia uno de mayor responsabilidad.

Acoso horizontal: la persona acosada y el que produce el acoso poseen un puesto similar o de misma responsabilidad.

Existe un reciente tipo de acoso sexual relacionado con la utilización indebida de

las nuevas tecnologías. El Ciberacoso sexual: con el uso creciente de las nuevas tecnologías, cada vez existen más casos de acoso sexual de carácter digital, llamado ciberacoso. El ciberacoso sexual hace referencia a la persecución de una persona, a través de diferentes canales digitales como mensajes, fotografías o videos de carácter sexual.

Estos son algunos ejemplos de ciberacoso sexual:

Distribuir utilizando el canal de Internet (páginas web, redes sociales, apps de mensajería instantánea, correo electrónico, videojuegos, etc.) imágenes o datos comprometidos de carácter sexual que afecten a la persona.

Suplantar la identidad de la víctima mediante un perfil falso en una red social, denigrando su imagen y compartiendo información visual de origen sexual, o bien ofertando o demandando favores sexuales.

Enviar mensajes a la víctima, repetidamente y con insistencia, con el objetivo de conseguir favores sexuales de la misma.

Hacer un seguimiento persecutorio de la persona por internet, siguiéndola en todo los perfiles posibles, controlando su situación en cada momento.

A continuación recogemos una serie de medidas para prevenir este tipo de acoso:

Promover el respeto mutuo entre personas de diferente sexo, o diferente tendencia sexual, creando un ambiente de trabajo cómodo y digno para todos.

Formar de manera adecuada al personal que vaya a dar apoyo psicológico a las víctimas.

Atajar con toda la rapidez y discreción posible los casos localizados, protegiendo la figura de la víctima y toda información que pueda perjudicarla.

Realizar, por parte de los empleados, formación específica sobre lo que es el acoso sexual, que límites abarca, y qué puede suponer tanto para la víctima como para la persona que perjudique.

Favorecer en todo caso la integración del nuevo personal en los equipos de trabajo, evitando que les dejen de lado o les aíslen social y laboralmente.

Promover la formación de las personas en materia de igualdad de trato y oportunidades equitativas entre mujeres y hombres, así como en violencia sexual en el entorno laboral.

Promover la utilización de lenguaje de carácter inclusivo y no sexista en todo el entorno de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En el sector sanitario confluyen un montón de personas de diversas categorías, maneras de pensar, niveles de formación, carácter social, tendencia sexual, etc. Los diferentes servicios del hospital funcionan mediante grupos de trabajo, en los que debe existir una cierta cohesión, desde el respeto a las características individuales de cada uno. En ellos pueden aparecer comportamientos inadecuados de carácter sexual, que pongan en tela de juicio el respeto a las mujeres por el hecho de serlo. Es de vital importancia crear un entorno de trabajo respetuoso, integrador e igualitario, que facilite el desarrollo del trabajo, y la salud física y mental de los empleados.

6 Bibliografía

- 1 - (2021) Protocolo de actuación contra el acoso sexual y por razón de sexo en el ámbito laboral sanitario de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.Generalitat Valenciana. Recuperado de https://www.san.gva.es/documents/7260336/9589526/Protocolo_contra_acoso_sexual_ambito_sanitario.pdf
- 2 - M. V. Sánchez (3 marzo 2022) ACOSO LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO. Revista Ocronos. Recuperado de: <https://revistamedica.com/acoso-laboral-sector-sanitario/>
- 3 - M. J. Báguena Puigcerver et. al. (2003-2006) MOBBING, GÉNERO Y SALUD. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Recuperado de: <https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0099.pdf>
- 4 - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (Marzo 2021) EL ACOSO SEXUAL Y EL ACOSO POR RAZÓN DE SEXO EN EL ÁMBITO LABORAL EN ESPAÑA. CC.OO. Recuperado de: <https://www.ccoo.es/2f7f86bfc8a8105e09b013342bbf9e0d000001.pdf>

Capítulo 168

ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA LAS PERSONAS MAYORES CON UNA FUNCIÓN COGNITIVA NORMAL

BEATRIZ AGULLEIRO BOBIS

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró una guía denominada “Reducción del riesgo de deterioro cognitivo y demencia” en la que se indica que el deterioro cognitivo y la demencia están relacionados con factores de riesgo asociados a la ausencia de actividad cognitiva.

El deterioro cognitivo puede definirse como una pérdida medible en las funciones de atención y memoria o en funciones cognitivas de nivel más alto: atención, desarrollo del lenguaje y capacidad de razonamiento.

Siguiendo lo expuesto por la OMS, hay que reseñar la creación de un concepto definido como “reserva cognitiva”, que consiste en factor de protección que puede reducir el riesgo de aparición de demencia y otras enfermedades derivadas de una estimulación cognitiva inadecuada.

Se puede incrementar la actividad cognitiva mediante la participación en varias actividades enfocadas a producir mejoras en el funcionamiento cognitivo y social de las personas, tales como:

Recordar con frecuencia a las personas mayores datos como la fecha, el tiempo atmosférico que hace, los nombres de las sus familiares, etc., debido a que estos estímulos les ayuda a permanecer orientadas de manera temporal y espacial.

Además, facilitarles el acceso a periódicos, radio y televisión, álbumes de fotos familiares y objetos cotidianos que se encuentren en el domicilio y les ayuden a

no perder determinadas habilidades para realización de actividades básicas de la vida diaria.

2 Objetivos

El presente trabajo está orientado a conocer diversos aspectos sobre la estimulación cognitiva de las personas mayores con una función cognitiva normal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica 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 relación con los resultados obtenidos en los estudios sobre programas de estimulación cognitiva en adultos mayores con cognición normal, puede referirse como representativo las evidencias de un programa de estimulación cognitiva para prevenir el deterioro de las capacidades cognitivas en personas mayores con una capacidad cognitiva normal a través de varios indicadores tales como memoria, orientación, lenguaje, cálculo, razonamiento lógico, atención-concentración entre otras.

Los trabajos concluyeron en que la estimulación cognitiva es eficaz para mantener el rendimiento a nivel cognitivo, medido con la variable MEC, (Mini-Examen Cognoscitivo) en la población de mayores con capacidad cognitiva normal.

Los pasos a seguir para nuevas investigaciones sobre la materia deberían apoyarse en analizar si este tipo de programas preventivos puede hacer que se retrase el deterioro en la cognición inherente al proceso de envejecimiento y completar este programa de estimulación cognitiva en diferentes campos con dinámicas de grupo y programas de ejercicio físico para observar si se produce una disminución de la sintomatología de ansiedad y depresión en el sector poblacional que achaca el paso del tiempo.

Cabe destacar la importancia de la riqueza del patrimonio cultural, como los refranes, música y danza populares, trabalenguas y la sabiduría tradicional, que tiene gran peso en las comunidades ya que es, este conocimiento transmitido de generación en generación donde se forja de la memoria individual y colectiva de la sociedad y que de forma indirecta repercute en su identidad y su capacidad para auto-reconocerse en un contexto. La estimulación cognitiva mediante estas herramientas al acceso de prácticamente la totalidad de la población hace muy valiosa la experiencia personal de los individuos, ya que rememora vivencias de otros estadios vitales y en ese ejercicio de recordar de forma sencilla e informal se produce una reconexión con partes infrautilizadas del cerebro.

5 Discusión-Conclusión

Según la población envejece los cambios en la cognición presentan nuevos retos a atender desde la intervención sanitaria. Envejecer de forma ideal depende en gran medida de la preservación de un desempeño cerebral óptimo. La edad puede ser un indicador de deterioro cognitivo, pero éste no siempre se traduce en una enfermedad neuro-cognitiva, a pesar de ello, y raíz de los estudios realizados se prevé que en los próximos 25 años, las personas mayores de 60 años presentarán deterioro cognitivo leve.

Actividades como la lectura, los crucigramas, los sudokus, el ajedrez o cualquier actividad que implique esfuerzo y concentración mental pueden prevenir y postergar el deterioro cognitivo ineludible asociado al envejecimiento. Simplemente se trata de asumir que éste se va a producir pero en la medida en la que uno contrarresta sus efectos puede alcanzar una avanzada edad en muy buenas condiciones a nivel cognitivo.

6 Bibliografía

1. “Guía para la reducción del riesgo de deterioro cognitivo y demencia de la OMS” - Institutional Repository for Information Sharing (IRIS) -2 de Julio de 2020.
2. “Manual de atención integrada para las personas mayores. ICOPE” - Institutional Repository for Information Sharing (IRIS) - Julio 2020.
3. “Análisis del efecto de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con cognición normal: Ensayo clínico aleatorizado” - Scielo - Anales del Sistema Sanitario de Navarra Setiembre/Diciembre 2021 - De E. Calatayud y otros. 30 de Mayo de 2022.

4. “Una aplicación para despertar recuerdos y cuidar la salud mental de los mayores” - The Conversation - E. Calatayud y otros. 15 de Mayo de 2021.

Capítulo 169

EL PINCHE Y LA CORRECTA CONSERVACION, TRANSFORMACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS ALIMENTOS DENTRO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS

ELENA LÓPEZ RAMÍREZ

ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

JUANA MARI FUEGO GIL

ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARIA JIMENEZ BERNAL

1 Introducción

Las cocinas hospitalarias juegan un papel muy importante, ya que se encargan de la alimentación de los pacientes. Se ha demostrado científicamente que una correcta alimentación ayuda a una recuperación más rápida así como a la prevención de otras enfermedades.

En la cocina hospitalaria no se trabaja de manera individual, sino que además trabajan de la mano junto con nutricionistas, medicina preventiva y la unidad de hospitalización.

Los menús que reciben los pacientes deben de ser personalizados según el tipo de patología que tengan, y habrá sido prescrito previamente por un facultativo. Siempre se realizará la entrega de los menús a la misma hora, los pacientes pueden tener adaptaciones del menú según vaya evolucionando su estado de salud.

Tenemos la obligación de entregar la bandeja a los pacientes con una temperatura por encima de los 65 grados centígrados, y los platos fríos por debajo de los 10 grados centígrados.

En la cocina hospitalaria existe una sincronización con el resto de equipos que se encargan directamente de la nutrición de los pacientes, y siempre se deberá de comunicar cualquier tipo de incidencia que ponga en riesgo la salud de los usuarios lo antes posible.

Debemos de conocer cuáles son las condiciones óptimas que se deben de adquirir en el procesamiento y almacenaje de los alimentos.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las correctas medidas que se deben de adoptar dentro de las cocinas hospitalarias para la conservación y transformación de los alimentos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.

También se ha buscado en la literatura científica sanitaria existente seleccionada la información más relevante en relación con la conservación y transformación de los alimentos en los centros hospitalarios.

4 Resultados

Los pacientes dependen de la comida que se les administra en el hospital para cubrir las necesidades nutricionales y en muchos casos las dietas personalizadas que se les deben de proporcionar a cada uno de ellos dependiendo de su estado de salud.

En la nutrición que se administra en los centros hospitalarios influyen numerosos factores y pueden sufrir cambios de última hora.

Entendemos por cocina caliente, por la cocina tradicional. Se debe de cocinar y servir en el momento. Los alimentos se deben de elaborar a primera hora y se deben de terminar una hora antes de que se empiece a distribuir.

Dentro de las cocinas hospitalarias podemos ver diferencias distintas zonas, en las que se prepara y se procesa la comida para posteriormente entregarla a los usuarios.

Zona de recepción: Tiene conexión directa con un espacio exterior cubierto.

Zona de almacenamiento: En esta zona almacenaremos los alimentos y deberemos de garantizar su higiene, control de ventilación, y de temperatura, y verificar el stock.

Zona de preparación: Esta zona está destinada para la preparación de la materia cruda antes de que se cocine. Lo ideal es que existan diferentes zonas dependiendo del alimento que vayamos a procesar, pudiendo diferenciar, vegetales, carne, pescado.

Zona de cocción: En esta zona se cocinarán los alimentos utilizando los recipientes adecuados para cada caso.

Zona de emplatado: Esta zona estará debidamente climatizada dependiendo de si se trabaja con comida fría o caliente. Aquí es donde la comida se divide en raciones utilizando las bandejas que se entregarán a los pacientes. Las bandejas irán previamente identificadas para garantizar que los pacientes reciban aquella dieta que les han prescrito los médicos especialistas.

Después se colocarán las bandejas en un carro, y un pinche será el encargado de la distribución de las mismas así como luego recogerlas para su correcta desinfección e higiene en la cocina hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar en la cocina hospitalaria no se trabaja de una manera individualizada, sino que junto con los nutricionistas, medicina preventiva y la unidad de hospitalización serán los encargados de elaborar los menús correspondientes que los médicos especialistas les han pautado previamente.

Se ha demostrado científicamente que una correcta nutrición puede hacer que los pacientes se recuperen de manera mucho más rápida, además de prevenir enfermedades.

Las bandejas siempre deberán de estar correctamente identificadas, ya que cada usuario tiene una dieta individualizada según el tipo de patológica que presente.

Tenemos que conocer cuáles son las normas de procesamiento de los alimentos así como de su correcta conservación.

6 Bibliografía

<https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>
https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_CocinaAlimen.pdf
<https://revistamedica.com/protocolo-higienico-cocina-centros-hospitalarios/>

Capítulo 170

EL PINCHE Y EL CONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN DENTRO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

ELENA LÓPEZ RAMÍREZ

ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

JUANA MARI FUEGO GIL

ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARIA JIMENEZ BERNAL

1 Introducción

La alimentación dentro del entorno hospitalario debe de ser esencial para garantizar una conveniente recuperación del paciente que se encuentra ingresado en la unidad de hospitalización.

Por eso la cocina hospitalaria y los alimentos que esta ofrece deben de ofrecer una garantía en lo que a la seguridad alimentaria se refiere, tanto a nivel higiénico como a nivel nutricional.

En la actualidad existe un reglamento vigente (CE) nº 852/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril, relativo a la higiene de los productos alimenticios, establece que:

Las empresas que se dediquen al procesamiento de los alimentos interviniendo en cualquiera de las etapas de la producción primaria, distribución y transformación de los alimentos posterior a la producción primaria deberán de seguir un procedimiento de control basado en el análisis de peligros, recogidos en el código Alimentario.

Debemos de ser conocedores de todas las medidas de higiene y seguridad que se deben de adoptar dentro de las cocinas hospitalarias, para evitar que exista algún tipo de contaminación a la hora de procesar y almacenar los alimentos que se van a consumir posteriormente. Deberemos de seguir todas las recomendaciones que están registradas y establecidas por todos los órganos competentes como: FAO, OMS, APPCC.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son los servicios de alimentación que se proporcionan dentro del entorno sanitario y las competencias que debe de adquirir el pinche en cada una de ellas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes. Google Scholar, Medline, Pubmed, Scielo.

También se ha consultado la literatura científica sanitaria existente seleccionando los artículos más relevantes en referencia con los servicios de alimentación que se establecen en los centros hospitalarios.

4 Resultados

Las cocinas hospitalarias deben de seguir y cumplir unos requisitos, estos criterios son los siguientes:

La cocina deberá de disponer de una estructura adecuada y tener desarrollado un plan de mantenimiento de la misma.

La cocina tendrá que disponer de un sistema de agua potable

Todos los proveedores que suministren alimentos a las cocinas hospitalarias deberán de encontrarse debidamente homologado.

Se pondrán aparatos que sirvan para permitir el control de la temperatura que existe en el ambiente.

Todas las instalaciones y los materiales que compongan las cocinas hospitalarias debe de encontrarse debidamente verificado.

Los trabajadores que compongan las cocinas hospitalarias deberán de estar dotados del carnet de manipulador de alimentos.

Tendrán que disponer de los protocolos higiénicos correspondientes.

Se implementan adecuados programas de higiene, desinfección y limpieza.

El objetivo principal es velar por la correcta alimentación de todos los pacientes del hospital y aplicar los conocimientos científicos existentes, además se deben de respetar aspectos sociológicos, económicos y culturales.

Las funciones principales del servicio de dietética son:

Elaboración de un código de dietas hospitalario

Planificar y evaluar los menús según corresponda con el protocolo de dietas individualizado.

Control de la administración de las dietas al paciente

Diseño de dietas individualizadas

Autorización de las peticiones del cambio de dietas.

Los menús que se establecen y diseñan en los centros hospitalarios están supervisados por un nutricionista y además de aportar niveles nutricionales adecuados deben de estar equilibrados.

Se integrará al paciente en la toma de la decisión del menú que va a consumir, ofreciéndole varias opciones, entre las que tendrá que elegir una.

Los pacientes que se encuentran dentro de las instalaciones hospitalarias tienen los requerimientos energéticos adaptados a su situación actual.

5 Discusión-Conclusión

Debemos de tener en cuenta que la comida que se administra dentro de los centros hospitalarios siempre está supervisada por un nutricionista. Será el encargado de la elaboración de las diferentes dietas, teniendo en cuenta las condiciones en las que se encuentra el paciente en esos momentos.

El médico especialista prescribirá la dieta que mejor se adapte a sus necesidades, para que su recuperación sea lo más rápida posible. Una vez que la dieta ha sido registrada por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería o por el enfermero en el ordenador. El pinche será el encargado de procesarlo y de subirla a planta cuando esta precise.

6 Bibliografía

<https://nutricionensalud.com/hospital-como-debe-ser-la-alimentacion/>
<https://www.institutotomaspascualsanz.com/alimentacion-y-nutricion-hospitalaria-servicios-de-dietetica/>
<https://felanpeweb.org/web/2020/03/27/gastronomia-hospitalaria/>

Capítulo 171

EL PINCHE Y LA CORRECTA ORGANIZACIÓN DE LOS ALIMENTOS DENTRO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS

ELENA LÓPEZ RAMÍREZ

ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

JUANA MARI FUEGO GIL

ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARIA JIMENEZ BERNAL

1 Introducción

Podemos entender como vida útil del los alimentos a la etapa en la que el alimento se encuentra apto y seguro para su consumo, conservando íntegramente sus propiedades nutricionales, organolépticas y sanitarias.

Deberemos de clasificar los alimentos según sus características y sus recomendaciones a la hora de ser almacenados pudiendo diferenciar: frescos, refrigerados y congelados. Tendremos que mantener siempre la cadena de frío desde que se adquieren hasta que se almacenan.

Los productos que tienen que almacenarse en el refrigerador deben de alcanzar unas temperaturas entre 0 y 4 grados centígrados, para los productos congelados necesitaremos una temperatura de -18 grados centígrados.

Durante la descongelación tendremos que tener en cuenta no realizar el proceso a temperatura ambiente. Tendremos que poner los alimentos en el frigorífico, así procederemos a la descongelación el día anterior y se realizará de manera progresiva.

Cuando se vaya a procesar los alimentos se proporcionara una temperatura de 70 grados centígrados de los alimentos precocinados durante al menos 15 minutos. Debemos de saber que los alimentos duran un periodo de tiempo cuando están almacenados en congeladores y en frigoríficos, por ello todos los alimentos deben de estar previamente identificados con fecha, y conocer cuál es la vida media del mismo, para desecharlo en caso de que este se encuentre en malas condiciones.

2 Objetivos

Conocer e identificar de que manera se deben de almacenar los alimentos dentro de las cocinas hospitalarias, así como la durabilidad de los mismos.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo de investigación se han consultado las bases de datos más importantes: Pumed, Scielo, Medline, Google Scholar.

También se ha revisado la literatura científica sanitaria existente en referencia con el correcto almacenaje que deben de tener los alimentos dentro de las cocinas hospitalarias.

4 Resultados

Los pinches dentro de las cocinas hospitalarias tienen una labor muy importante e imprescindible. Como bien es sabido la comida que se prepara es para pacientes que tienen comprometido su estado de salud, por lo que aún más tendremos que realizar correctamente las labores de almacenaje y procesamiento de los alimentos, para evitar cualquier tipo de contaminación cruzada.

Los alimentos no perecederos son aquellos que tienen mayor durabilidad y podemos mantener sin necesidad de refrigerarlos. Estos se almacenarán en un lugar fresco, iluminado, sin luz solar y ventilado.

Es recomendable que los alimentos permanezcan en sus envases originales.

No deben permanecer expuestos a la luz solar, ya que esta favorece que los alimentos se oxiden rápidamente, provocando así pérdida del valor nutricional y

calidad del producto.

Debemos de mantener el ambiente limpio y correctamente desinfectado, mantener una baja temperatura y una correcta ventilación provocará que la humedad se vea considerablemente reducida y reducirá los malos olores.

Alimentos perecederos: son aquellos alimentos que debemos de consumir a los pocos días de adquirirlos aunque se refrigeren, ya que los factores ambientales favorecen su rápida descomposición.

Para almacenar de estos alimentos utilizaremos heladera para así mantenerlos frescos para su consumo inmediato, o los podemos congelar para un consumo futuro.

Algunos alimentos deben de ser almacenados a temperaturas muy bajas, ya que se han adquirido congelados desde el momento que son preparados hasta que se consumen.

Se debe de tener en cuenta la fecha de caducidad de todos los alimentos, y desechar aquellos que no se encuentre en condiciones óptimas para su consumo.

Algunos ejemplos de alimentos perecederos son: lácteos, frutas y verduras, carne fresca, huevos, embutidos, postres, alimentos que se han sacado del embalaje original.

Ejemplos de alimentos NO perecederos: atún enlatado, verduras congeladas, legumbres, sopa y pasta enlatadas, productos envasados herméticos.

5 Discusión-Conclusión

Debemos de conocer cuáles son los tipos de alimentos con los que se preparan las comidas y sus características principales. Así podemos diferenciar dos grupos: los alimentos perecederos y los alimentos no perecederos. Dependiendo de que alimento sea deberá de ser y procesado de una manera diferente para garantizar que este no se ponga en mal estado, y se encuentre en condiciones óptimas para su consumo.

Otro factor a tener en cuenta es la fecha de caducidad de los mismos, ya que se desecharán aquellos productos que no reúnan los requisitos para poder ser transformados y tratados para el consumo de los pacientes que se encuentren ingresados en centros hospitalarios.

6 Bibliografía

<https://supercampo.perfil.com/2020/05/consejos-almacenar-comida-prevenir-enfermedades/>

<https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>

https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v1_n1_a7.pdf

Capítulo 172

ACOSO LABORAL EN CENTROS SANITARIOS

PAULA GARCÍA GARCIA

VERÓNICA BUSTELO HAMED

MARIA ARIAS ALONSO

CRISTINA GARCIA ALVAREZ

ROCÍO ALVAREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Se define mobbing o acoso laboral como un acto de una persona o varias con tendencia a producir miedo, pánico, desconsideración y desprecio hacia un compañero en su lugar de trabajo, esto tiene como resultado el efecto de ansiedad o enfermedad en el trabajador. Esta persona o grupo de personas obtiene gratuitamente una violencia no justificada a través de acciones negativas dentro o fuera del lugar de trabajo por parte, o bien de sus propios compañeros o de sus superiores. El objetivo principal del acosador es que la persona humillada abandone su puesto de trabajo, ocasionándole así un enorme daño psicológico. Para ello es necesario implantar medidas para la mejora en el bienestar del personal empleado y ofrecer recursos y técnicas para la prevención de posibles riesgos psicosociales del entorno laboral. Las unidades donde más porcentaje estadístico se produce son, en las áreas de hospitalización y emergencias. El personal al que afecta presenta trastornos tales como baja autoestima, un gran impacto

emocional y en casos severos intentos suicidas, somatización de enfermedades físicas y problemas de organización. Hay que detectar, admitir, confrontar y corregir el acoso laboral antes de que puedan producirse problemas psicológicos o físicos, deterioro en las relaciones interpersonales de los trabajadores o una disminución del rendimiento en el trabajo. Todo esto conlleva a una amenaza en el equilibrio de los trabajadores y las empresas, por lo que deben desarrollarse programas formativos para evitar conductas laborales inapropiadas.

2 Objetivos

Determinar los niveles de acoso laboral en trabajadores de atención a la salud. Recoger información sobre el impacto del acoso laboral o mobbing entre los profesionales sanitarios como factor de tensión en el puesto de trabajo, que daños produce en el trabajador y que factores de riesgo son los que prevalecen

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

El mobbing o acoso laboral se desarrolla en varias fases: 1- Fase de conflicto. 2- Fase de acoso y estimación. 3- Fase de intervención. 4- Fase de solicitud de ayuda y diagnóstico. 5- Fase de salida de la empresa o traslado.

Hay dos maneras de clasificar el acoso: 1- Por posición jerárquica que puede ser horizontal si el acosador y el acosado están al mismo nivel o rango (compañeros de trabajo), vertical, en este caso se distinguen dos tipos: Ascendente, acoso por individuos de rango superior y descendente, acoso por individuos de rango inferior. 2 - según el objetivo: Estratégico, es el acoso ascendente, para que se agote, rescinda el contrato y la empresa se ahorre la indemnización, de dirección bajo amenazas (o cumple objetivos o a la calle), perverso :se suele manipular por envidias no por causas laborales, por ser mejor que el acosador, Disciplinario:

acoso descendente, nadie dice nada en contra por miedo a las represalias aún más graves a las que puede dar lugar, son muy pocos y pocas trabajadoras las que deciden parar la situación y denunciarlo al responsable competente.

El mobbing puede causar (depresión, ansiedad, estrés, desmotivación laboral), cuanto más dure la situación mayor es el daño. A veces si estos son alargados en el tiempo, los acosados con una personalidad un poco débil pueden acabar suicidándose al no poder resolver ni gestionar la situación que está viviendo. Hay que reconocer los actos constitutivos del acoso. Actuar con cordura, comunicar a otros trabajadores confiables de la situación, reunirse con otros miembros de la sociedad civil académica y profesional, entre otros sectores para proponer la reforma o creación de leyes contra ello. Intentar cambiar las sanciones de culpa o vergüenza. Y sobre todo no tratar a la persona como una víctima para evitar que caiga en ese rol y no se sienta intimidación por aquellas personas que le quieran hacer el mal en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El acoso en el trabajo es una realidad en los espacios laborales públicos como en privados. Los efectos del acoso laboral son múltiples, de allí la necesidad de examinar los mecanismos para su combate, sanción y prevención. Buscar que el trabajo digno sea una realidad es una tarea urgente y tratar de evitarlo es tarea de todos. No podemos negar la existencia del acoso laboral. Debe protegerse la integridad del trabajador. Garantizar siempre la seguridad y bienestar a través de una mentalidad de trabajo en equipo, un liderazgo que promueva un ambiente laboral saludable y unos mecanismos e intervenciones que produzcan unos resultados adecuados. El Acoso laboral en centros sanitarios produce consecuencias físicas como son trastornos físicos y psicológicos (ansiedad, depresión), consecuencias sociales como aislamiento, evitación y retraimiento y consecuencias laborales como pérdida de la productividad, afecta al rendimiento de la víctima, del grupo y aumento de la siniestralidad. Se deben implantar en los centros sanitarios medidas para prevenir, tratar y denunciar el Mobbing.

6 Bibliografía

El acoso en el trabajo (mobbing); análisis sobre la limitada respuesta jurídica a un antiguo problema de reciente estudio y futura solución (legal)”, Estudios financieros, Revista de Trabajo y SS 233-234, (2002), págs. 3-60.

Delimitar el concepto de “mobbing”, clave para una decisión judicial satisfactoria” en www.diariomedico.com

(25 de julio de 2003).

ARIAS DOMINGUEZ, Á. y RUBIO SANCHEZ, F. (2006): El derecho de los trabajadores a la intimidad, Cizur Menor, Cuadernos de Aranzadi social 26.

“La autotutela del trabajador frente a las extralimitaciones del poder de dirección del empresario” en CABEZA, J.; LOUSADA, J.

Capítulo 173

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO DE CENTROS SANITARIOS

MARIA ARIAS ALONSO

CRISTINA GARCIA ALVAREZ

ROCÍO ALVAREZ GONZÁLEZ

PAULA GARCÍA GARCIA

VERÓNICA BUSTELO HAMED

1 Introducción

La evolución de la comunicación entre los pacientes y el personal del sector sanitario exige mejorar las estrategias de comunicación que habitualmente se pueden utilizar en otros entornos. Proporcionar una información clara permite a los pacientes una toma de decisiones consciente y que se sientan partícipes de sus procesos, mejorando así su experiencia. Entre los factores más valorados por los usuarios están la accesibilidad a dicha información, y la capacidad de respuesta, credibilidad o implicación del personal de este sector. Los pacientes y su entorno buscan una información clara y veraz de su situación, así como una explicación afectiva y humana de lo que les ocurre. Una buena capacidad de comunicación es un pilar fundamental en la actividad laboral de los profesionales sanitarios y no sanitarios de este sector. Las competencias interpersonales nos

ayudan a crecer tanto profesionalmente como personalmente y así favorecer un mejor trato al paciente-usuario. Desde el punto de vista emocional la enfermedad es una situación negativa para el enfermo y a través de ellas puede haber una interacción profesional-paciente en la que predominen las calidades afectivas y donde el aspecto más importante sea la interacción comunicativa. La manera que tiene el ser humano y el resto de seres para entenderse es a través de la comunicación, en sus diferentes vertientes, oral, escrita, posición corporal, etc.

2 Objetivos

Exponer la importancia de establecer una buena conexión con el paciente y sus acompañantes desde el primer momento, evitando barreras en la comunicación, a través de un diálogo activo para que el mensaje se transmita de manera correcta y sea comprendido por todos los interlocutores.

3 Metodología

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

4 Resultados

La comunicación con el paciente mejora a través de la aplicación de habilidades sociales tanto básicas (escuchar con atención, presentarse y despedirse correctamente, agradecer, elogiar, etc.), como complejas (asertividad, empatía, captación del mensaje, definición del problema y evaluación de soluciones, negociación, inteligencia emocional, capacidad de disculparse ante los errores, reconocimiento y defensa de nuestros derechos y los de los demás, etc.). En la comunicación también hay que tener en cuenta otros aspectos como el contexto o los gestos, que a veces pueden dar lugar a mal entendimiento, por lo que se debe intentar siempre hablar de frente a la persona con la que nos vamos a comunicar, intentar mantener una distancia interpersonal adecuada para que ruidos u obstáculos no interfieran y den lugar a malentendidos. Una buena formación por parte de

prevención en una comunicación adecuada, dará lugar a evitar enfrentamientos entre el personal o evitar circunstancias que eviten a los trabajadores a depresiones, una de las causas más habituales en ausentismo laboral entre el personal hospitalario. Una comunicación adecuada ayuda a evitar enfrentamientos es decir que no se produzcan casos de violencia entre los trabajadores de las distintas áreas y servicios ni con los pacientes, usuarios o familiares.

Cuando un paciente o usuario acude a un centro sanitario de dan dos circunstancias importantes, por un lado la preocupación por el motivo de su visita y por otro la personalidad de cada quien, es por eso que el profesional debe adaptarse a cada circunstancia, no se puede actuar ni comunicarse de igual forma con un paciente que llega en actitud agresiva que con otro que lleva casi en actitud depresiva, por poner un ejemplo: El personal debe ser capaz de adaptar las respuestas y explicaciones a la circunstancia que se encuentra.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales deben de tener claro que, sus sentimientos y su actitud hacia el paciente debe ser positiva, siempre debe basarse en el trato respetuoso, digno, amable y bien intencionado. Debemos comportarnos con tacto, respeto y empatía utilizando lenguaje sencillo y directo, empleando habilidades de comunicación como ¿qué podemos hacer por usted?, ¿cómo se siente?, ¿qué le molesta? Escuchar las palabras y los silencios del paciente sin interrupción, permitiendo la expresión de sus emociones. Aprender a identificar las propias expresiones emocionales a través del rostro de los usuarios del sistema de salud con el objetivo de ofrecer una mejor experiencia al paciente a lo largo de todo el proceso sanitario. Para ello es necesario mejorar las habilidades de escucha activa, empatía y comunicación asertiva. En la labor profesional del personal sanitario y no sanitario cada día está más relacionada la salud con la calidad de la atención prestada y los cuidados tienen una mayor exigencia profesional y personal.

6 Bibliografía

Lefevre JM. Saber comunicar para ser más eficaz en el trabajo. Ed.Deusto. Bilbao, 1991.

Santamaría Jiménez A, Santamaría Lozano R, Verdú Martín I. Técnicas y estrategias de comunicación para mejorar la relación con el paciente.

Fundación Fade. Habilidades comunicación pacientes.

Lucas C, Gómez CI, Antón JM. La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial. *Cul cuid.* 2011; (31): 85-92.

Capítulo 174

CÓMO ACTUAR ANTE EL ACOSO LABORAL CONTINUADO DE LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO EN EL HOSPITAL

BÁRBARA ROBERT BALAGUER

NATALIA NAREDO RUBIO

TANIA MUÑIZ DÍAZ

TERESA ÁLVAREZ BERDASCO

ANA SUÁREZ GARRIDO

1 Introducción

El acoso laboral a un trabajador es una conducta discriminatoria que afecta a la integridad de una persona, teniendo que trabajar en un ambiente hostil, humillante y ofensivo.

El acoso puede presentarse de diversas maneras como:

- Haciendo al trabajador de menos, dejándolo solo sin comunicación con nadie.
- Acosándolo también fuera del trabajo
- Atacándolo verbalmente de una manera constante
- Creando falsos rumores y difundiendo a través de redes sociales

También existen dos tipos de acoso, el que es producido por tu jefe, acoso vertical y el que es producido por tus compañeros de trabajo, acoso horizontal.

Una de las grandes dudas es diferenciarlo de las disputas normales que pueden surgir entre compañeros de trabajo o con el mando superior

Para pensar que se trata de acoso se han de vulnerar los derechos fundamentales por un periodo de tiempo continuado.

Un punto para poder diferenciarlo es saber si la empresa está buscando que dimita de su puesto voluntariamente para así tener que evitar pagar al trabajador la indemnización correspondiente o bien para que acepte una reducción de jornada.

El trabajador tiene que demostrar que está sufriendo acoso por parte de sus compañeros o por parte de la empresa presentando pruebas, que puede ser:

- Guardar los correos de la empresa, para ello el trabajador deberá solicitar a la empresa que cualquier notificación se la haga a través del correo electrónico.
- Realizar grabaciones en el puesto de trabajo ya sean de audio o vídeo, que estén relacionados con el trabajo y la víctima forme parte de la conversación.

Si el acoso contra la integridad de la víctima es verificable denunciar ante la inspección de trabajo puede ser una herramienta muy fuerte.

- Acudir al médico para ser derivados al psicólogo y así poder aportar un informe médico
- Poder contar con las declaraciones de testigos

2 Objetivos

- Saber qué hacer en casos de acoso laboral
- Concienciar a trabajadores y empresarios para que adopten las medidas oportunas para evitar estas situaciones

3 Metodología

Para la realización de esta investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica por diferentes páginas como revistas médicas, manuales y artículos relacionados con el tema a tratar, de los cuales he recopilado toda la información necesaria para elaborar este trabajo.

4 Resultados

Para la empresa las consecuencias por acosar a un trabajador es una sanción económica, recargo de prestaciones económicas a pagar a la seguridad social y

si resulta de una enorme gravedad con penas de cárcel y si el acoso es por parte de compañeros la empresa deber de imponer su protocolo de actuación sobre el acosador

En cambio las consecuencias para la víctima son más graves como ansiedad, ataques de pánico, depresión, estrés, migrañas, adicciones, cambios en la personalidad, falta de concentración, asociabilidad, obsesión, falta de sueño, de apetito, dejadez profesional, mayor probabilidad de contraer infecciones, baja autoestima, irritabilidad, desconfianza, suicidio, agresividad, cansancio crónico, absentismo laboral.

El acoso laboral deja marcas imborrables que pueden ir desde el estrés hasta vivir avergonzado. El ser menospreciada dura aunque la víctima se aleje del acosador. La víctima está marcada psicológicamente lo que le hace más frágil, que se deriva a vivir atemorizado y a desconfiar de todo.

Es preciso la prevención del acoso para poder mejorar el ambiente laboral y así evitar la discriminación social.

Es importante tomar las medidas oportunas en una fase inicial y así evitar que el acoso vaya a mayores y ya no tenga solución. Como en todas las cosas el saber anticiparse a los posibles problemas que se presentan es la mejor prevención y es mucho mejor que esperar a que el problema se haya producido.

El objetivo es establecer un ambiente laboral agradable, creando situaciones en las que se mejore el nivel de vida a largo y corto plazo.

De cierta manera, se puede disminuir el peligro de acoso laboral facilitando la propagación de la información, la nitidez de los canales de comunicación y orientación laboral hacia los trabajadores

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral, aunque no nos demos cuenta, pasa más de lo debido, por eso debemos evitar que se produzca, bien sea por la empresa o por compañeros. No debemos permitir que nadie acose a otra persona porque podría tener unas graves consecuencias como la depresión como primer paso y como paso final el suicidio y para evitar el acoso hay que denunciar siempre y ayudar a demostrar el acoso a la víctima ya sea declarando en su favor, grabando las conversaciones en la que la víctima es menospreciada o humillada o simplemente si nos llega algún vídeo dónde se ve como humillan o agreden a la víctima parando la cadena y denunciando.

6 Bibliografía

<https://www.cuestioneslaborales.es/el-acoso-laboral-opciones-del-trabajador/>

<https://psicologosoviedo.com/especialidades/problemas-laborales/mobbing-consecuencias/>

<https://www.psicologia-online.com/las-consecuencias-del-acoso-laboral-716.html>

<https://www.fontelles.com/prevenir-acoso-laboral/>

Capítulo 175

ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SANIDAD FRENTE A SITUACIONES CONFLICTIVAS CON EL USUARIO

BEATRIZ MONTEQUIN IGLESIAS

1 Introducción

Los conflictos son inevitables. Forman parte del día a día en cualquier trabajo, en cualquier profesión. Más aún si hablamos del ámbito sanitario, donde los usuarios, ya sean pacientes directos o familiares, son personas que muchas veces acuden al centro preocupadas y nerviosas por su estado de salud.

Los conflictos se deben en su mayoría a problemas de comunicación y del entorno en el que se desarrolla la relación. Podemos hablar de circunstancias relacionadas con el paciente (personalidad, patologías, nivel cultural, experiencias negativas previas), con el profesional (personalidad, circunstancias de estrés o insatisfacción laboral) o del propio entorno (tiempos de espera elevados, instalaciones inadecuadas, etc.).

El auxiliar administrativo de sanidad, normalmente el primer eslabón de una larga cadena de atención al paciente, puede ser fácilmente el blanco de la frustración o ansiedad de aquellos pacientes que sienten que no son atendidos en el tiempo y forma que consideran adecuados.

Aunque la tendencia más humana es que el profesional piense que el conflicto nunca depende de él mismo, sino del usuario, existen ciertas características personales y de la situación que pueden influir en el agravamiento del conflicto.

Es por ello que estos profesionales deben conocer las estrategias disponibles para minimizar, reconducir y resolver dicha situaciones conflictivas del día a día, fomentando un clima de entendimiento beneficioso para ambas partes.

2 Objetivos

- Identificar al paciente difícil y las características más comunes en todos ellos.

3 Metodología

Para la redacción del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de información online sobre la materia que ha permitido recopilar diversos artículos publicados en congresos, revistas y otras publicaciones de carácter sanitario y psicosocial.

También se han revisado diversos libros y material didáctico correspondientes a cursos relacionados con la comunicación y la atención al usuario en situaciones conflictivas.

4 Resultados

Los pacientes o familiares manifiestan la tensión que les provoca el miedo, la preocupación, la falta de información o el dolor físico o psíquico que sufren de muy diversas formas: ironía, voces altas, insultos, amenazas, o simplemente, haciéndose las víctimas. Puede tratarse de una situación muy puntual en sus vidas, siendo habitualmente personas conciliadoras y razonables. Aunque también existen personas con un perfil conflictivo que presentan unos rasgos muy característicos: frecuentan el centro sanitario, siempre se muestran insatisfechos, magnifican sus problemas, etc.

Cuando nos encontramos con un usuario difícil o conflictivo es fácil que experimentemos emociones negativas que nos aparten aún más de él. Aunque resulte difícil, debemos rechazarlas y centrarnos en una escucha serena y activa, pues de lo contrario agravaríamos la situación.

En primer lugar, cuando el usuario dispara su agresividad y da rienda suelta a lo que siente, intentaremos no refutar sus argumentos ni restarles importancia hasta que se haya expresado con claridad, pues de lo contrario interpretará lo que le decimos como una excusa, una ofensa o de la forma que más le convenga.

Es fundamental no responder a sus provocaciones y mantener el equilibrio emocional.

En ocasiones, si se ha producido un error, es preciso reconocerlo y seguidamente hacer lo posible por subsanarlo. Cuando el paciente agresivo siente que deseamos ayudarlo, su actitud se relaja y puede convertirse en un aliado.

En todo momento mantendremos:

- Un lenguaje correcto, claro y profesional.
- Una expresión facial serena y relajada.
- Un tono de voz medio (ni alto, ni bajo) y firme.
- Una distancia interpersonal adecuada, que no resulte intimidatoria.
- Una postura que denote interés, ligeramente inclinada hacia adelante, nunca recostados en la silla.
- El esfuerzo de empatizar con el usuario y su situación personal.

Cuando se ha reconducido la situación y ha vuelto la calma, puede ser el momento de recordar al usuario lo inadecuado de su conducta previa de una forma respetuosa y conciliadora, expresándole nuestros sentimientos con la intención de que no vuelva a repetirse en el futuro.

5 Discusión-Conclusión

Las situaciones conflictivas son inevitables, pero la forma de afrontarlas será determinante para resolverlas, pues bien puede favorecer la comunicación, como fomentar la hostilidad y el distanciamiento.

El personal administrativo de sanidad, al detectar a un paciente o a un familiar conflictivo, debe evitar ciertas reacciones humanas que solo empeorarán la situación: la actitud evasiva, restar importancia al problema que plantea, negar los errores cometidos o entrar en el juego de la confrontación serían algunas de ellas.

Por el contrario, son actitudes y comportamientos que ayudarán a manejar la situación de forma efectiva: no perder la calma ni el contacto visual con el paciente, mantener un tono de voz adecuado y un lenguaje respetuoso, y practicar la escucha activa y la empatía, demostrando nuestro interés por la situación que nos plantea.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com>
- <https://psicologiaymente.com>

- Blay C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. FMC 1996.
- Gestión y servicios: La humanización en la atención al usuario. Manual formativo FYSA (Formación y Sanidad), 2020.
- Comunicación y atención al usuario en situaciones conflictivas. Manual formativo FYSA (Formación y Sanidad), 2010.

Capítulo 176

EL ESTRÉS EN EL ÁMBITO SANITARIO

NURIA CASTAÑO ÁLVAREZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el estrés como: “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción”. Se puede decir, por tanto, que estamos ante un sistema de alerta biológico necesario para la supervivencia.

El estrés laboral influye de manera negativa tanto en la salud tanto física como psicológica de los trabajadores tanto sanitarios como no sanitarios, y por ende, en la eficacia de los centros para los que prestan sus servicios; las personas que lo padecen no están en condiciones óptimas para desempeñar su labor.

Se trata de un conjunto de reacciones nocivas que se manifiestan cuando el trabajador no se siente capaz o no puede afrontar las tareas que ha de llevar a cabo. El nivel de exigencia es superior a los recursos con los que cuenta.

El personal sanitario (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería...) y no sanitario (celadores, fisioterapeutas, trabajadores sociales...) que lleva a cabo sus funciones en los sistemas de salud se enfrenta a situaciones y condiciones en su puesto de trabajo que pueden desencadenar situaciones de estrés. Factores como el aumento en la carga de trabajo o la reducción del número de trabajadores en dicho sistema, pueden propiciar dicha situación.

2 Objetivos

-Determinar los factores que desencadenan el estrés tanto en personal sanitario como no sanitario.

- Identificar las causas que lo provocan.
- Conocer sus consecuencias sobre la salud.
- Estudiar las medidas para evitarlo.

3 Metodología

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

4 Resultados

En los profesionales de la sanidad (tanto personal sanitario como no sanitario), las situaciones de estrés surgen cuando las exigencias en el trabajo superan a los recursos que posee el trabajador para hacerles frente.

Si esta situación perdura en el tiempo puede desencadenar síntomas tales como irritabilidad, insomnio, úlceras, mareos... Está considerado como un riesgo psicosocial.

Los factores de riesgos psicosociales pueden ser derivados de la organización y condiciones del trabajo o bien de factores personales:

Factores derivados de la organización y condiciones del trabajo:

- Falta de formación.
- Trabajo rutinario y monótono.
- Sobrecarga de trabajo.
- No saber con exactitud las funciones.
- No proporcionarle tareas.
- Toma de decisiones importantes.
- Exigencias contradictorias o incompatibles entre sí.
- No participar en la toma de decisiones.
- Falta de comunicación.
- Falta de apoyo en el trabajo.
- Conflictos con jefes o compañeros.
- Repercusiones en las relaciones sociales debidas a la organización del tiempo de trabajo.
- No conocer el funcionamiento de las nuevas tecnologías.
- Falta de recursos materiales necesarios para el trabajo.

- Trabajo físico.
- Ineficaz control por parte de superiores.

En cuanto a los factores personales estarían:

- Escasa tolerancia a la frustración.
- Conflictos interpersonales.
- Implicación en la tarea.
- Dificultad en la toma de decisiones.
- Apoyo de familia, amigos, compañeros.
- Posibilidad de conciliar vida familiar y laboral.

Entre las causas más frecuentes que desencadenan una situación de estrés se podrían destacar:

- Dificultad en la planificación de las tareas diarias.
- No poder tomar decisiones en la forma de realizar el trabajo.
- No ser capaz de hacer frente a las exigencias.
- Tener una alta presión en cuanto a objetivos y plazos.
- Relaciones conflictivas con superiores o compañeros.
- Condiciones laborales insatisfactorias.
- No estar informado de los cambios acontecidos en la organización del trabajo.

Las consecuencias ante este tipo de situaciones pueden ser tanto físicas (cefaleas, hipertensión, trastornos gastrointestinales...) como psicológicas (depresión, miedos, ansiedad...).

El centro de trabajo también se ve afectado por ello, materializándose en disminución de la producción, mayor número de accidentes, etc....

Para poder paliar esta situación sería necesario una adecuada formación de los trabajadores, realizar evaluaciones de los puestos de trabajo según las características individuales que se posean, proporcionar entornos de trabajo que incentiven al trabajador y que a su vez definan las funciones y responsabilidades y que fomenten la participación y la equidad sin discriminar y sin estigmatizar, y realizar campañas informativas que permitan identificar de manera precoz los síntomas.

5 Discusión-Conclusión

El nivel de estrés que sufren los trabajadores de los Sistemas de Salud (tanto personal sanitario como no sanitario) es bastante elevado. Se trata de un riesgo psicosocial que está presente en la mayoría de las organizaciones sanitarias. Se

produce tanto por las características del trabajo como por factores personales del propio trabajador que son desestabilizantes.

Cuando esto ocurre, es decir, cuando las exigencias del trabajo superan los recursos que posee el trabajador se hace necesario intervenir de alguna manera, ya que de esta forma aumentaría la motivación del trabajador así como la productividad y se reduciría el absentismo; cuestiones que repercuten directamente tanto en la salud física y psíquica del trabajador como en la propia organización.

6 Bibliografía

1. Guía de prevención de Riesgos Laborales en el sector sanitario. CC.OO.
2. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.
3. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.
3. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
4. <https://revistamedica.com/estres-hospitalario/amp/>.

Capítulo 177

MANTENIMIENTO DEL MATERIAL SANITARIO

SILVIA SUAREZ RIVERA

1 Introducción

Un material o producto sanitario, también llamado dispositivo médico, es aquel instrumento que cumple las funciones para ser utilizado en el diagnóstico y/o tratamiento con fines sanitarios en los pacientes.

Algunos de los materiales son los que conocemos como agujas, catéteres, sondas, gasas, algodones entre otros, los cuales son de importancia para cualquiera de los casos.

El material sanitario se puede clasificar en diferentes tipos, según su grado de peligrosidad o riesgo en su utilización, por lo que tenemos los llamados de riesgo bajo, riesgo medio-alto o riesgo alto y a su vez se pueden clasificar en reutilizables o desechables para ello debemos tener en cuenta que materiales se pueden limpiar, desinfectar y esterilizar, y cuáles pueden ser usados una sola vez y que tras ese uso debe ser eliminado.

Los materiales reutilizables son por ejemplo las tijeras, jeringas de anestesia, pinzas, separadores, curetas, porta-agujas, entre otros y los materiales desechables son por ejemplo las jeringas de única punción, los guantes, gasas y tallas, vestuarios desechables, apósitos, etc.

Para evitar infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, debemos tener en cuenta varios aspectos para evitar un importante problema de salud. Las principales medidas para su prevención y control se dividen en precauciones estándar,

dentro de estas se encuentra el lavado de manos, uso de guantes, batas, mascarilla y una adecuada eliminación de residuos. También es necesaria la realización de procedimientos de trabajo como la comprobación de la correcta esterilización del material sanitario.

2 Objetivos

- Clasificar los diferentes materiales sanitarios según su uso y su grado de peligrosidad.
- Describir los diferentes métodos de desinfección y limpieza de dicho material.
- Conocer su utilización para un correcto uso de los mismos.

3 Metodología

En el desarrollo de este documento, se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de páginas web de información y bases de datos, EMBASE, Medline, PubMed y se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva y consultado artículos relacionados con el tema de estudio

4 Resultados

Entre las funciones del mantenimiento del material sanitario, es muy importante el cuidado en su utilización así como el método de esterilizado correcto en cada caso.

Debemos tener en cuenta el uso de desinfectantes adecuados con una indicación del producto correcta según el tipo de material.

Para desinfectar el material sanitario, se depositará en un lugar adecuado para el lavado manual, limpieza y eliminación de residuos, consiguiendo así que se desprenda bien la suciedad, y para el aclarado final debemos utilizar agua desmineralizada.

No se deben utilizar limpiadores abrasivos ni tampoco disolventes o cepillos metálicos y posteriormente sumergiremos las piezas en un baño de ultrasonidos, ayudándonos de una solución compuesta por agua caliente, aproximadamente unos 40°C y un detergente neutro o desinfectante bactericida y viricida. El tiempo de actuación para la limpieza será aproximadamente de 15 minutos.

La limpieza y desinfección en el mantenimiento del material sanitario es muy importante para reducir el número de microorganismos presentes en ellos, eliminar

la materia orgánica e inorgánica contaminante y permitir que el material una vez esterilizado tenga un nivel de seguridad de 10.

En el equipo de esterilización debe existir el equipamiento necesario para procesar todos los instrumentos que están a su cargo. Las barreras protectoras como guantes, delantal, mascarilla y gafas de protección, deben utilizarse de acuerdo a la actividad realizada y riesgo al que se está expuesto, hasta que el material esté lavado y seguro para su manipulación.

En el cuidado del material durante la cirugía, se deben seguir las siguientes recomendaciones:

La instrumentista debe mantener el instrumental limpio de sangre y materia orgánica durante la cirugía, con una gasa húmeda con agua estéril. Los instrumentos con lúmenes deben mantenerse permeables, para esto deben ser mojados periódicamente durante el uso. El instrumental que ya ha sido utilizado en la cirugía y que no se volverá a usar, debe sumergirse en una batea con agua estéril, a excepción de motores o del instrumental cortante fino, que se retirarán al final de la intervención.

5 Discusión-Conclusión

El buen mantenimiento del material en los distintos ámbitos sanitarios tiene un papel muy importante, ya que, así evitaremos un desgaste inadecuado del material.

Una de las principales funciones no solo se limita a una correcta limpieza y desinfección, sino también al conocimiento de los procedimientos necesarios para el control de infecciones y de ellos mismos en la manipulación de estos.

Con el tiempo se ha ido conociendo más métodos y mejoras en la información sobre el buen uso y cuidado de los materiales e instrumentos, ya que los nuevos avances tecnológicos nos han permitido conocer en poco tiempo nuevas alternativas.

Desde la pandemia del Covid-19, se han implantado nuevas normativas, incluso más exhaustivas de las que ya teníamos si cabe, para un correcto control en todo lo relacionado con la prevención de contagio en la manipulación de material sanitario.

6 Bibliografía

1. <http://www.enfermeraspaellonyesterilizacion.cl/trabajos/material.pdf>
2. https://es.wikipedia.org/wiki/Producto_sanitario
3. <https://revistamedica.com/limpieza-desinfeccion-material-instrumental-sanitario/>

Capítulo 178

LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EMPLEADOS EN EL AMBITO SANITARIO Y SECUENCIA DE COLOCACIÓN

SILVIA SUAREZ RIVERA

1 Introducción

Los EPI son un equipo de protección individual que el trabajador debe llevar para protegerse frente a un posible riesgo, disminuya o evita daños derivados de un accidente en su puesto de trabajo, y que estos puedan poner en peligro su salud y su seguridad.

Los equipos de protección individual (EPI) se usarán conjuntamente con un plan de prevención adecuado y equipos de protección colectiva. Estos son la última barrera de defensa, en caso de que los riesgos de lesión no puedan eliminarse totalmente mediante otras medidas de protección.

Es necesario y muy importante llevar a cabo revisiones de forma habitual de todo el equipamiento para asegurar que sigue cumpliendo las funciones necesarias correctamente.

En el ámbito sanitario el uso de equipos de protección individual son de vital importancia para evitar, impedir o dificultar la transmisión de microorganismos al entrar en contacto con fluidos potencialmente infectados o contagiosos.

Según los riesgos a los que deben de proteger los EPI se clasifican en:

- Categoría I, protegen frente a riesgos mínimos.
- Categoría II, ofrecen un nivel de protección medio sobre riesgos moderados, no mortales e irreversibles a su portador.

- Categoría III, son aquellos equipos empleados para proteger contra riesgos mortales o irreversibles que pueden dañar seriamente la salud.

2 Objetivos

- Definir EPI.
- Citar los EPI usados en el ámbito sanitario y su uso.
- Determinar la secuencia de colocación y retirada de las prendas utilizadas como barrera física.

3 Metodología

En la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo una minuciosa revisión de la literatura científica existente y una búsqueda exhaustiva en diferentes páginas web, empleando palabras claves relacionadas con la temática expuesta en este capítulo, y siempre contrastando la información obtenida.

4 Resultados

Para prevenir el contagio, o impedir la expansión y transmisión de los microorganismos de la cadena epidemiológica usamos barreras físicas protectoras (EPI). Los EPI más utilizados en la sanidad son:

- Calzas: son las encargadas de cubrir el calzado, evitan que el calzado entre en contacto con superficies contaminadas, son de plástico y se desechan. Se colocan en ámbitos de máxima asepsia como las zonas quirúrgicas.
- Gorro: sirve para cubrir el pelo y se usa en el quirófano, con pacientes trasplantados, grandes quemados, inmunodeprimidos; son de papel y desechables.
- Mascarilla: impide el paso de los microorganismos al estornudar, toser o hablar. También son desechables y pueden ser quirúrgicas y de alta filtración. Se usan en habitaciones de aislamiento, quirófanos, manipulación de productos contaminados o contaminantes, y en todas las situaciones donde sea necesario un aislamiento respiratorio.
- Bata: protege el uniforme de una posible contaminación e impide que los posibles agentes patógenos que puedan estar en el uniforme sean transmitidos al

paciente. Son de papel, de un solo uso con cada paciente y suelen llevar un puño elástico y una abertura en la espalda que se cierra y ajusta con cintas o velcro.

– Pantallas faciales o gafas de montura integral: protegen de las salpicaduras de gotas de sangre o fluidos. Son de plástico transparente y de talla única. Con la pantalla protegemos toda la cara y con las gafas solo protegeremos los ojos, con lo que deberíamos tener especial cuidado y usar todo en conjunto con una mascarilla para evitar el contacto con las mucosas.

– Guantes: cubren las manos y se recomienda utilizarlos siempre que se vaya a estar en contacto con fluidos, secreciones, mucosas o piel no intacta; son desechables, y de un solo uso con cada paciente, para evitar la contaminación cruzada. Debemos quitarlos una vez hayamos finalizado la tarea. Pueden ser de plástico, látex, nitrilo, o estériles.

5 Discusión-Conclusión

Debemos tener en cuenta que es muy importante, que el personal sanitario realice un lavado de manos con frecuencia antes de ponerse los atuendos y accesorios de protección adecuados, dependiendo siempre del tipo de aislamiento, del germen o infección, de la zona de trabajo y siempre cuando exista un riesgo al entrar en contacto con sustancias o pacientes con enfermedades infectocontagiosas, así se minimizará y evitará la propagación de las infecciones nosocomiales hospitalarias. Los EPI tendrán que garantizar la máxima protección, con la mínima molestia para el trabajador.

El orden recomendado de los EPI, es diferente de cuando se pone a cuando se quita, y siempre se hará un lavado de manos antes y después de su utilización.

- Para la colocación por orden: calzas, gorro, mascarilla, pantalla facial o gafas, bata y guantes.
- Para la retirada: guantes, pantalla facial o gafas, mascarilla, bata, gorro y calzas.

6 Bibliografía

1. <https://www.semes.org>
2. <https://revistamedica.com>
3. <https://www.scielo.com>
4. <https://www-semergen.es>

Capítulo 179

RIESGOS LIGADOS A LOS AGENTES FÍSICOS

NEL DÍEZ RODRÍGUEZ

ANA RODRIGUEZ MORENO

ELENA BRIGIDA MONTES SUAREZ

1 Introducción

Este trabajo se centrará en aquellos agentes físicos que pueden afectar a la salud de los trabajadores. Centrándose sobre todo en los tres tipos de agentes físicos que se tienen en cuenta, que son el ruido, las radiaciones y el ambiente térmico. Más adelante se centrará en las soluciones que se pueden aportar para proteger a los trabajadores de dichos problemas.

También se mencionarán las medidas permitidas y aquellas que no se deben de sobrepasar para evitar una exposición dañina para la salud y las normativas que rigen estos valores. Para así poder comprobar dichos valores en un ambiente laboral y saber las medidas a implantar dependiendo de los resultados obtenidos durante una inspección.

Por último se expondrán los daños y aquellos problemas que puede generar, repasando las posibles enfermedades y daños que cada uno de estos factores de riesgo puede producir y la gravedad de estos. Todo esto en referencia a estudios médicos contrastados que exponen de forma clara los riesgos que estos problemas producen en la salud de las personas que se exponen durante largos, o cortos periodos de tiempo y la intensidad de los valores medidos frente a dichos problemas.

Todo esto como antes ha sido mencionado, haciendo referencia a normativas y estudios médicos realizados enfocados exclusivamente para este factor de riesgo.

2 Objetivos

- Dar a conocer los riesgos que los agentes físicos provocan en la salud del trabajador.
- Exponer las soluciones existentes para prevenir los riesgos que producen.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha revisado el contenido referente a los agentes físicos recogido en el libro de título: Formación y Orientación Laboral. También se ha realizado una investigación en Google académico usando las siguientes palabras claves: Agentes Físicos, Ruido, Radiaciones y Ambiente térmico.

4 Resultados

Nos referimos a los agentes físicos a aquellas formas de energía que puede afectar a los trabajadores y trabajadoras. En este trabajo nos centraremos en los tres agentes físicos principales, el ruido, las radiaciones y el ambiente térmico. Como estos efectos son difícilmente evitables, a la hora de evaluar los riesgos se deben tener en cuenta la exposición y el tiempo al que se está expuesto dentro de unos valores que se han de medir, para así, tomar las medidas adecuadas.

El agente físico por excelencia, y por tanto, el más extendido por el medio laboral es el ruido. El ruido es todo aquel sonido no deseado, molesto o desagradable. Las medidas que se tendrán en cuenta para la medición y la valoración del riesgo del ruido serán enfocadas en medir su intensidad

(decibelios) y su frecuencia o tono (hertzios). Estas medidas son de muy alta importancia debido a que los efectos de una fuerte intensidad de ruido, o una muy alta frecuencia del mismo, puede producir daños irreversibles para la salud del trabajador. Pudiendo ser estos desde el más común, la pérdida de audición, como a los más graves siendo estos problemas al sistema nervioso, endocrino, problemas digestivos, y una gran variación de efectos negativos sobre la salud del trabajador, según varios documentos médicos. Este riesgo será evaluado bajo los criterios que se recogen en el Real

Decreto 286/2006, del 10 de Marzo.

Ya que este problema es de difícil solución, las medidas para controlarlo se pueden aplicar de tres formas. La más común es aplicar la medida sobre la fuente del ruido, intentando aislarlo así del espacio de trabajo. Otra forma bastante común es aplicar las medidas en el medio de transmisión, mediante la colocación de pantallas acústicas. Y por último sería aplicar las medidas sobre el receptor, mediante EPI (Equipos de Protección Individual) o usando cabinas insonorizadas por ejemplo.

Cuando hablamos de radiaciones hay que saber diferenciar de qué dos formas se pueden categorizar, estas son las radiaciones no ionizantes y las ionizantes. Entiéndase por radiación a aquella forma de energía que se propaga por el medio en forma de ondas electromagnéticas, pudiendo ser producida de forma natural, como la radiación solar, hasta otras que se produzcan de forma artificial. El gran problema de las radiaciones es que no se ven y la gran mayoría no se sienten.

Y aunque no se lleguen a sentir pueden producir daños irreparables en la salud. Las radiaciones no ionizantes son aquellas que no producen alteraciones a nivel molecular al interactuar con un medio natural y dentro del espectro electromagnético ocupan desde las frecuencias extremadamente bajas (ELF) hasta la radiación ultravioleta (UV). Dentro de este rango encontramos ocho tipos de frecuencias, las ELF, producidas por líneas de alto voltaje, las muy bajas frecuencias, producidas por elementos de radiocomunicación, las microondas, producidas por televisores, radares, etc., ultrasonidos, producidas por soldaduras de plásticos, la radiación infrarroja, producida por cuerpos incandescentes, la radiación visible, producida por ejemplo por lámparas incandescentes, la radiación UV, producida de forma artificial mediante lámparas de fototerapia y por último la láser, producida únicamente por aparatos que puedan generar rayos láser.

Aunque este tipo de radiaciones son las menos dañinas, pueden producir daños de igual manera, tanto térmicos, como hipertermia generalizada, quemaduras, cataratas, etc., como no térmicos, pudiendo producir alteraciones en el sistema nervioso, de la sangre y/o de la piel. Según nuestro tiempo de exposición y la intensidad a la que estemos expuestos puede producir daños muy variados, pero incluso con una pequeña intensidad a la que se exponga una persona, si se hace durante exposiciones repetidas, puede producir daños a largo plazo. Es por esto que existe un gran desconocimiento a día de hoy sobre todos los daños que pueden producir.

Las medidas de prevención que se pueden aplicar para reducir los riesgos producidos pueden ser aplicadas sobre la fuente emisora de la radiación, sobre el ambiente (recubriendo las paredes por ejemplo), sobre la organización de trabajo (reduciendo el tiempo de exposición de los trabajadores) y sobre las personas

proporcionando un EPI adecuado.

Las radiaciones ionizantes son las que más daños pueden producir sobre la salud, ya que como su propio nombre indica, produce de forma directa o indirecta ionización, es decir, puede alterar y destruir medios materiales a nivel molecular, produciendo por ende cambios en sus propiedades químicas. Sus principales fuentes naturales son el sol, las estrellas y la radiación terrestre, mientras que las artificiales se categorizan a nivel médico e industrial, siendo las médicas los aparatos de rayos X, aceleradores de partículas, cobaltoterapia, curiterapia y radioterapia. Y a nivel industrial la radiografía y gammagrafía, medidores de nivel, grosor y humedad, para procesos de eliminar la electricidad estática, radioluminiscencia, trazadores y las más populares como las instalaciones nucleares y la industria conexas.

Los daños a la salud dependen de la cantidad de radiación ionizante absorbida, medida en sievert

(SV). Menos de un SV puede producir malformaciones fetales, alteraciones gastrointestinales, náuseas, vómitos, etc. De uno a tres SV puede producir malestar general, eritemas cutáneos y tiene una tasa de mortalidad en torno al 5%-10%. De tres a seis SV pueden producir esterilidad e incluso bloqueos medulares reversibles y su tasa de mortalidad es del 50% no llegando a vivir más de dos meses. Y más de seis SV ya pueden producir hemorragias, inflamaciones y no se registran casos de supervivientes por encima de los quince días. Las dosis más altas medidas en humanos se produjeron durante el popular accidente nuclear de Chernobyl llegando a medir 16 veces más la dosis mortal. Aparte de todos estos daños de efecto inmediato, a largo plazo dosis más pequeñas durante un tiempo prolongado produce varios cánceres, leucemia, etc.

Y por último hablaremos del ambiente térmico, siendo este el último de los tres agentes físicos, pero no por ello el menos importante, ya que todo ser humano para su supervivencia necesita mantener la temperatura interna de su organismo dentro de unos límites muy estrechos. Por esto mismo los factores a tener en cuenta son las condiciones termohigrométricas del ambiente de trabajo, el metabolismo de la persona expuesta a dicho ambiente y el tipo de vestimenta o equipo de trabajo que deba llevar el trabajador/a. El conjunto de estos tres factores es conocido como sensación térmica.

En ambientes calurosos los efectos más importantes son los golpes de calor, desmayos, deshidratación, etc. Mientras que en ambientes fríos los principales son la hipotermia y la congelación. La evaluación a ambientes térmicos se rigen en el Real Decreto 486/1997, donde se encuentran las disposiciones mínimas de seguridad y la salud en los lugares de trabajo.

Las medidas preventivas a aplicar se pueden aplicar en la fuente del calor o el frío, aislando así el foco, medidas sobre el ambiente térmico, mejorando la ventilación en general y por último sobre la persona, reduciendo la carga del trabajo, disminuyendo el tiempo de exposición o el uso de EPI.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, aunque estos tres factores sean difíciles de eliminar y estén tan extendidos en el ámbito laboral, no son factores a obviar e ignorar, ya que los daños producidos como norma general son de carácter irreversible e incluso puede llegar a provocar la muerte. Con el tiempo se han ido aplicando medidas de prevención mejores y se ha formado de una mejor forma y más correcta a los trabajadores, haciendo que el riesgo de los agentes físicos se vaya reduciendo y haciendo del entorno laboral un sitio más seguro. Aparte de todo ello la evolución de las instalaciones nos pueden llegar a aportar una mayor seguridad frente a estos factores o incluso prevenir accidentes que puedan llegar a producir un aumento de ruido, radiación y/o de la temperatura e incluso disminuir en caso de la última, pudiendo llegar a producir situaciones de un alto riesgo para los trabajadores e incluso en el entorno.

6 Bibliografía

Para la elaboración de este trabajo se ha revisado el contenido referente a los agentes físicos recogido en el libro de título: Formación y Orientación Laboral. También se ha realizado una investigación en Google académico usando las siguientes palabras claves: Agentes Físicos, Ruido, Radiaciones y Ambiente térmico.

Capítulo 180

DIETA CELIACOS: PRECAUCIONES, ELABORACIÓN DENTRO DE LAS COCINAS

JOSE ANTONIO SUAREZ SUAREZ

1 Introducción

La enfermedad celiaca es una intolerancia al gluten. En algunos cereales como el trigo, la cebada, la avena y el centeno, existe una proteína, que es el gluten, la cual produce en las personas celiacas una atrofia de las vellosidades que se encuentran en el intestino delgado, esto ocasiona la mala absorción de los nutrientes de los alimentos que se ingieren en la dieta, como son los hidratos de carbono, las proteínas, grasas, sales minerales y vitaminas

La causa exacta de la enfermedad celíaca, en el día de hoy, aún se desconoce, pero la realidad es que cuando el individuo consume alimentos con gluten, su sistema inmunitario reacciona dañando las vellosidades intestinales y ocasiona que estas sean incapaces de absorber el hierro y todas las sustancias ya mencionadas.

Como consecuencia de esta intolerancia, pueden aparecer y aparecen una serie de síntomas como la pérdida de apetito, diarrea crónica, pérdida de peso, distensión abdominal, alteración del carácter, retraso en el crecimiento, anemia, también pueden aparecer aftas bucales, etc. Y por consiguiente ocasionan un problema de salud, por lo cual es importante realizar un diagnóstico rápido.

Las pruebas que se realizan para llegar a un diagnóstico consisten en un análisis en sangre de anticuerpos específicos (antiendomiso y antitransglutaminasa). Esta prueba no nos confirma la enfermedad, pero puede ser una herramienta válida para descartarla. La prueba específica para el diagnóstico, es la realización de

la biopsia intestinal, y esta si nos dará un diagnóstico fiable sobre la existencia de enfermedad celiaca o no.

Tras el diagnóstico lo más importante, consiste en seguir una dieta estricta, sin gluten, durante toda la vida. Cuando el paciente realiza correctamente la dieta sin gluten, desaparecen los síntomas y por tanto se reparan las lesiones de las vellosidades intestinales y las consecuencias que ocasionaron su deterioro, y se restablece la capacidad de absorción de nutrientes. A partir de este momento podemos cambiar el término de enfermedad celiaca a condición celiaca.

2 Objetivos

- Aumentar conocimientos sobre la celiaquía.
- Dar pautas y precauciones sobre la realización de dieta para celíacos eliminando los productos que contengan gluten y reacciones cruzadas, sobre todo en cocinas de restauración y ámbitos sanitarios (hospitales, restaurantes, colegios etc.).

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, sobre la intolerancia al gluten y celiaquía. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros formato PDF, páginas electrónicas y búsqueda en Internet.

4 Resultados

En los últimos años ha aumentado considerablemente el interés de la sociedad en general para conocer la dieta sin gluten, en que consiste y que alimentos lo contienen, hasta el punto, que se han formulado leyes y protocolos para las cocinas de los hospitales, comedores escolares, bares y restaurantes, así como la importancia y la necesidad de que estos cuenten con menús libres de gluten. También, las empresas de transporte que tienen servicio de comida, deben disponer y ofertar alimentos para celíacos, siempre teniendo en cuenta los protocolos sobre contaminaciones cruzadas. También, la ley Nacional sobre celiaquía nos indica que los productos que se venden como libres de gluten deben disponer en sus envoltorios la leyenda y el símbolo sin gluten, correspondiente.

De especial importancia es que a los profesionales de la hostelería se promueva y facilite la formación sobre intolerancias alimentarias, con la realización de cursos

de manipuladores de alimentos donde se les forme e instruyan sobre el abordaje de estas.

El servicio de alimentación hospitalaria suele establecer acuerdos de colaboración, en muchos de los casos, con instituciones y organizaciones de intolerantes al gluten.

El principal y único objetivo de la dieta es retirar definitivamente el gluten de la alimentación de los celíacos y aunque, parece sencillo, puede en la práctica, representar un reto para las personas que tienen que seguir y/o elaborar este tipo de dietas, ya que existen situaciones que pueden facilitar la existencia errores o favorecer la ingesta involuntaria de gluten.

Teniendo en cuenta todo esto, es conveniente que la dieta sin gluten esté basada, en alimentos naturales: leche, carnes, pescados, huevos, frutas, hortalizas, legumbres y cereales sin gluten como son el arroz y el maíz y por supuesto desechando productos manufacturados o manipulados en los que no tengamos una total garantía de su composición y su forma de elaboración.

Las cocinas colectivas, hospitalaria, escolar o de empresa de catering que elabora este tipo de menús debe tener presente y ser consciente de la responsabilidad que adquiere y tiene en la realización de este tipo de menús, ya que estamos hablando de la salud de la persona. La forma más segura de garantizar los objetivos de salud, comienza con la formación del personal de cocina, la implantación de un sistema de control interno sobre todos los posibles riesgos de contaminación, la revisión del proceso de manipulación, elaboración y almacenaje, así como el de distribución. En definitiva, la implicación, el conocimiento de todo el personal y la comunicación (gerente, dietista, responsable de cocina ayudante de cocina, cuidadores, enfermeros, médicos, etc.) son decisivos en esta labor.

Los requisitos que deben tener las instalaciones que elaboran este tipo de dietas entre otras son:

Existencia de líneas separadas de manipulación y elaboración, tanto de localización como de equipo (conocedor de la metodología de manipular alimentos para realizar dieta sin gluten), así como la maquinaria que se utiliza para elaborar estas dietas.

Deberá existir una separación física entre las zonas que realicen otro tipo de dieta, así como los utensilios utilizados serán específicos para realizar esas dietas, en ese momento.

Se tendrá especial precaución para evitar contaminaciones cruzadas a través de las manos, utensilios, ropas, etc. por lo que el personal que realiza los menús sin gluten no puede simultáneamente realizar menús con gluten.

No se pueden compartir freidoras o planchas con otro tipo de dieta ni tampoco

hornear simultáneamente con otras elaboraciones que contengan gluten. El almacenamiento de productos ya elaborados se deben guardar en termos y/o bandejas selladas correctamente identificadas y separadas de los de con gluten. Ante la imposibilidad de que en algunas cocinas se puedan diferenciar zonas, entonces se beberá, realizar limpieza exhaustiva, y se comenzará con la manipulación y realización de las dietas para celíacos y una vez finalizado, envasado y etiquetado correctamente, se realizará el resto de dietas con gluten.

5 Discusión-Conclusión

El número de casos sobre la existencia de personas de intolerantes al gluten, ha experimentado, desde hace años, un aumento importante como consecuencia al mayor conocimiento y divulgación de la enfermedad por parte de la sociedad y del colectivo médico, y también debido a la realización de mayor número de pruebas y por ello, a un mayor número de diagnósticos. Según estudios el porcentaje de personas celíacas es del 1% con respecto a la sociedad total.

La divulgación a nivel social permite visualizarlo, y normalizarlo y con ello la persona celíaca no se ve condicionada al salir y relacionarse ante una mesa de comida y por tanto repercute en una mejor calidad de vida y no ver disminuida la socialización de estos.

Los profesionales de cocina deben tener pautas claras, concretas y sencillas, disponer de medios, para elaborar menús sin gluten de forma fácil y segura, siendo conscientes y totalmente responsables de que no se puede bajar la guardia con el fin de evitar errores, confusiones e intentar siempre aumentar la calidad de los menús para celíacos.

Para facilitar la función de información y aprendizaje, la sociedad española de enfermedad celíaca (SEEC) y la Federación de Asociaciones de celíacos de España son herramientas muy útiles para poder acceder, tanto la sociedad como profesionales sanitarios, con el fin de aclarar dudas sobre esta patología, donde se pueden visualizar lista de alimentos, marcas y productos seguros para todos los celíacos.

6 Bibliografía

1. FACE [Internet]. FACE | Federación de Asociaciones de Celíacos de España; [consultado el 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.celiacos.org>
2. Gloker G. Nosotros Los Celíacos. [lugar desconocido]: Dunken; 2005.

3. Estévez V, Araya M. LA DIETA SIN GLUTEN Y LOS ALIMENTOS LIBRES DE GLUTEN. Revista chilena de nutrición [Internet]. Diciembre de 2016 [consultado el 18 de noviembre de 2022];43(4):14. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0717-75182016000400014>
4. Gil Yubero J. Intolerancia al gluten. Dieta y consejos prácticos. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria [Internet]. Marzo de 2018 [consultado el 18 de noviembre de 2022];25(3):140-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2017.09.005>
5. Fernández Miaja M, Díaz Martín JJ, Jiménez Treviño S, Suárez González M, Bousoño García C. Estudio de la adherencia a la dieta sin gluten en pacientes celíacos. Anales de Pediatría [Internet]. Agosto de 2020 [consultado el 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.06.017>
6. 17 consejos sobre cómo evitar CONTAMINACIÓN cruzada GLUTEN ¿Qué es? [Internet]. Sin Gluten Salud - Grupo Celiaca (Grupo de Trabajo sobre Enfermedad Celiaca y Sensibilidad al Gluten No Celiaca) Especializada en celiaquía y trastornos relacionados - Intolerancia al gluten – Alergia al trigo – Dermatitis herpetiforme - Ataxia por gluten - Neurogluten - Alergias - Dieta Sin Gluten. 2019 [cited 2022 Nov 18]. Available from: <https://www.singlutensalud.com/dieta-sin-gluten/contaminacion-cruzada-gluten/>

Capítulo 181

EL TELEFONISTA Y LA COMUNICACIÓN EFECTIVA QUE SE DEBE DE TENER CON LOS PACIENTES DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO

ELENA LÓPEZ RAMÍREZ

1 Introducción

Los profesionales que se dedican a proporcionar información en referencia con el ámbito de la salud por vía telefónica deben de desarrollar una comunicación efectiva.

Debemos de conocer que tipos de elementos intervienen en la comunicación y que dificultan o facilitan dicho proceso.

Mantener una conversación puede parecer una acción sencilla, pero a decir verdad la labor que desempeña el telefonista dentro del ámbito de la sanidad resulta complejo, ya que intervienen una cantidad de factores que influyen directamente, ya sean de carácter emocional o psicológico.

El telefonista de sanidad debe de desarrollar ciertas habilidades comunicativas para poder comprender e interpretar el mensaje que el paciente quiere expresar. Para poder lograr una comunicación efectiva el telefonista de la sanidad debe de tener en cuenta una serie de factores del paciente con el que se está comunicando. Previamente se deben de conocer este tipo de características para así poder establecer estrategias que puedan ayudarnos a mantener una conversación adecuada, donde se podrá ejercer las habilidades y destrezas que hemos adquirido para así poder satisfacer las necesidades que el paciente va demandando en cada momento.

El telefonista de la sanidad debe tener en cuenta que es un factor importante el poder establecer una buena relación con el paciente para así lograr que la comunicación sea mucho más clara, honesta y directa.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las habilidades y destrezas que debe de conocer el telefonista de la sanidad para poder tener una comunicación fluida con el paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica consultando las bases de datos de referencia: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.

También se ha consultado la literatura científica sanitaria existente en referencia con las habilidades que deben de desarrollar los telefonistas dentro del entorno sanitario.

4 Resultados

Podemos decir que la comunicación siempre ha sido un proceso determinante para el correcto desarrollo de la civilización, ya que entre los seres humanos siempre ha existido la necesidad de comunicación.

La comunicación consiste en el proceso para transmitir información existen elementos que podemos diferenciar, como:

.Emisor: Persona que emite o produce un mensaje en el ámbito de la comunicación.

.Receptor: Es la persona que recibe el mensaje. Igual que el emisor puede ser individual o colectivo.

.Mensaje: Contiene la información que manda el emisor al receptor a través de un canal comunicativo. El mensaje consiste en trasladar una idea, pensamiento o concepto a través de un código.

.Código: Se emplea en el acto de la comunicación y debe de ser conocido tanto para emisor como para receptor para que la comunicación pueda ser eficaz.

.Canal: Es el medio físico a través del cual se transmite y recibe el mensaje.

.Ruido: Denominamos ruido a toda la señal no deseada que se mezcla con el mensaje que se quiere transmitir. Tiende a enmascarar o distorsionar la información que se está transmitiendo, impidiendo que el receptor reciba el mensaje con claridad.

La comunicación es el medio por el cual podemos comunicarnos con el resto de individuos para proporcionar una información, ayudar, solucionar problemas, transmitir órdenes o deseos, por eso la comunicación debe de ser efectiva.

Mantener una conversación con otro individuo parece una tarea fácil, pero en el caso del telefonista de la sanidad puede resultar un procedimiento bastante complejo, ya que pueden influir diferentes factores como por ejemplo psicológicos o emocionales.

Debemos de tener en cuenta que todos los individuos no transmiten ni captan la información de la misma manera, tenemos que tener en cuenta el nivel cultural, para adaptar el mensaje a las necesidades del receptor.

Así evitaremos tener malos entendidos, y nos aseguraremos de que los pacientes hayan comprendido la información tal y como se desea.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar el papel que desempeña el telefonista dentro del ámbito sanitario es muy importante. Para desarrollar bien sus funciones, deberá de desarrollar ciertas habilidades que le permitan comunicarse con los pacientes de una manera correcta. Deberá de saber adaptar la información a cada paciente dependiendo de su nivel cultural y de conocimiento.

El telefonista dará el mensaje de una manera clara y directa asegurándose que el paciente entiende la información que se le está proporcionando en esos momentos.

Para saber si ha comprendido la información le realizaremos algunas preguntas que nos ayudarán a conocer si el paciente ha logrado comprender con claridad el mensaje.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/comunicacion-efectiva-telefonista-paciente/>
<https://medline.com//telefonista-sanidad-comunicacion/>
<https://scielo.org/comunicación-telefonista-paciente>

Capítulo 182

EL TELEFONISTA Y LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN QUE SE DEBEN DE ADOPTAR PARA LA CORRECTA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES

ELENA LÓPEZ RAMÍREZ

1 Introducción

Las habilidades comunicativas consiste en adquirir la capacidad de comunicarnos de una manera eficiente y con destreza. Para poder ejercer como telefonista dentro del entorno sanitario, deberemos de desarrollar unas habilidades comunicativas competentes.

El proceso de comunicación presenta una serie de características:

.Activo: Está continuamente en movimiento intercambiando los roles de receptor y emisor constantemente.

.Obligatorio: Se imposibilita la manera de comunicar, y hasta el silencio se considera una herramienta de comunicación.

.Irreversible: Una vez se ha realizado este tipo de comunicación no regresa, se borra.

.Bidireccional: La comunicación se establece en ambas direcciones

.Verbal y no Verbal: Es importante siempre que se permita el medio de comunicación, utilizar ambos lenguajes, se complementan uno a otro.

Debemos de tener en cuenta que las expresiones y el silencio también son una herramienta de comunicación y deberemos de adoptarlas cuando queramos transmitir un mensaje al paciente.

Es muy importante que se establezca una comunicación eficaz con el paciente, y para ello el telefonista de la sanidad deberá de tener en cuenta una serie de características del paciente como: edad, sexo, nivel cultural, nivel socioeconómico y religión.

Proporcionar una comunicación adecuada no solo se basa en ofrecer una comunicación adecuada, sino que además se deben de tener en cuenta una serie de características como ser asertivo, generar confianza y seguridad.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las habilidades de comunicación que debe de desarrollar el telefonista dentro del entorno sanitario para establecer una correcta comunicación con el paciente.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica consultando las bases de datos más importantes como son: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.

También se ha consultado la literatura científica sanitaria existente en referencia con las habilidades de comunicación que debe establecer un telefonista dentro del entorno sanitario.

4 Resultados

Cuando se establece una comunicación debemos de tener en cuenta que intervienen diferentes elementos que nos ayudan o dificultan el proceso. Existen diferentes habilidades que nos ayudan a comunicar y a mejorar las relaciones sociales e interpersonales.

Existen una multitud de factores que pueden dificultar la comunicación dentro del entorno sanitario, entre ellos podemos destacar: cambios demográficos, diversidad cultural, idiomas, falta de personal sanitario...

Todos estos factores interceden de manera directa a la hora de establecer una comunicación con los pacientes.

El telefonista debe de establecer y desarrollar una buena comunicación con los pacientes y comunicarse de manera clara, directa y honesta.

El telefonista de la sanidad también debe de aprender a resumir la información que va a proporcionar al paciente, así aclararemos y validaremos la comprensión y podremos proporcionar a los pacientes que nos realicen las preguntas que sean necesarias.

Debemos de tener en cuenta que la mayoría de los pacientes con los que vamos a tratar y a transmitir una información, suelen poseer conocimientos bastante limitados en cuanto a salud física y psicológica. Debido a este factor cabe la posibilidad de que el paciente encuentre dificultad a la hora de comprender la información que se le está trasladando. Por eso haremos especial ímpetu en utilizar un lenguaje sencillo y adaptado para todo el público y utilizaremos diferentes métodos para comprobar que el paciente ha comprendido la información que le hemos trasladado.

Es importante realizar una escucha activa, para así poder verificar y parafrasear todas las palabras que emite el paciente.

No debemos de olvidar que una noticia que está mal comunicada puede ocasionar consecuencias negativas, tanto para el paciente como para el telefonista de la sanidad, sobre todo en aquellos casos en el que el error repercute de forma negativa en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar el trabajo que desarrolla el telefonista dentro del ámbito de la salud es muy importante. Debe de conocer los diferentes métodos y habilidades de comunicación.

Tendremos en cuenta realizar en todo momento escucha activa, también adaptaremos nuestro lenguaje para todo el público, evitando decir palabras técnicas. Nos aseguraremos de que los pacientes han comprendido la información que les hemos trasladado, y les preguntaremos en referencia a ello, para corroborar que lo han comprendido perfectamente.

Nuestro trato al paciente debe de ser directo, personal y honesto. Esto nos permitirá que el paciente este mucho más receptivo a la hora de recibir la información que vamos a trasladar.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/comunicacion-efectiva-telefonista-paciente/>

<https://medlineplus.gov/telefonista-sanidad/>

Capítulo 183

EFECTOS DE LA NOCTURNIDAD

TAMARA CABO JUNQUERA

MARÍA ELISA GARCIA PAZ

YOANA SUÁREZ SÁNCHEZ

CARMEN REGINA FERNÁNDEZ IGLESIAS

MARÍA JESÚS GARCÍA LÓPEZ

1 Introducción

- El artículo 36 del Estatuto de los trabajadores considera trabajo nocturno aquel horario laboral que comprende entre las 22h y 6h. Dicho horario puede ser modificarse si así lo establece el convenio colectivo, modificándose a favor del trabajador. Solo se considera trabajador nocturno aquel que trabaje más de 3 horas de su jornada laboral en la franja anterior. Existen efectos relacionados con la nocturnidad, entre ellos la ausencia de sueño durante la noche la cual implica no descansar con normalidad. El trabajo en horario nocturno modifica nuestro ritmo biológico, y de hecho se cree que las personas que trabajan de noche duermen entre una y dos horas menos. Se produce un aumento en la carga física del empleado, la tensión arterial sube y también frecuencia cardiaca, debido a la alteración de los ritmos circadianos, es por ello que el trabajo de noche puede llegar a originar enfermedades cardiovasculares. Es importante establecer una serie de hábitos para ir a dormir, también es importante que los convivientes respeten nuestras horas de sueño, el hecho de dormir mientras los demás están despiertos

complica la vida familiar y social, por lo cual es importante que el entorno familiar y social del trabajador sean conscientes de la situación y ayuden a minimizar las consecuencias.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la problemática del trabajo nocturno, ya que no solo afecta a la vida laboral del trabajador, sino también a su vida social y familiar, por lo que la problemática es mas amplia. Así mismo darle a conocer al trabajador unas pautas que le ayuden a sobrellevar con éxito estas jornadas.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo hemos consultado en bases de datos y revistas científicas, así como revistas de carácter legal, ya que el trabajo nocturno requiere un seguimiento, en cuanto a horario, días, e incluso edad diferente a los otros turnos.

4 Resultados

Nuestro cuerpo está preparado para trabajar de día y descansar de noche. Manternos despiertos y realizar una actividad que requiera concentración requiere mayor esfuerzo del que sería necesario durante el día para hacer lo mismo, lo que puede llegar a ocasionar cardiopatías. El trabajo nocturno también nos puede ocasionar cansancio crónico tanto a nivel físico como psíquico, puede mermar nuestra capacidad de concentración y memoria, ocasionarnos dolores musculares y articulares así como dolor de cabeza frecuente.

El trabajo nocturno también desestabiliza los hábitos alimentarios y, con frecuencia, los trabajadores que hacen este turno ingieren comidas rápidas que no tienen la calidad suficiente. El problema suele ser que cuando se levantan no tienen apetito y, cuando lo tienen, están trabajando, y si no pueden hacer un descanso para tomar una comida caliente y adecuada a sus necesidades, calman el hambre con cualquier chuchería. El horario de mas rendimiento laboral está entre las ocho de la mañana y las seis de la tarde, después de este horario, sobre todo si a esto le añadimos turnos laborales de mas ocho horas, disminuye nuestra capacidad de atención y, por lo tanto, es mas fácil que se produzcan accidentes laborales. Esta siniestralidad aumenta exponencialmente en relación con la carga de trabajo

y, además, aumentan considerablemente las posibilidades de tener un accidente al volver a casa tras terminar la jornada.

El trabajo nocturno también afecta los hábitos alimentarios, ya que es frecuente no tener apetito al levantarse y, en cambio tenerlo durante la jornada laboral, lo cual hace que la calidad de la comida disminuya, ya que no se puede comer igual que en su casa de forma mas relajada. Estos malos hábitos alimentarios inadecuados si se mantienen durante un el tiempo, pueden ocasionar trastornos como gastritis, gases, úlcera de estómago, digestiones pesadas... Además, estamos aumentando el consumo de productos como bocadillos y dulces, bollería industrial, lácteos, que sustituyen a una dieta equilibrada, y todo ello unido a la dificultad para realizar ejercicio, fomenta en los trabajadores nocturnos obesidad y sobrepeso.

El trabajo nocturno también ocasiona dificultad para llevar una vida social satisfactoria. Nuestra vida social está diseñada para dormir de noche y trabajar de día, por lo tanto trabajando de noche estamos limitando nuestra posibilidad de interactuar con los demás, pudiendo llegar a ocasionar problemas psicológicos. Es frecuente que lleguen a ocasionarse problemas de pareja y familiares, ya que el trabajador se pierda reuniones, citas, etc.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo nocturno puede afectar a nuestra vida de varias formas, físicas, psíquicas y familiares. Los problemas más frecuentes que nos encontramos son:

- Alteración del ritmo circadiano, que nos puede llegar a producir insomnio.
- Fatiga crónica.
- Trastornos en el aparato digestivo, ardor, gastritis, úlceras.
- Cambios de carácter, irritabilidad, nerviosismo y agresividad, ocasionados en muchos casos por la falta de sueño.
- Problemas sociales y familiares.
- Aumento en la probabilidad de sufrir un accidente.
- Obesidad

Debemos, pues intentar realizar una serie de técnicas que nos ayuden a mitigar los efectos adversos del trabajo a turnos, podemos hacer lo siguiente: realizar ejercicio antes de comenzar nuestra jornada de trabajo para aumentar nuestro estado de alerta durante el turno, mantener la luz brillante, realizar descansos regulares si es posible, levantarse y caminar cuando podamos. Conducir, tanto para ir al trabajo como para volver a casa puede ser complicado. Las siguientes

estrategias pueden ayudar a una conducción más segura:

- Intentar usar transporte público
- Compartir coche
- No correr
- Parar si siente sueño
- Hacer un uso ocasional de cafeína.

6 Bibliografía

Envejecimiento funcional) – Kalimo, El-Btawi y Cooper, 1987

OIT, R 178 Recomendación sobre el trabajo nocturno. 1990. http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312516

Fundación para la prevención de riesgos laborales. Los tiempos de la organización del trabajo: incidencia de los riesgos psicosociales en los sistemas de trabajo a turnos

Capítulo 184

LOS RIESGOS LABORALES QUE PUEDE SUFRIR UNA COSTURERA DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO

ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Una de las profesiones más antiguas conocidas es la relacionada con la confección de prendas de vestir.

En el caso de que sea mujer la persona que desempeña dicho trabajo recibe el nombre de modista o costurera, en el caso de los hombres sastre.

Las modistas pueden sufrir diferentes riesgos laborales desempeñando sus funciones dentro del entorno sanitario, ya que están en contacto con diferentes máquinas industriales y materiales que pueden causarles algún tipo de daño.

Los accidentes más comunes suelen ser producidos por quemaduras, cortes, lesiones por aplastamiento de dedos y manos.

Uno de los instrumentos que más utilizan las costureras en el desempeño de sus labores es la máquina de coser por eso se debe de conocer a la perfección su uso correcto, también puede producir un riesgo elevado de atrapamiento de los dedos por los mecanismos que tienen en la aguja que utilizamos para coser las diferentes prendas.

Otra de las máquinas con las que estamos en contacto directo cada día es la máquina que utilizamos para cortar, ya que posee una cuchilla afilada, y podemos sufrir cortes en nuestras manos.

Por lo tanto la costurera debe de ser conocedora de todos los riesgos que puede sufrir.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son los riesgos laborales más comunes que pueden sufrir las costureras dentro del entorno sanitario y como poder evitarlos en el caso de que ocurran.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica consultando las bases de datos más importantes: Pubmed, Medline, Google Scholar, Scielo, Ocronos.

También se ha consultado la literatura existente en referencia con los riesgos laborales que sufren las costureras dentro del entorno sanitario.

4 Resultados

Dentro del entorno sanitario en la sección en la que trabajan las costureras pueden sufrir diferentes riesgos laborales, algunos de ellos son:

Puede existir el riesgo de incendio, debido a que se almacena mucho material que sus componentes son combustibles, como por ejemplo los trozos de tela que no se van a utilizar, resinas espumosas y diversas fibras.

También se utilizan velas para quemar telas que se desflecan fácilmente, los riesgos que pueden desencadenar utilizar este método, puede ser quemaduras en los dedos, pelo o pestañas.

Una de las mejores prevenciones que podemos realizar se debe al mal almacenaje de los restos de tela por peligro de incendio.

En el caso de que exista un incendio debemos de saber como actuar, por ello es importante conocer donde está ubicado el extintor.

Para evitar pincharnos los dedos con las agujas, nos protegeremos los mismos con dedales.

Cuando no estemos utilizando las máquinas de corte, protegeremos las cuchillas para evitar cortarnos.

El lugar de trabajo deberá de estar debidamente iluminado y ventilado.

Las costureras dentro del entorno de trabajo utilizan tijeras, agujas, telas y diferente maquinaria que utilizan para poder manipular y procesar la tela.

Este tipo de departamentos en el hospital se utiliza para coser los uniformes de los trabajadores, y poder adaptarlos en el caso de que estos no sean de su tamaño.

Es imprescindible que los costureros conozcan todos los riesgos que pueden desencadenar el desempeño de sus funciones, pero sobre todo lo más importante es conocer como evitarlos.

En el caso de que ocurra cualquier tipo de accidente el trabajador deberá de reaccionar de la manera más rápida y precisa para así evitar que el problema se agrave.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar los riesgos laborales que se pueden desencadenar dentro del entorno sanitario, ejerciendo como costureros, son muy diversos.

Debemos de ser conscientes de todos y cada uno de ellos, para trabajar en un entorno seguro.

Tendremos en cuenta que exista una buena iluminación de trabajo, así como que se encuentre bien ventilado y limpio.

Una de las medidas que debemos de adoptar para protegernos será el uso de dedales, y de zuecos especiales, para proteger nuestros pies en el caso de que se caiga algo sobre los mismos.

También es importante que conozcamos donde está situado el extintor, para utilizarlo en el caso que sea necesario.

6 Bibliografía

<https://elrincondecelestecielo.blogspot.com/2012/05/riesgos-de-trabajo-para-una-modista.html>

[https://www.insst.es/documents/94886/160582/N%C3%BAmero+67.](https://www.insst.es/documents/94886/160582/N%C3%BAmero+67.+TRABAJOS+DE+CONFECCI%C3%93N+Y+MODA.+SEGURIDAD.pdf)

[+TRABAJOS+DE+CONFECCI%C3%93N+Y+MODA.+SEGURIDAD.pdf](https://www.insst.es/documents/94886/160582/N%C3%BAmero+67.+TRABAJOS+DE+CONFECCI%C3%93N+Y+MODA.+SEGURIDAD.pdf)

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382012000100004

Capítulo 185

PROTECCIÓN DE LA TRABAJADORA EMBARAZADA EN EL ÁMBITO SANITARIO

CARMEN ALVAREZ VIVANCO

1 Introducción

La ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 26, hace referencia a la determinación de la posible exposición de estas trabajadoras a procedimientos de trabajo o condiciones que puedan influir negativamente en su salud o la del feto. En caso de determinarse que exista un riesgo efectivo para su salud y seguridad, la empresa deberá adoptar las medidas necesarias para eliminar estos riesgos bien a través de una adaptación de las condiciones o tareas laborales o bien a través de la adaptación del tiempo de actividad o turnos de estas trabajadoras, o una combinación de ambas, según se determine que resulta procedente. La protección que ofrece el mencionado artículo 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales se extiende también a las mujeres en situación de parto reciente o lactancia.

En este contexto cobrará especial relevancia la evaluación de riesgos del puesto de la trabajadora. Para este tipo de trabajadoras, consideradas especialmente sensibles, se realizará una evaluación de los riesgos laborales específicos en función de las semanas de gestación y según el riesgo que se detecte. Posteriormente, a través de la denominada planificación preventiva, se llevará a cabo la implantación de las medidas necesarias para la protección de la salud de la trabajadora embarazada y/o del feto. Además de lo anterior, la empresa estará obligada a informar a la trabajadora de los riesgos existentes para ella en su puesto de trabajo, así como de todas las medidas que sean adoptadas para su protección.

2 Objetivos

- Poner de manifiesto la necesidad de la acción preventiva en los supuestos de embarazo de las trabajadoras.
- Exponer posibles factores laborales de riesgo para la trabajadora embarazada.
- Apuntar las posibles acciones preventivas a realizar por parte de la empresa una vez valorados los riesgos para la salud de la trabajadora.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una vez que la trabajadora ha comunicado su situación de embarazo (a través de un informe médico que indique la situación de embarazo así como la fecha probable en la que se producirá el parto), y en función de los riesgos existentes para ella y/o el feto que determine la evaluación específica, se tratará en primer lugar de adaptar el puesto de trabajo de dicha trabajadora al objeto de garantizar su protección y que esta pueda seguir desempeñando su trabajo sin riesgo. Son factores laborales considerados de riesgo para las mujeres embarazadas, entre otros, los siguientes:

Posturas forzadas

Horarios prolongados

Manipulación manual de cargas

Inexistencia de descansos en la jornada laboral

Exposición a riesgos biológicos

Exposición a sustancias químicas o radiaciones

Etc

Un ejemplo claro de adaptación que se puede realizar sería evitar que la trabajadora embarazada realice turnos de trabajo en horario nocturno. Sin embargo,

no siempre existirá la posibilidad de realizar esa adaptación bien sea por cuestiones de organización o bien por la propia naturaleza del puesto desempeñado. En este caso, lo que procede es determinar si existen puestos de trabajo compatibles con el estado de la trabajadora a los cuales se le pueda trasladar temporalmente. Si esto resultara factible, se procederá a trasladar a la trabajadora embarazada mientras persista la situación de riesgo y de especial sensibilidad. Si todo lo anteriormente expuesto resultara imposible, se solicitará el subsidio por riesgo durante el embarazo que supone el cobro de una prestación económica, durante el periodo de suspensión del contrato de la trabajadora embarazada cuyo puesto supone un riesgo para su salud o la del feto, y no haya sido posible adaptar o cambiar. La prestación de baja por riesgo en el embarazo es un subsidio del 100% de la base reguladora, que será la establecida para la prestación de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales. No debe confundirse esta situación con la de incapacidad temporal por contingencias comunes durante el embarazo, puesto que en este caso esta se consideraría derivada de la propia evolución clínica del embarazo, de forma independiente de las condiciones del puesto que desempeñe la trabajadora.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia que las empresas informen a todas las trabajadoras asignadas a puestos de trabajo con riesgo para la maternidad de la necesidad de comunicar su condición (embarazo, parto reciente o lactancia materna y, en ciertos casos, preconcepción) al objeto de que se puedan poner en marcha los mecanismos preventivos pertinentes para salvaguardar su salud y la de su descendencia. Para que lo anterior pueda suceder, es condición imprescindible que la trabajadora se sienta protegida frente a posibles discriminaciones por su situación de embarazo o maternidad. Cualquier acción discriminatoria tras comunicar la trabajadora su estado a la empresa será considerada ilegal y el despido considerado nulo.

El embarazo (parto reciente o lactancia) es una etapa vulnerable frente a los riesgos laborales por lo que debe conllevar una actuación preventiva y se debe tener en cuenta que el estudio que se realice deberá tener una visión de género, puesto que la adopción de un enfoque neutral podría conllevar la invisibilidad del riesgo existente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ccoo.es>
2. <https://www.cobas.es>
3. <https://sites.google.com>
4. <https://saludlaboralydiscapacidad.org/riesgo-laboral-durante-el-embarazo/>
5. <https://www.asepeyo.es/duda/guia-baja-riesgo-embarazo/>

Capítulo 186

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ENTORNO SANITARIO

CARMEN ALVAREZ VIVANCO

1 Introducción

En el lugar de trabajo pueden existir diferentes riesgos que provoquen caídas y accidentes desafortunados, los cuales se pueden deber a factores tales como suelos resbaladizos, baldosas sueltas, desniveles, mala iluminación, obstáculos, etc. Las caídas pueden producir lesiones en los implicados tales como heridas, golpes, torceduras, fracturas, esguinces, luxaciones, etc. en función del tipo de caída y de las condiciones del trabajador.

Las caídas pueden tener lugar a diferente nivel o al mismo nivel. Las primeras aparecen en situaciones en las que se utilizan escaleras, existan barandillas, escalones u obstáculos. Pueden producirse también al manipular y transportar equipos de trabajo necesarios para la actividad del trabajador. Igualmente existe la posibilidad de choques a causa de los espacios reducidos en los lugares de trabajo, o bien por la emergencia de la situación, por falta de señalización o una señalización inadecuada, etcétera.

La Organización Mundial de la Salud define las caídas como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Toda caída conlleva implícito el riesgo de una lesión, dependiendo la gravedad de la misma, entre otras cosas, de la edad y estado previo de salud del trabajador, o de la violencia de la caída.

2 Objetivos

- Destacar la importancia de la prevención de caídas en el entorno sanitario
- Señalar los aspectos más relevantes que pueden influir en que se produzcan caídas entre los profesionales sanitarios

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 han sido: prevención riesgos laborales, caídas, nivel, accidentes.

4 Resultados

Parece claramente necesario desarrollar un buen planteamiento sobre la prevención de riesgos laborales en el entorno sanitario, en concreto sobre cómo reducir el peligro de caídas que puedan afectar tanto a trabajadores como a pacientes, familiares, visitantes, etcétera. En nuestra Constitución, en su artículo 40.2, donde se recogen los Principios Rectores de la Política Social y Económica, se indica que los poderes públicos deben de velar por la Seguridad e Higiene en el trabajo, así como por la protección de la salud de los trabajadores. En España no existe una regulación específica relativa a la materia de prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario. Si bien la ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud indica que los trabajadores tienen derecho a la protección eficaz en materia de seguridad y salud en su trabajo. Resulta necesario y útil formar e informar a los trabajadores en materia de prevención de caídas o accidentes, puesto que en el desempeño de su jornada diaria es factible que deban enfrentarse a situaciones que les exijan levantar, empujar, adoptar posiciones forzadas, etc. y deben ser conscientes de que el entorno en el que realizan su jornada de trabajo debe mantenerse en adecuadas condiciones de orden, limpieza y conservación. Las personas encargadas de establecer los protocolos de prevención de caídas y accidentes deben tener en cuenta que existen situaciones de emergencia que requieren una rápida intervención, así como una amplia variedad en la naturaleza de la actividad que se desempeña en sanidad,

ya sean las plantas de los hospitales, en laboratorios, servicios de radiología, de emergencias, consultas externas, etcétera

En el sector sanitario es muy relevante que el calzado que se utiliza para desempeñar el trabajo sea adecuado. Los zuecos que utiliza el personal sanitario deben estar homologados y ser utilizados correctamente al objeto de evitar accidentes. También es muy importante que las condiciones del lugar de trabajo sean adecuadas para poder realizar la actividad de manera segura. Es decir, cuestiones tales como que el suelo sea uniforme, la iluminación adecuada, el espacio suficiente, que los productos derramados sean limpiados con premura para evitar resbalones etc se convierten en imperativas para mantener la seguridad de aquellos que trabajan y acceden a las instalaciones sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

Los accidentes dentro de la jornada de trabajo están relacionados tanto con la actividad que realizamos como con la manera en que la realizamos. El trabajador suele ser generalmente el elemento directamente involucrado en la mayoría de los accidentes, puesto que lo que hace o no hace se considera un factor casual inmediato, que puede ser prevenido a través de la formación e información a ese trabajador, la cual le dotará del conocimiento y los criterios necesarios para evitar riesgos añadidos y saber además cómo manejar determinadas situaciones que se le puedan plantear en su jornada laboral.

La colaboración entre empresa y trabajador en materia de prevención de caídas es crucial para mantener las condiciones de trabajo óptimas que aseguren la salud del trabajador, así como la de otras personas que puedan acceder a las instalaciones sanitarias.

6 Bibliografía

1. <https://saludcastillayleon.es>
2. <https://rioja.salud.es>
3. <https://elderecho.com>
4. <https://interempresas.net>

Capítulo 187

LAS COSTURERAS Y EL SINDROME DE LA MÁQUINA DE COSER DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO

ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El trabajo que realizan las costureras en su día a día es muy repetitivo por lo que pueden desencadenar diversas patologías desarrolladas a causa del desarrollo de sus funciones.

Por ello pueden producirse sobrecargas, en partes muy concretas del cuerpo. Las mayores dolencias se pueden manifestar en dolores crónicos de espalda y dolor a nivel de las cervicales.

En las costureras se manifiesta de una manera más significativa si lo comparamos con otros trabajadores de otras secciones, una mayor frecuencia de dolencias cervicales, dolores en la espalda, y a la altura de la nuca. Estos dolores pueden ser de tipo crónico y producidos por una dolencia denominada como síndrome de la máquina de coser, y que está a la espera de considerarse como una enfermedad profesional.

En la actualidad dos médicos de Dinamarca, se están centrando en la investigación de dicha patología, y han analizado detenidamente cuáles son las condiciones en las que trabajan las costureras en la actualidad, y que medidas de prevención se pueden adoptar, para evitar este tipo de dolencias y principalmente prevenir el síndrome de la máquina de coser. Por eso es importante que las costureras a la hora de realizar su trabajo tengan una higiene postural y tenga en cuenta diferentes recomendaciones.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las principales causas por las que se desarrolla el síndrome de la máquina de coser en las costureras que trabajan dentro del entorno sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica consultando las bases de datos más relevantes como: Google Scholar, Medline, Pubmed, Scielo.

También se ha consultado la literatura existente en referencia con el síndrome de la máquina de coser.

4 Resultados

En la actualidad existe la investigación que están desarrollando dos médicos de Dinamarca en referencia con el síndrome de la máquina de coser.

Una de las conclusiones a las que han llegado es que las costureras terminan padeciendo muchas dolencias de origen crónico a nivel de la espalda, cuello y manos. También se ha demostrado que sufren de estrés.

Por eso se ha comprobado que este tipo de dolencias crónicas empeoran considerablemente debido a la existencia del estrés, ya que se combinan.

También se ha demostrado que existe una relación directa entre las dolencias crónicas de las costureras y el tiempo que desempeñan en su trabajo.

Otra patología que también pueden desencadenar las costureras, y es debida por el movimiento repetitivo, es la dolencia del túnel carpiano.

Esto se debe a la presión que se produce directamente en el nervio mediano. Cuando el nervio mediano se comprime algunos de los síntomas que se manifiestan son debilidad de la mano, hormigueo, entumecimiento o debilidad.

Otras de las patologías que pueden desarrollar las costureras dentro del entorno sanitario es el lumbago. Esto se debe a la postura que emplean cuando están trabajando, ya que deben de pasar muchas horas en esa posición los músculos de la espalda se sobrecargan causando diferentes dolencias.

El lumbago se localiza a la altura de las vértebras lumbares abarcando toda la región, esta dolencia se puede cronificar, debido a que siempre deben de adoptar la misma postura.

Por eso es importante que las costureras cuando se encuentren desarrollando su trabajo dentro del entorno sanitario, conozcan y empleen una correcta higiene postural.

Esto ayudará a proteger y evitar diferentes patologías, tanto a nivel de las lumbares como de cervicales.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar las costureras mientras están desarrollando su trabajo realizan movimientos muy repetitivos y adoptan casi siempre la misma postura. Esto puede desencadenar en la manifestación de diferentes patologías, llegando incluso a cronificarse algunas de ellas en el caso de que no se adopten las medidas oportunas.

Por ello es importante que las costureras consideren y realicen una buena higiene postural mientras desarrollan su trabajo, para así evitar todo tipo de patologías que se puedan producir con posterioridad.

Por eso debemos de tener una correcta posición, para evitar las posibles lesiones y así evitaremos que se presenten diferentes dolores y disminuyendo considerablemente el riesgo.

6 Bibliografía

https://sitios1.dif.gob.mx/Rehabilitacion/docs/telerehabilitacion/Higiene_Postural.pdf

<https://www.diariosigloxxi.com/texto-diario/mostrar/15023/sindrome-maquina-coser>

<http://www.pergaminovirtual.com.ar/blogs/franciscoarias/6945/El+s%EDndrome+de+la+m%E1quina+de+coser+por+Francisco+Arias+Sol%EDs.html>

Capítulo 188

LAS FUNCIONES QUE DESARROLLA EL COCINERO DENTRO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS

JUANA MARI FUEGO GIL

1 Introducción

Los cocineros que se encuentran dentro de las cocinas hospitalarias se encargará de elaborar las comidas y menús que los usuarios van a consumir, de coordinar y supervisar al equipo.

Dentro de la cocina existen diferentes tipos de cocinero, variando la responsabilidad que tenga cada uno de ellos.

Cada tipo de cocina necesitará estar equipada con maquinaria e instrumentos necesarios para poder realizar nuestro trabajo con seguridad.

Las funciones de Gobernanta, Pinche y Cocinero se engloban dentro del Estatuto de Personal No Sanitario, aprobado por Orden 5 de julio de 1971.

Los cocineros serán los encargados de condimentar los víveres, adecuándolos a los menús que nos hayan solicitado para los pacientes que se encuentren ingresados.

Deberán de supervisar los almacenes y neveras para corroborar que se encuentran todos los alimentos en buen estado, además serán los encargados de realizar los pedidos de los alimentos que se han gastado o están próximos a gastarse.

Deberán de tener conocimiento en cuanto a las diferentes dietas que se administran dentro del entorno sanitario, ya que las dietas están personalizadas y bajo la petición de un médico especialista, por lo que deberá de cumplir con los requisitos de la dieta que se está solicitando.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las principales funciones que desarrollan los cocineros dentro de las cocinas que se encuentran en el entorno sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica consultando las bases de datos más importantes: Pubmed, Medline, Scielo, Google Scholar.

También se ha consultado la literatura existente, en referencia con las funciones que desarrolla el cocinero dentro de las cocinas hospitalarias, seleccionando aquella información más relevante.

4 Resultados

La principal función que desarrolla el cocinero dentro de las cocinas hospitalarias se basa en la transformación de los alimentos para su posterior consumo, pero además los cocineros desarrollan diferentes actividades y no menos importantes, que les permite asegurar la calidad de los platos que se están preparando.

Debemos de tener en cuenta que la restauración que se administra dentro de los hospitales, es totalmente diferente a la que podemos encontrarnos en bares y restaurantes.

Los pacientes son personas que tienen su salud comprometida, y un médico especializado le ha pautado una dieta que formara parte de su tratamiento para su correcta recuperación.

Se ha demostrado que una correcta dieta ayuda a que los pacientes se recuperen mucho más rápido, por ello los cocineros deberán de conocer e identificar las diferentes dietas que se administran dentro del entorno sanitario y conocer cuáles son las principales características de cada una de ellas.

Algunas de las funciones principales de los cocineros son:

Comprobar la calidad: La responsabilidad de este ámbito recae directamente sobre el cocinero. Deberá de cerciorarse de que los productos que se vayan a procesar se encuentren en buen estado y que la fecha de caducidad no se ha pasado.

Higiene y limpieza: Se deberá de asegurar de la limpieza que se emplea en las cocinas hospitalarias, así como ver que las superficies se encuentren limpias y desinfectadas, y todas las herramientas y útiles de cocina.

Gestión: El cocinero es el responsable de realizar el pedido de aquellos alimentos o materiales que se necesiten para la elaboración de los alimentos.

Preparación de menús: Junto con la ayuda de los nutricionistas que serán los encargados de establecer los menús, los cocineros ayudarán a realizar dicha elaboración.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar las funciones que desempeñan los cocineros dentro de las cocinas hospitalarias son muy diversas e importantes.

Serán los encargados de revisar y supervisar el stock que se encuentra en los almacenes para tener siempre lo necesario para la elaboración y procesamiento de los alimentos.

Tendrán en cuenta la correcta higiene y desinfección tanto de las superficies, como de todos los instrumentos, útiles y maquinaria que se encuentra dentro de las cocinas hospitalarias.

Además el cocinero deberá de ser consciente que la comida que está procesando va a ser para pacientes que tienen su estado de salud comprometido, por lo que se extremarán las precauciones, para evitar cualquier tipo de contaminación cruzada.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002461.htm>

<https://revistamedica.com/riesgos-laborales-cocina-hospitalaria/>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552015000200005

Capítulo 189

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN CENTROS SANITARIOS

MARÍA JOSE GARCÍA SANTOS

BEGOÑA GANZO PALACIOS

ISABEL SEVILLA CONTO

LUCÍA VIJANDE VALENCIA

YOLANDA GARCÍA GÓMEZ

1 Introducción

Las caídas en los centros sanitarios pueden afectar de dos formas completamente distintas. En primer lugar pueden afectar a los pacientes, siendo esta una causa muy importante de las demandas contra los centros sanitarios.

En segundo lugar las caídas pueden afectar a los trabajadores del centro sanitario, ocupando un papel con gran relevancia entre los accidentes laborales, provocando la baja laboral del trabajador por este motivo. La mayor parte de este tipo de caídas se pueden denominar como caídas de tipo leves, aunque en algunas ocasiones pueden llegar a ser caídas de tipo graves e incluso en el peor de los casos pueden llegar a ser caídas mortales.

La caída en el centro de trabajo de un trabajador sanitario influye de manera directa en la empresa debido a la baja laboral que suele conllevar las caídas.

Existen dos tipos de caídas en los centros de trabajo:

- Caídas producidas al mismo nivel, este tipo de caídas pueden ser causadas a que el suelo no se encuentre en buenas condiciones, por desorden en el lugar de trabajo o por acumulación de suciedad. Baldosas sueltas, suelos mojados, mala iluminación, objetos por las inmediaciones como cajas.....
- Caídas producidas a distinto nivel, este tipo de caídas se surgen cuando se desempeñan trabajos en los que es necesaria la utilización de escaleras, o sillas, para poder llegar a armarios alto, altillos, estanterías.....

2 Objetivos

El objetivo es resumir la mejor evidencia disponible sobre las caídas en hospitales con la intención de evitarlas en lo máximo posible, ya que el centro hospitalario es el lugar al cual los enfermos acuden para recibir un tratamiento.

3 Metodología

Para poder elaborar este trabajo se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva bibliográfica de documentos, webs oficiales y diversos artículos periodísticos nacionales, regionales y locales, utilizando mayormente datos de internet, a través del Google, usando las palabras clave: prevención de caídas.

4 Resultados

Para poder prevenir la caída en centros sanitarios se debe:

- Identificar situaciones que puedan proporcionar que ocurra una caída, manteniendo orden y una rigurosa limpieza en el centro de trabajo. Limpiar inmediatamente cuando se produzca un derrame de líquido y de este modo evitar deslizamientos.
- Identificación de pacientes con riesgo alto de caídas.
- Prevenir caídas a los pacientes atendidos en urgencias u hospitalizados
- Aumentar la seguridad del paciente.
- Aumentar la concentración sobre todo cuando realicemos un desplazamiento.
- Evaluar la eficacia del programa cada cierto tiempo para que no se quede obsoleto.

- Se necesitan ensayos controlados aleatorios para evaluar la efectividad de los programas de prevención de caídas en instituciones como hospitales o cualquier tipo de centro sanitario.
- Ante varios interrogantes vemos la importancia de evaluar la eficacia de las medidas tomadas por el centro hospitalario.
- Fijar cables de tal manera que se mantengan fuera de la zona de paso tanto del trabajador como del paciente
- No utilizar las escaleras de mano por más de un individuo al mismo tiempo asegurando en todo momento su estabilidad.
- Evitar utilizar sillas para acceder a zonas altas de los armarios, estanterías o altillos. Para esto solo se deben de utilizar mecanismos diseñados para tal fin como podría ser una escalera.
- Sería imprescindible disponer de una buena iluminación de la zona para evitar caídas.
- Señalizar adecuadamente los sentidos de circulación para sillas de ruedas y camillas, así como la circulación de carros de comida, carretillas, etc.
- En el caso de ver algún desperfecto se debe avisar al personal encargado de subsanar el mismo, bien sea personal de limpieza o personal de mantenimiento.

5 Discusión-Conclusión

El resultado de esta investigación es que los factores se clasifican en contractuales o psicológicos, factores biológicos y factores ambientales o de situación y factores socioeconómicos, teniendo en cuenta que las caídas son un incidente, la elección de las medidas de prevención en centros hospitalarios están directamente relacionadas con la calidad de atención que allí se ofrece.

Las precauciones tomadas para evitar las caídas son medidas de seguridad que se son tomadas para llevar a cabo una reducción de la posibilidad de caídas tanto de pacientes como de trabajadores sanitarios. Las precauciones pueden variar de un hospital a otro.

Utilizando todas estas medidas indicadas para la prevención de las caídas tanto de trabajadores como pacientes la mayoría de las caídas se podrían evitar, de este modo nos encontraremos mucho más seguros en los centros sanitarios.

6 Bibliografía

1-Intramed.net

2- Revistamedica.com

3- Riojasalud.es

4- Elsevier.es

Capítulo 190

¿QUÉ ES LA DEPENDENCIA? DEFINICIÓN Y CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA NECESARIOS PARA EL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO Y LA LEY DE DEPENDENCIA

ROCÍO CANTÓN GARCÍA

1 Introducción

La dependencia es el estado en el que se encuentra una persona, siendo normalmente de carácter permanente, que necesita ayuda para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. Esta ayuda suele estar ofrecida por una o varias personas.

El Consejo de Europa define la dependencia como «la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana», o, de manera más precisa, como «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal». Este concepto también está definido por la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en situación de dependencia, que es la disposición legal que la regula. La cual la define como «el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad

o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria”.

2 Objetivos

- Conocer qué es la dependencia a partir de diferentes definiciones, incluyendo la de la ley que lo regula.
- Explicar los diferentes conceptos relacionados con la dependencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente al respecto. Se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas que abordan el tema, seleccionando aquellas que son más pertinentes, como pueden ser la ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en situación de dependencia.

4 Resultados

Cuando hablamos de dependencia también tenemos que tener en cuenta algunos conceptos que están relacionados, como pueden ser:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): son las tareas más fundamentales que una persona ha de realizar para poder desenvolverse con autonomía. Entre ellas pueden destacar, entender y realizar actividades y órdenes sencillas, el cuidado y aseo personal, las tareas del hogar, como pueden ser la limpieza, realización de la comida, etc.
- Autonomía es aquella capacidad que posee una persona para poder tomar sus propias decisiones, resolver las diferentes situaciones que vayan surgiendo en su vida de forma individual, sin necesidad de ayuda, y por último podemos decir que una persona es autónoma cuando es capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria de una forma eficiente.
- Cuando una persona no es capaz de tener esa autonomía, por diferentes causas, ya sea enfermedad, por discapacidad, por ser personas de mayor edad y necesita un apoyo, estamos hablando de Necesidades de apoyo para la autonomía personal.

Está relacionado con ese apoyo que necesitan, las personas con una discapacidad mental o intelectual, para poder cumplir un mínimo de autonomía.

- Cuidados no profesionales, son aquellos que ejerce una persona no profesional, es decir, que no pertenece al colectivo de ayuda a personas en situación de dependencia. Normalmente esta ayuda es ofrecida por una persona del ámbito familiar.
- Cuidados profesionales, en contraposición del anterior concepto, los cuidados profesionales son ejercidos por personas autónomas, entidades de ámbito público o privado, con el fin y el objetivo de atender a las personas en situación de dependencia.
- Asistencia personal: Es el servicio ofrecido para promover la autonomía personal de las personas en situación de dependencia y satisfacer y realizar las actividades básicas de la vida diaria de esa persona.

5 Discusión-Conclusión

En la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia podemos encontrar los conceptos anteriormente mencionados. La misma está relacionada con los conceptos anteriormente mencionados ya que ambos tienen como objetivo aumentar la autonomía personal de las personas en situación de dependencia.

Dentro de la misma ley podemos encontrar los principios fundamentales de la misma, entre los que se encuentran, el carácter universal y público, es decir que los diferentes organismos estatales, autonómicos o locales deberán gestionar y proporcionar los servicios y prestaciones que la ley establece, pudiendo acceder a los mismos cualquier persona que esté en situación de necesidad.

6 Bibliografía

1. Dependencia [internet][citado 28 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.fundacioncaser.org/autonomia/preguntas-frecuentes/que-es-la-dependencia>.
2. BOE [internet][citado 28 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>.
3. Ley Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia [internet][citado 28 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>.

Capítulo 191

EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

BEGOÑA GANZO PALACIOS

ISABEL SEVILLA CONTO

LUCÍA VIJANDE VALENCIA

YOLANDA GARCÍA GÓMEZ

MARÍA JOSE GARCÍA SANTOS

1 Introducción

La salud en nuestro país es un bien jurídico protegido y se puede definir no solo como la carencia de enfermedad o desaparición del dolor sino también como un estado íntegro de bienestar y calidad de vida, del mismo modo podemos diferenciar la salud individual de la persona que recibe asistencia sanitaria, de la salud colectiva de la población en general, a la que se dirigen acciones preventivas con el fin de evitar daños en su salud.

Nuestra constitución española reconoce el derecho a la protección de la salud dentro de los principios que rigen la vida social , política y económica y atribuye a los poderes públicos la competencia para proteger y guiar la salud pública, estableciendo medidas preventivas, así como servicios de ayuda y asistencia necesarios, pudiendo incidir sobre diversos factores que resultan ser determinantes para la salud, como son los hábitos de alimentación saludables, las condiciones de trabajo, el medio ambiente , el modo de vida, las pandemias.

En España el sistema nacional de salud es el mejor servicio público que tenemos pues ofrece sus servicios a todos los ciudadanos con igualdad, imparcialidad, con cierto nivel de calidad y a un coste considerable teniendo en cuenta la riqueza del país, pues la asistencia sanitaria se financia a través de los impuestos, ofrece una garantía universal, la dotación es predominantemente pública y los servicios y prestaciones no suponen coste alguno para el paciente.

2 Objetivos

Informar sobre la importancia de asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el fin de garantizar la equidad, la calidad y la participación ciudadana en su ejecución.

3 Metodología

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

4 Resultados

El derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos españoles o con residencia en España viene reconocido en nuestra constitución como un derecho social, por ello el Estado y las Comunidades Autónomas se encargan de garantizar su aplicación, teniendo en cuenta valores como la equidad, entendida como la posibilidad de ejercerlo en condiciones de igualdad efectiva y facilitando la libre circulación del usuario por todo el territorio nacional, la calidad ofreciendo innovaciones seguras y eficaces que puedan anticiparse o mejorar los problemas de salud y la participación ciudadana tanto respetando las decisiones personales de cada individuo como integrándose como colectivo de usuarios en el sistema sanitario, que implica a todos los actores del sistema, permitiendo el intercambio de conocimientos y experiencias con el usuario interesado en su salud.

Cabe señalar que este derecho tiene un doble sentido, por una parte, el derecho de permitir el acceso a un sistema de protección de la salud que asegure el máximo

grado de salud y bienestar a todos los ciudadanos con igualdad de oportunidades y por otra parte la libertad para manejar y dominar la salud sin intromisiones ni intervenciones, dejando libertad absoluta a la autonomía del ciudadano para decidir sobre la posibilidad de aceptar o rechazar un tratamiento.

Los derechos de los ciudadanos en relación con la salud pública refuerzan la importancia de la participación ciudadana, la formación e información en materia de salud, la igualdad efectiva, la privacidad, la interioridad y la honestidad asegurando así la confianza de la población en las autoridades sanitarias y en sus consejos y sugerencias de salud pública, de este modo la autoridad sanitaria estatal y sus representantes con competencia en materia de salud pública podrá actuar en las labores públicas o privadas con el objetivo de garantizar la salud colectiva de la población.

5 Discusión-Conclusión

La salud pública es el conjunto de acciones ordenadas y coordinadas por las Administraciones públicas con la colaboración de la comunidad, con el fin de evitar la enfermedad, garantizar, fomentar y reponer la salud de los ciudadanos tanto individual como colectiva.

Por ello el derecho a la protección de la salud debe ser garantizado al máximo e implica la coordinación del Estado con las Comunidades Autónomas, y la participación necesaria de todos los ciudadanos que tienen el derecho a la protección de la salud, pero también el deber de actuar conforme al mismo, con la debida diligencia y gran responsabilidad.

6 Bibliografía

1. La Constitución española de 1.978.
2. La Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de salud pública.
3. Lema Añón Carlos. La titularidad del derecho a la salud en España: ¿hacia un cambio de modelo?. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2014 [citado 2022 Dic 01] ; (31): 3-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872014000200002&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872014000200002>.