Hospitalarias, Extrahospitalarias y Domiciliarias

XXXIX LECCIONES EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Ciencia Sanitaria.es

SOCIFOSA
Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria
Socifosa.es

XXXIX Lecciones en Urgencias y Emergencias.

Ciencia Sanitaria.es

SOCIFOSA
Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria

XXXIX Lecciones en Urgencias y Emergencias.

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: 978-84-19560-07-0

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1 **EL SHOCK EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS**
VERÓNICA BASTANTE RODRÍGUEZ 3

2 **EL LAVADO GÁSTRICO**
FABIOLA RODRÍGUEZ FREIRE 7

3 **EL TRABAJO A TURNOS EN EL SECTOR SANITARIO**
ITZIAR FUENTES SUÁREZ, SARA PORRES FERNÁNDEZ, DIANA SUAREZ RUBIO, OLAYA RIVAS PEREZ Y VERÓNICA MENÉNDEZ SUÁREZ 11

4 **MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) LEVE EN URGENCIAS**
ROCÍO PALACIO ALONSO 15

5 **MUERTE DIGNA EN URGENCIAS. MEDIDAS DE CONFORT PARA EL PACIENTE Y FAMILIARES**
LUCÍA GARCÍA PÉREZ 19

6 **CASO CLÍNICO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE CRISIS HIPERTENSIVA EN URGENCIAS**
BELÉN FERNÁNDEZ VILLABRILLE 27

7 **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE SITUACIONES GRAVES DE ANAFILAXIA**
MARÍA DE LOS REYES FERNÁNDEZ DE MARCOS VELÁZQUEZ 31

8 **URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS**
LUCIA MUÑIZ CHILLON 35

9 MANEJO DE LA MEDICACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA E INFUSORES POR ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL PACIENTE TERMINAL
ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES, MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO, VERÓNICA SANZ MINGUEZ Y ALICIA FLORES CASARRUBIOS 39

10 ENFERMERÍA Y LOS EMBARAZO PATOLÓGICO EN LOS HOSPITALES
ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES, MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO, VERÓNICA SANZ MINGUEZ Y ALICIA FLORES CASARRUBIOS 45

11 LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA RESPECTO AL CORDÓN UMBILICAL
ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES, MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO, VERÓNICA SANZ MINGUEZ Y ALICIA FLORES CASARRUBIOS 49

12 EL MARCAPASOS EXTERNO O TRANSCUTÁNEO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. INDICACIONES, MANEJO, VENTAJAS E INCONVENIENTES
LIDIA BOBIS CHARCO 53

13 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN ENFERMEROS DE CUIDADOS CRÍTICOS
PAULA GARCÍA RODRÍGUEZ 63

14 IMPORTANCIA DE LA BIOMECÁNICA DEL TRAUMA EN ACCIDENTES DE TRÁFICO
FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO, Mª ENCARNACIÓN ROJAS PORRAS Y TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ 69

15 PLACENTA PREVIA
PAULA SARCIADA BENITEZ Y QUERALT GÓMEZ LASTRA 73

16 MANEJO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO. GUIA ÚTIL PARA MATRONAS/ ENFERMERAS
SARAY ADAN RODRIGUEZ, MIREN IZCO OREJA, EVA ZULET MURILLO, IRAIA SERRANO ALONSO Y MIREN AZNAREZ IBAÑEZ 77

17 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LA GESTANTE
QUERALT GÓMEZ LASTRA Y PAULA SARCIADA BENITEZ 87

18 EL TRIAJE Y LA ACTUACIÓN ENFERMERA EN LAS EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS
MARTA ALVAREZ GONZALEZ 91

19 MANEJO ENFERMERO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO
TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ, FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO Y Mª ENCARNACIÓN ROJAS PORRAS 99

20 EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PACIENTE PORTADOR DE UNA OSTOMÍA DIGESTIVA
ALBA PÉREZ FERNÁNDEZ, COVADONGA BENEGASI ÁLVAREZ, MARINA MAYO ALONSO, MARTA SEIVÁNEZ IGLESIAS Y LUCIA OBESO ALMEIDA 103

21 TRASTORNOS MUSCULARES: MIOPATÍAS
IRENE PONZ MARTÍNEZ 109

22 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN: PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES
BEATRIZ CALLE GONZALEZ 113

23 EL PINCHE Y LA IMPORTANCIA DE ACTUALIZARSE EN NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN EN RELACIÓN CON LAS COCINAS HOSPITALARIAS
ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ, ELENA LÓPEZ RAMÍREZ, JUANA MARI FUEGO GIL Y MARIA JIMENEZ BERNAL 119

24 EL PERSONAL SANITARIO ANTE UNA CATÁSTROFE
ANA CANEL FERNANDEZ 123

25 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE URGENCIAS
RAQUEL CEA RODRIGUEZ, LORENA CASTRO PULGAR Y JESSICA GARCÍA VICENTE 127

26 PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
MARÍA JESUS GÓMEZ FUERTES, RAQUEL IGLESIAS FERNANDEZ, ANA BELÉN FERNÁNDEZ MEDIERO Y CLAUDIA RODRÍGUEZ INSUA 131

27 LA VACUNACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO
VERÓNICA MARTINEZ SARIEGO 135

28 EL DESGASTE DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS Y NO SANITARIOS. SÍNDROME DE BURNOUT
VERÓNICA MENÉNDEZ SUÁREZ, ITZIAR FUENTES SUÁREZ, SARA PORRES FERNÁNDEZ, DIANA SUAREZ RUBIO Y OLAYA RIVAS PEREZ 141

29 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE AGITADO
LUCÍA FRANCO ALONSO 147

30 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN FRACTURA DE CADERA
MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI, PAULA ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA, LUCIA FERNANDEZ FERNANDEZ, ALEJANDRA ALONSO GONZÁLEZ Y AZUCENA ARNIELLA ALVAREZ 151

31 ENFERMEDADES NOSOCOMIALES
NOELIA MARTINEZ LOBETO 155

32 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES PROFESIONALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
LAURA MORAGA MARTÍNEZ, MARÍA JOSÉ, MARÍA DEL PILAR REYES VACAS, ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ Y ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ 159

33 PLANTA ONCOLÓGICA Y EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
LAURA MORAGA MARTÍNEZ, MARÍA JOSÉ, MARÍA DEL PILAR REYES VACAS, ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ Y ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ 163

34 CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO PARA TÉCNICOS DE ENFERMERÍA
LAURA MORAGA MARTÍNEZ, MARÍA JOSÉ, MARÍA DEL PILAR REYES VACAS, ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ Y ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ **167**

35 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PRIMEROS AUXILIOS
ANA MARIA ESCALANTE LORENZO, SANTA VIRGINIA ZAMBRANO ZAMBRANO, RAQUEL ABALO FERNANDEZ, ROSA ELENA MARTIN FERNANDEZ Y LETICIA PRIETO PEREZ **171**

36 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL USO Y MANTENIMIENTO DE LAS AYUDAS TÉCNICAS JUNTO CON EL PACIENTE
MARÍA DEL JUNCAL MÁRQUEZ DELGADO **175**

37 VÍA AÉREA COMPLICADA
MARÍA DEL JUNCAL MÁRQUEZ DELGADO **179**

38 LA PÉRDIDA DE MASA MUSCULAR O SARCOPENIA
DORINDA SUÁREZ GUTIÉRREZ **185**

39 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EN EL PROCESO PERI-OPERATORIO Y QUIRÓFANO Y EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN
MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR, GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS, MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ, MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA Y ÁNGELA GARCÍA ZAFRA **189**

40 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PROCEDIMIENTO ANTE UN PACIENTE QUEMADO
MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR, GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS, MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ, MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA Y ÁNGELA GARCÍA ZAFRA **195**

41 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A PACIENTES CON COLOSTOMÍA
MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR, GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS, MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ, MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA Y ÁNGELA GARCÍA ZAFRA 201

42 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS
BEATRIZ CAMPA FLÓREZ, CRISTINA GARCÍA SUÁREZ Y MATILDE PADILLA BERROCAL 205

43 ANOREXIA NERVIOSA Y SUS CONSECUENCIAS POR TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA
AINOA RAMOS ALVAREZ, MARIA MONTSERRAT ALVAREZ ALVAREZ, ANA BELEN BRANDI ALONSO, MARTA MIRAVALLES BERROS Y CARLOS GUTIÉRREZ ZAPATA 209

44 ¿QUÉ TRABAJO DESEMPEÑA UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS?
ALBA MARIA GONZALEZ GARCIA 213

45 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
ELIA GARCÍA GALAN Y ERNESTO JONATHAN GARCÍA QUINTANILLA 217

46 EL PAPEL DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
ANDREA GONZALEZ TATO, MARTA ESCALADA PERTIERRA, PATRICIA CABELLO IGLESIAS Y ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ 221

47 TRATAMIENTO DEL PACIENTE QUEMADO
TANIA POLO MORO 225

48 LA FISIOTERAPIA Y SU FUNCIONAMIENTO EN ARTROPLASTÍA DE RODILLA
MARIA ROSA GARCIA LEON, MARTA VELASCO JIMENEZ, RAQUEL GUARINOS LÓPEZ, MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO Y BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ 229

49 ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS Y FISIOTERAPIA PARA COMBATIR EL DOLOR MUSCULAR
MARIA ROSA GARCIA LEON, MARTA VELASCO JIMENEZ, RAQUEL GUARINOS LÓPEZ, MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO Y BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ 235

50 FISIOTERAPIA Y LA ARTRITIS REUMATOIDE
MARIA ROSA GARCIA LEON, MARTA VELASCO JIMENEZ, RAQUEL GUARINOS LÓPEZ, MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO Y BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ 243

51 MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE): PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS
MARTA DEL ROSAL LÓPEZ 247

52 ¿CÓMO SE MANIFIESTAN LOS EFECTOS O RESPUESTA AL ESTRÉS EN LOS TRABAJADORES SANITARIOS Y NO SANITARIOS?
MARIA PEON FERNANDEZ 251

53 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX COMO METODO DIAGNÓSTICO
LUCIA FERNANDEZ TERRON 255

54 FUNCIÓN DEL TÉCNICO DE RAYOS EN PLACAS DE RODILLA COMO PRUEBA DIAGNOSTICA
LUCIA FERNANDEZ TERRON 259

55 CHR EN LOS RETICULOCITOS: DETECCION PRECOZ EN ESTADOS DE FERRROPENIA EN LOS LABORATORIOS DE HEMATATOLOGÍA Y BIOQUÍMICA
RAQUEL ESTEVEZ RODRIGUEZ Y CONCEPCION PEDRAYES PEON 263

56 LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y ALERGIAS ALIMENTARIAS
BEATRIZ BALBOA MANJON 267

57 BIOLOGÍA MOLECULAR, REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR)
BELÉN BRAVO PELÁEZ 271

58 VENTAJA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIÓN TENDINOSA O MUSCULAR DE EXTREMIDAD INFERIOR
MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES, MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ, NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS, VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS Y MARÍA LUISA MERA MOLEDO 275

59 AUTOPSIAS: HISTORIA A LO LARGO DE LOS TIEMPOS Y TIPOS DE AUTOPSIAS
VALERIA ALVAREZ GONZÁLEZ 285

60 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
ENRIQUE DEL VALLE ÁLVAREZ 291

61 ACTUACIÓN DE LOS ELECTRICISTAS EN EL ÁMBITO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
DAVID SASTRE RAMOS 295

62 BARRERAS DE LA COMUNICACION EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE.
BEATRIZ AGULLEIRO BOBIS 299

63 IDENTIFICACIÓN INCIDENTES SEGURIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO
CONCEPCIÓN MARTINEZ ALVAREZ 303

64 ACTUACIÓN EN CASO DE INCENDIO
LAURA MIGUÉLEZ SARMIENTO 307

65 URGENCIAS DE LOS HOSPITALES Y FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ESTAS
MARIA PILAR SANCHEZ PARRA, ALBERTO HUETE GONZALEZ, YOLANDA MORENO VIZCAINO, MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO Y MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA 317

66 PROTOCOLOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN DOCUMENTACIÓN SANITARIA EN MATERIA DE JUBILACIONES
MARIA PILAR SANCHEZ PARRA, ALBERTO HUETE GONZALEZ, YOLANDA MORENO VIZCAINO, MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO Y MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA 321

67 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ORGANIZACIÓN DE LA AGENDA MÉDICA DE LOS CENTROS DE SALUD
MARIA PILAR SANCHEZ PARRA, ALBERTO HUETE GONZALEZ, YOLANDA MORENO VIZCAINO, MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO Y MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA **325**

68 OBLIGACIONES DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN RELACION A LA PROTECCIÓN DE DATOS DE LOS PACIENTES
JESSICA ARGUELLES LORENZO **329**

69 EL TRATO AL CONJUNTO DEL PACIENTE POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
RAQUEL ESCOBEDO PARDO, MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ, MARI CARMEN ORTIZ CASAS, CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ Y INMACULADA ROPERO MOLINERO **333**

70 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA INFORMACIÓN EN CRISIS SANITARIAS
RAQUEL ESCOBEDO PARDO, MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ, MARI CARMEN ORTIZ CASAS, CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ Y INMACULADA ROPERO MOLINERO **339**

71 EVITAR INCENDIOS EN CENTROS SANITARIOS
HENAR MATA RAMOS **345**

72 LAS ALTERNATIVAS A LA GESTIÓN DE INCIDENCIAS CON EL MATERIAL SANITARIO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
RAQUEL ESCOBEDO PARDO, MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ, MARI CARMEN ORTIZ CASAS, CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ Y INMACULADA ROPERO MOLINERO **349**

73 EL CELADOR DE FARMACIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SUS FUNCIONES
YOLANDA MORENO VIZCAINO, SUSANA MEJIAS PEREZ, MIGUEL SALINAS NOVILLO, SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS Y RAMÓN CAÑAS BENITO **353**

74 **EL CELADOR Y SU INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS EN LOS PACIENTES**
YOLANDA MORENO VIZCAINO, SUSANA MEJIAS PEREZ, MIGUEL SALINAS NOVILLO, SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS Y RAMÓN CAÑAS BENITO 357

75 **EL CELADOR Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES QUE HAN FALLECIDO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS, RAMÓN CAÑAS BENITO, YOLANDA MORENO VIZCAINO, SUSANA MEJIAS PEREZ Y MIGUEL SALINAS NOVILLO 363

76 **INCENDIOS EN CENTROS SANITARIOS, MEDIDAS DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO**
JORGE VALDÉS MONTES, JOSE ANGEL PALACIO PRESA Y JORGE PALACIO PRESA 367

77 **EL TRABAJO A TURNOS Y LA NOCTURNIDAD. EFECTOS NEGATIVOS EN EL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS**
CRISTINA GONZÁLEZ FEITO 371

78 **LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE GESTION Y SERVICIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
JOSEFINA RODRÍGUEZ GARCIA, ESPERANZA FERNÁNDEZ ALVAREZ Y VANESA FERNANDEZ ALVAREZ 375

79 **LA IMPORTANCIA DEL CONFORT DEL ENFERMO MUESTRA DE LOS DISPOSITIVOS MANEJADOS POR EL CELADOR**
JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, ANTONIA HENRY PULIDO, ROCÍO NEVADO MORENO Y VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO 379

80 **EL CELADOR Y SU AYUDA EN EL ASEO DEL ENFERMO ENCAMADO**
JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, ANTONIA HENRY PULIDO, ROCÍO NEVADO MORENO Y VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO 383

81 **EL CELADOR EN EL TRANSLADO DE DOCUMENTOS Y OBJETOS DE PACIENTES**
JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, ANTONIA HENRY PULIDO, ROCÍO NEVADO MORENO Y VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO 387

82 CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN PRIMEROS AUXILIOS ANTE ACCIDENTES PARA EL PERSONAL NO SANITARIO EN CENTROS DE SALUD
CRISTINA GONZÁLEZ FEITO 391

83 EL PINCHE Y LOS PRINCIPIOS QUE SE DEBEN ADOPTAR PARA GARANTIZAR UNA CORRECTA HIGIENE DE LOS ALIMENTOS
ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ, ELENA LÓPEZ RAMÍREZ, JUANA MARI FUEGO GIL Y MARIA JIMENEZ BERNAL 395

84 EL PINCHE Y LAS DIFERENTES ZONAS QUE NOS ENCONTRAMOS DENTRO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS
ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ, ELENA LÓPEZ RAMÍREZ, JUANA MARI FUEGO GIL Y MARIA JIMENEZ BERNAL 399

85 RIESGOS ERGONÓMICOS EN CENTROS SANITARIOS
ROCÍO ALVAREZ GONZÁLEZ, PAULA GARCÍA GARCIA, VERÓNICA BUSTELO HAMED, MARIA ARIAS ALONSO Y CRISTINA GARCIA ALVAREZ 403

86 SÍNDROME DEL TRABAJADOR BURBUJA
NATALIA NAREDO RUBIO, TANIA MUÑIZ DÍAZ, TERESA ÁLVAREZ BERDASCO, ANA SUÁREZ GARRIDO Y BÁRBARA ROBERT BALAGUER 407

87 HIGIENE DE MANOS
NURIA CASTAÑO ÁLVAREZ 411

88 LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN QUE DEBE DE ADOPTAR UN ELECTRICISTA DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO
ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 415

89 LA IMPORTANCIA DEL GOLPE DE CALOR
YOANA SUÁREZ SÁNCHEZ, TAMARA CABO JUNQUERA, MARÍA ELISA GARCIA PAZ, CARMEN REGINA FERNÁNDEZ IGLESIAS Y MARÍA JESÚS GARCÍA LÓPEZ 419

90 FATIGA POSTURAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO: CAUSAS Y CONDUCTAS PARA CORREGIRLA
BEATRIZ MONTEQUIN IGLESIAS 423

91 SERVICIO DE TELEASISTENCIA. ¿QUÉ ES? CONCEPTO, FUNCIONES, PROCESO Y RELACIÓN CON EL TRABAJO SOCIAL
ROCÍO CANTÓN GARCÍA 427

Capítulo 1

EL SHOCK EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

VERÓNICA BASTANTE RODRÍGUEZ

1 Introducción

El shock se encuentra dentro de las patologías más comunes en urgencias y emergencias.
Se produce por un fallo metabólico celular y tiene como resultado la hipoxia celular. Cuando esto ocurre se pondrán en marcha distintos mecanismos compensadores para intentar revertir esta situación.
El signo más característico en cualquier tipo de shock es la hipotensión, lo que se traduce en una disminución de la perfusión tisular. Una vez la hipotensión está presente, comienza la activación de los mecanismos compensadores.
Si estos mecanismos fallan se puede llegar a producir una hipoperfusión cerebral, lo que se traduce en fallo multiorgánico y acarrea la muerte del paciente.
Los principales síntomas que se pueden observar en cualquier tipo de shock son: hipotensión, taquicardia, taquipnea, piel fría, oligoanuria e incluso coma.
En una analítica podemos observar con frecuencia una acidosis láctica que puede estar compensada o no.
En este capítulo hablaremos de las distintas fases y tipos de shock y de su tratamiento para combatirlo y, de esta forma, disminuir o evitar el rápido deterioro del paciente. Es por esto que el shock, en cualquiera de sus formas o tipos se considera una urgencia médica y debe tratarse de manera precoz para evitar que progrese a un posible desenlace fatal.

2 Objetivos

- Distinguir entre los distintos tipos de shock y sus estadíos.
- Reconocer los diferentes signos y síntomas característicos del shock y su tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión biliográfica 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 existentes par enfermería y medicina.

4 Resultados

Se pueden distinguir 3 fases en el shock:
1. Estadío I o shock compensado: es la primera etapa, la de más fácil resolución y menos grave. Comienzan a funcionar los mecanismos compensadores a través de la liberación de catecolaminas, lo que proporciona una respuesta hormonal, química y neuronal.
En esta fase la presión arterial se mantiene en niveles normales. Si en esta fase se consigue mejorar la respuesta el pronóstico será bueno.
Su síntomas son taquicardia, palidez, nerviosismo y disminución de la diuresis.
2. Estadío II o shock: se produce un fallo en los mecanimos compensadores, esta situación se debe corregir rápidamente para impedir daños irreversibles. Sus síntomas característicos son deterioro neurológico, disminución de la presión arterial, arritmia, acidosis metabólica y oligoanuria.
3. Estadío III o shock irreversible: aparece el fallo multiorgánico, por lo que hay pocas posibilidades de que el paciente sobreviva.
Podemos distinguir entre 4 tipos de shock:
1. Cardiogénico estricto: se debe a un fallo en la contractilidad cardíaca. El electrocardiograma será casi siempre patológico.
En caso de que haya insuficiencia cardíaca derecha, habrá ingurgitación yugular.
Sus síntomas más comunes son hipotensión, taquicardia, sudoración y oliguria.
2. Shock obstructivo: se debe a un taponamiento cardíaco. El tratamiento de elección es la pericardiocentesis para extraer el líquido pericárdico.

3. Shock traumático-hipovolémico: se produce por taponamiento o contusión cardíaca, o neumotórax a tensión. En la analítica observamos disminución de Hb y hematocrito.
4. Shock distributivo: dentro de este se distinguen 3 tipos:
- Shock séptico, comienza con una infección que con frecuencia es urinaria. La mayoría de los pacientes presentan fiebre y se trata con antibióticos y drenaje, si fuera necesario, del foco séptico.
- Shock anafiláctico, reacción brusca mediada por el sistema inmune. Los síntomas son múltiples, como prurito, eritema, edema, enrojecimiento o broncoespasmo. Requiere de una respuesta urgente.
- Shock neurogénico, hay lesión medular o cerebral. Los síntomas son piel caliente y seca.

Si la lesión medular es alta puede presentar parálisis diafragmática y, por consiguiente, repercusiones en la ventilación del paciente.
Con respecto al tratamiento del shock, lo primero y más importante es una correcta oxigenación, manteniendo siempre saturaciones de oxígeno por encima del 90%, si son menores a ese valor se oxigenerá al paciente dependiendo de sus necesidades.
En segundo lugar, hay que hacer una correcta reposición de volumen, casi siempre con cristaloides y coloides, a excepción del shock cardiogénico con edema de pulmón, donde el exceso de líquido está contraindicado.
En caso de que la reposición de volumen no obtenga los resultados esperados se utilizarán drogas vasoactivas para intentar resolver el cuadro.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver en este capítulo, el shock se considera una urgencia médica por su rápida progresión y deterioro del paciente. Si no se trata a tiempo puede derivar en un fallo multiorgánico y conllevar la muerte del paciente.
Es muy importante saber identificar el tipo de shock, para ofrecer el mejor tratamiento posible, teniendo en cuenta también la fase en la que se encuentre.
Como hemos podido ver, aunque el tratamiento general es una óptima ventilación y la reposición de volumen, en algunos tipos de shock como el cardiogénico con edema de pulmón, la reposición de líquidos es contraprudecente para tratarlo.
O en el shock anafiláctico, en el que el tratamiento de primera elección sería la administración de adrenalina para revertirlo y de manera urgente, para evitar la obstrucción de la vía aérea.

6 Bibliografía

1. Álvarez Porrero J. Shock. En: Álvarez Porrero J. Romero-Nieva Lozano J. Guía de intervención rápida en enfermería en situaciones urgentes. 2 ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE)2011
2. Hortiguela Martín VA. Shock. En: Cruz Acquaroni MM, González Gómez IC. Compendio DAE de Patologías.
3 ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE)2017
3. Tapia González R. Villalta Sevilla M, Del Río Moro O. Shock. En: De la Fuente Ramos M. Enfermería médico-quirúrgica. 3 ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE)2015

Capítulo 2

EL LAVADO GÁSTRICO

FABIOLA RODRÍGUEZ FREIRE

1 Introducción

El lavado gástrico es una técnica descrita desde el siglo XIX por Adolf Kussmaul que consiste en vaciar el contenido gástrico de tóxicos ingeridos y evitar que estos se absorban. Este procedimiento consiste en la introducción de una sonda de Faucher por la boca o nariz e irrigar el estómago con agua y posterior aspiración del contenido. También sirve para introducir carbón activado en intoxicaciones medicamentosas, sean intencionadas o no, cuando no es posible la vía oral.

Las intoxicaciones son un problema en auge en cuanto a visitas al servicio de urgencias(1) siendo entre el 0.5% y el 2% del total.
Estas intoxicaciones pueden ser voluntarias (con fines autolíticos) o accidentales (niños).
Para tratar las intoxicaciones debemos realizar todas las medidas que nos impiden la absorción del tóxico y favorecer la eliminación del ya absorbido por lo que el lavado gástrico juega un papel importante en el tratamiento de las mismas(2). Su eficacia es máxima cuando el tiempo transcurrido desde la ingesta del tóxico y el lavado gástrico es menor a una hora pudiéndose realizar hasta pasadas cuatro horas.

Debemos tener en cuenta los posibles efectos secundarios del carbón activado:
- Náuseas, vómitos, estreñimiento, coloración negra de las heces.
- Dolor de cabeza.
- Se han notificado casos aislados de obstrucción de las vías aéreas tras la aspiración del carbón activado por vía respiratoria, por lo que se debe administrar con precaución en pacientes con alteración de la consciencia.

-Trastornos del sistema nervioso: puede producir mareos por su contenido en propilenglicol (especialidad que lo contiene).

2 Objetivos

Describir el procedimiento del lavado gástrico.
Describir las indicaciones para la realización del lavado gástrico.
Enumerar las complicaciones y contraindicaciones del lavado gástrico.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en noviembre de 2022.
En esta búsqueda he utilizado la base de datos MEDLINE: Se busca información a través de PubMed donde se utiliza el buscador con los términos MESH introduciendo las palabras: gastric AND lavage. Se han filtrado los documentos con la versión gratuita entera para poder leerlos completos y de los últimos 5 años. Se encuentran 195 artículos de los cuales solo 11 se ajustan al tema.
También se ha utilizado información de guías de Atención Primaria.

4 Resultados

El lavado gástrico es una técnica enfermera realizada en los servicios de urgencias tras la indicación facultativa.

CÓMO REALIZAR LA TÉCNICA
Material necesario para realizar un lavado gástrico:
-Sonda orogástrica de Faucher o Levin
-Jeringa de 100 ml
-Aspirador
-Suero fisiológico o agua
-Pinzas para cerrar el tubo durante su extracción
-Material para la intubación endotraqueal en caso de pacientes con disminución del nivel de conciencia.
-Monitorización del paciente.
-Carbón activado si fuera necesario

Descripción del procedimiento:
-Colocamos al paciente en decúbito lateral izquierdo con la cabeza de 10º a 15º en posición trendelemburg.
-Lubricamos la sonda con agua o lubricante hidrosoluble.
-Medimos la distancia desde la nariz o boca al lóbulo de la oreja y al apéndice xifoides, medida aproximada de sonda a introducir.
-Realizaremos el sondaje ya sea nasogástrico u orogástrico
-Pida al paciente que apoye la barbilla sobre el pecho, posición que facilitará la introducción de la sonda en el esófago y cerrará la vía aérea.
-Verifique la colocación de la sonda, bien aspirando contenido gástrico y midiendo su pH.
-Antes de iniciar el lavado gástrico, extraiga el mayor contenido gástrico posible, procediendo a la recolocación repetida de la punta de la sonda.
-Una vez finalizada la aspiración de contenido gástrico fijamos la sonda con esparadrapo a la nariz del paciente.
-Debemos introducir y aspirar agua o solución salina hasta que el líquido que aspiremos sea claro.
-Observaremos en el tubo de aspiración las características del líquido, si hay restos de pastilllas…
-Al acabar el lavado gástrico introducimos el carbón activado.
-Pinzamos la sonda y la retiramos cuando ya no vayamos a utilizarla.
-Registramos en Historia Clínica.

El lavado gástrico está contraindicado en los siguientes casos:
-Pacientes que han vomitado.
-Ingesta de sustancias corrosivas, cáusticos…
-Pacientes con disminución del nivel de conciencia y vía aérea no protegida.
-Paciente con estenosis esofágica o riesgo de hemorragia digestiva.
-Paciente no colaborador.
-Intoxicación etílica de hace más de 30 minutos.
-Intoxicación leve

Las posibles complicaciones del lavado gástrico son las siguientes:
-Lesiones faringo-esofágicas: erosiones, hemorragias, perforaciones.
-Problemas respiratorios: laringospasmo, aspiración…
-Arritmias.
-Hipotermia.
-Alteraciones hidroelectrolíticas: hiponatremia o hipernatremia.

-Hemorragias conjuntivales.
-Efecto vagal.

5 Discusión-Conclusión

Una parte principal del procedimiento y que en numerosas ocasiones se pasa por alto es explicar el procedimiento que vamos a realizar al paciente, así como sus riesgos y alternativas.
Esta técnica no está exenta de riesgos por lo que tenemos que tener claras sus indicaciones y su realización dependerá del tóxico ingerido, la cantidad, el tiempo que ha pasado y el estado del paciente.
Debemos poner hincapié en la importancia de realizar el registro de la técnica en la historia del paciente.
Tras el lavado gástrico debemos vigilar estrechamente al paciente durante las siguientes horas: su nivel de conciencia, sus constantes vitales, y en caso de haber utilizado carbón activo observaremos la eliminación del mismo en las heces.

6 Bibliografía

1. Barrio C, Tamayo C. Intoxicaciones y otras situaciones críticas Atención primaria. Madrid: Harcourt Brace, 1999; 1653-1671.
2. Sebek LLG, de Winter BCM, A diagnostic tool for self-poisoned patients: Analysis of gastric content and lavage fluids. Neth J Med. 2020 Dec;78(6):404-407.

Capítulo 3

EL TRABAJO A TURNOS EN EL SECTOR SANITARIO

ITZIAR FUENTES SUÁREZ

SARA PORRES FERNÁNDEZ

DIANA SUAREZ RUBIO

OLAYA RIVAS PEREZ

VERÓNICA MENÉNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

El trabajo a turnos en una realidad muy habitual en la sociedad en la que nos encontramos, pues las exigencias en la economía son cada vez mayores, el mundo está cada vez más globalizado haciendo que las perspectivas en la producción también sean mayores, por lo que hay también una necesidad de prestar servicios y producir las 24 horas del día.

Si esto ocurre en casi todos los ámbitos laborales en el sector sanitario se trata de algo básico, pues es necesario proporcionar y dar cobertura sanitaria las 24 horas del día a las personas, haciendo que sea imprescindible establecer unos turnos rotativos para los trabajadores como medida de respuesta a las necesidades que se presentan. El sector sanitario se sitúa a la cabeza de los trabajos en los que sus profesionales trabajan a turnos constituyendo este un porcentaje 36% seguido de la hostelería representando un 30% tras la industria y el transporte con un 26 y 24% respectivamente.

El trabajo a turnos se da cuando un trabajador presta sus servicios en distintas horas no teniendo un mismo horario todos los días, ocupando un mismo puesto de trabajo y rotándose con otros compañeros. Dentro de los turnos de trabajo existen diversos tipos, ya que estos dependen de las rotaciones, del personal que se dedica a dar apoyo, de si se trabaja o no por la noche, si se trabajan los findes de semana, de los descansos o de los horarios. Además, el personal del ámbito sanitario, no solo se enfrenta al trabajo a turnos, sino que también puede trabajar en horario nocturno y esta situación puede dar lugar a importantes riesgos psicosociales para los trabajadores.

2 Objetivos

-Estudiar porque el trabajo a turnos se constituye como un elemento favorable para que se den riesgos psicosociales.
-Describir las consecuencias que tiene en trabajo a turnos en la salud del personal del sector sanitario.
-Analizar las medidas que se pueden realizar desde el sistema sanitario para mejorar las condiciones y los efectos del trabajo a turnos

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

El trabajo a turnos exige que continuamente el organismo se debe de adaptar a unos ritmos de vida que no son los que normales alterando los ritmos circadianos, que son aquellos que marcan las necesidades biológicas. Esto hace que se tenga

que mantener el organismo activo cuando toca descansar o que no se pueda disfrutar del ocio porque corresponde a unos horarios en los que se está trabajando, provocando importantes desajustes tanto a nivel físico como en la vida familiar y social, provocando importantes problemas de salud.

En primera instancia, el trabajo a turnos va a desembocar en la privación del sueño, ya que está demostrado que las personas que trabajan a turnos duermen menos y la recuperación de las horas de sueño y el ritmo circadiano es más lento, por lo que se producen así los primeros efectos en la salud en forma de trastornos del sueño.

El sueño es algo esencial para el crecimiento de las personas gracias al cual se fortalece el sistema inmunitario y permite que se consolide la memoria a largo plazo, por eso importante que en el sistema sanitario se establezcan una serie de criterios que permitan detectar y diagnosticar estos problemas. La alteración del sueño y el desfase circadiano se tiene que dar al menos durante 7 días para demostrar una alteración del sueño. El horario de trabajo y las horas de sueño, en definitiva, son esenciales para la salud y ante alteraciones se puede sufrir apneas, cansancio, menor capacidad de reacción, menos memoria e incluso una fatiga que puede llegar a ser crónica. Esta pérdida de sueño en muchas ocasiones también se puede asociar a un mayor riesgo de padecer diabetes, pues los niveles de glucosa también se pueden ver afectados.

Las alteraciones en los ciclos biológicos van a hacer que aumente el riesgo de hipertensión sobre todo las personas que trabajan en turnos de la noche, apareciendo las enfermedades coronarias. Se producirán también trastornos alimentarios y estomacales, como consecuencia de los desórdenes alimentarios, al saltarse las comidas, a comer rápido o a comer a horas en las que no existe ningún tipo de orden temporal, siendo más propensos a padecer obesidad. Estas alteraciones también pueden provocar enfermedades como gastritis, digestiones pesadas, colitis…

En cuanto a los trastornos psicológicos se puede observar una mayor irritabilidad al trabajar a turnos, ansiedad, depresión o estrés laboral que si perduran a lo largo del tiempo pueden llegar también a ser crónicos.

Para prevenir los efectos del trabajo a turnos se deben de establecer unas rutinas del sueño, debiendo dormir al menos 7 u 8 horas respetando al máximo los ciclos. Se deben de hacer partícipes a los trabajadores de los turnos, para que así también puedan tener una buena conciliación social y familiar. Los turnos de la noche deben de ser más cortos y ejercidos por el personal más joven de la empresa, considerando que el trabajo a turnos para las personas mayores de 50 años sea algo voluntario. Se deben facilitar los descansos y limitar la carga de tra-

bajo por las noches, haciendo que sea menor. Es importante contar también con instalaciones que faciliten el descanso en horario de trabajo, así como cocinas adecuadas que permitan calentar la comida o comer caliente en horario laboral.
Los profesionales del sector sanitario que trabajan a turnos deben de tener un control muy exhaustivo de salud pues las consecuencias de la turnicidad pueden llegar a ser graves. Es por eso que también se realizarán revisiones con una mayor frecuencia encaminadas a detectar los primeros síntomas de cualquier enfermedad y tomar las medidas oportunas.

5 Discusión-Conclusión

Desde el punto de vista del sector sanitario se debe prestar especial atención a los riesgos psicosociales que pueden empeorar la calidad vida de los trabajadores y derivar a la vez en una peor calidad del servicio de atención al paciente. Uno de los principales riesgos es el trabajo a turnos, por lo que es importante que se establezcan las medidas preventivas adecuadas para minimizar el riesgo sin dejar de prestar un servicio adecuado.
Es necesario que el sistema sanitario se encargue de organizar un trabajo a turnos que, aunque sea absolutamente necesario porque hay que prestar atención sanitaria las 24 horas del día, sea un trabajo sano y seguro, en el que exista una implicación por todos los miembros de la organización encaminada a facilitar y flexibilizar los turnos en función de las necesidades de cada profesional, destinando todos los recursos necesarios para ello.

6 Bibliografía

1. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n224/original3.pdf
2. Trabajo a turnos en el personal sanitario de enfermería https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n224/original3.pdf
3. Trabajo en turnos, privación de sueño y sus consecuencias clínicas https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701809#::text=Las%20consecuencias%20en%20salud%20asociadas,embarazo%2C%20accidentabilidad%20y%20trastornos%20inmunol%C3%B3gicos

Capítulo 4

MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) LEVE EN URGENCIAS

ROCÍO PALACIO ALONSO

1 Introducción

En el servicio de urgencias es bastante frecuente atender pacientes que acuden por traumatismo craneoencefálico (TCE) leve.

Los pacientes que sufren un traumatismo craneoencefálico pueden tener complicaciones a corto o a largo plazo, dependiendo de la gravedad y de la zona en la que se produce la lesión. También son factores a tener en cuenta la edad y el estado de salud basal del paciente. Pueden verse afectados la razón, la vista, el habla, la vista, el equilibrio, las emociones y otro tipo de habilidades debido al efecto de estas complicaciones.

La pérdida de conocimiento durante un corto periodo de tiempo es un síntoma muy común entre la mayoría de los pacientes que sufren un traumatismo craneoencefálico

Posteriormente, los síntomas son variados dependiendo del tipo de traumatismo. Cuando se trata de un traumatismo craneoencefálico leve pueden aparecer los siguientes síntomas: cefalea, visión borrosa, amnesia, cambios de comportamiento.

Por otro lado, los traumatismos craneoencefálicos moderados y graves generan otra clase de síntomas: náuseas y vómitos, debilidad en brazos y piernas, dificultad para el razonamiento y dificultad para hablar adecuadamente.

Las consecuencias de un TCE pueden variar mucho entre distintas personas, también teniendo en cuenta la localización y la gravedad de la lesión. Los cambios en la personalidad y el comportamiento, la pérdida de memoria o el discernimiento, la falta de control sobre los impulsos y la falta de capacidad para concentrarse.
El manejo inicial del TCE se centra en la correcta identificación de los pacientes en riesgo en riesgo vital, y proporcionar una adecuada evaluación y diagnóstico con el fin de evitar el desarrollo de las posibles complicaciones.

2 Objetivos

- Conocer los signos de alarma tras un TCE leve.
- Indicar cómo actuar ante un paciente con TCE.
- Proporcionar unas pautas a seguir en el cuidado de estos pacientes al alta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica 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

Un traumatismo craneoencefálico se caracteriza por ser lesión cerebral producida por un golpe fuerte en la cabeza o por la fuerza de una aceleración/desaceleración, así como por un latigazo cervical, que produce daño al cerebro con un traumatismo externo directo o sin él.
El TCE leve se trata de una forma menos grave de TCE. Generalmente, aparecen signos y síntomas pasajeros que tras dos semanas mejoran notablemente. En ocasiones, algunos pacientes pueden seguir teniendo síntomas pasado un año o más.
Las manifestaciones clínicas van a depender de las áreas cerebrales afectadas por el traumatismo. Estas pueden resumirse en alteraciones del estado de conciencia, signos neurológicos (desorientación, afectación del equilibrio y la memoria) y alteración de las funciones vitales. Algunas de las manifestaciones clínicas más frecuentes del TCE son consecuencia de las lesiones secundarias.

Un TCE produce daños en el sistema nervioso debido a diferentes mecanismos lesionales:

- La lesión primaria determina lesiones funcionales y estructurales que pueden ser reversibles. Se trata de una lesión que se produce como resultado directo de un traumatismo e inmediatamente después del impacto debido a su efecto biomecánico.
- Partiendo de una lesión primaria debido a procesos metabólicos, moleculares, inflamatorios y vasculares que se derivan del traumatismo inicial y duran horas o incluso días. Estos procesos incluyen pérdida del balance electrolítico, apoptosis, isquemia y otros que generan complicaciones como edema, hiperemia, hemorragias, hipertensión intracraneal y trombosis que pueden evolucionar a isquemia o apoptosis celular.

Cuando la enfermera registra los antecedentes del paciente debe pedirle al paciente que describa el episodio. Le preguntará sobre los detalles previos a éste y los que se han producido inmediatamente después. La respuesta puede ayudar a establecer el grado de amnesia, si existe.

5 Discusión-Conclusión

Las recomendaciones que se deben seguir en domicilio durante las siguientes las siguientes 24-48 horas son:

- Guardar reposo relativo en domicilio, evitando iluminación y sonidos fuertes.
- Para su correcta observación y cuidado se recomienda que sea un familiar o cuidador el encargado de llevarlo a cabo. Cada 2-3 horas comprobará que el paciente está correctamente orientado en espacio, tiempo y persona. Podrá hacerlo fácilmente preguntándole cómo se llama, donde está, año en el que vive y si recuerda lo sucedido. También se debe valorar si el paciente habla normalmente y si tiene buena movilidad de extremidades superiores e inferiores.
- El paciente puede comer y beber en pequeñas cantidades. No es necesario forzarle si no le apetece. Está prohibida la ingesta de alcohol y/o tranquilizantes.
- Es normal la aparición de cefalea de intensidad leve, que le puede durar entre uno y dos días. En caso de cefalea tomará la analgesia prescrita por el médico.

Es importante que el paciente acuda de nuevo al servicio de urgencias si aparece cefalea intensa que no cede con analgesia, vómitos bruscos, tendencia al sueño, desigualdad en el tamaño de las pupilas o desorientación y confusión.

6 Bibliografía

1. GUIA PARA EL MANEJO INICIAL DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO LEVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES. HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE [Internet]. Gva.es. [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://alicante.san.gva.es/documents/4450974/0/TCE1.pdf#::text=La%20observaci%C3%B3n%20se%20recomienda%20por%20lo%20menos%2024,anormal%3A%20hemorragia%20intracraneal%2C%20edema%20cerebral%2C%20fractura%20craneal%2C%20etc

2. Algoritmo de imagen ante TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE EN EL ADULTO en urgencias [Internet]. Serau.org. 2018 [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://serau.org/2018/11/algoritmo-de-imagen-ante-traumatismo-craneoncefalico-leve-en-el-adulto-en-urgencias/

3. Aguilar PM, Hernando De La Bárcena I. Riojasalud.es. [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.riojasalud.es/files/content/servicios/urgencias/profesionales/protocolo_tce.pdf

4. Investigación RS. Plan de cuidados en un paciente con traumatismo craneoencefálico (TCE) leve [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-en-un-paciente-con-traumatismo-craneoencefalico-tce-leve/

5. Vacca VM Jr. Tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve en adultos. Nursing [Internet]. 2019 [citado 18 de noviembre de 2022];36(2):32-9. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-tratamiento-del-traumatismo-craneoencefalico-leve-S0212538219300408

Capítulo 5

MUERTE DIGNA EN URGENCIAS. MEDIDAS DE CONFORT PARA EL PACIENTE Y FAMILIARES

LUCÍA GARCÍA PÉREZ

1 Introducción

La muerte digna se define como el derecho que tiene cualquier persona de morir con dignidad, evitando en todo momento el dolor y si procede a no ser sometido a pruebas o métodos diagnósticos que son inútiles para revertir este proceso.

Está claro que este concepto ha cambiado a lo largo de las décadas y la gente ha pasado de morir en su casa a morir con más frecuencia en los hospitales.

Antes de continuar con este capítulo cabe mencionar que muerte digna no es sinónimo de eutanasia. Se diferencia en que la muerte digna no plantea un aceleramiento del final de la vida sino que defiende que ocurrirá cuando tenga que ser.

Todo el mundo tiene derecho a tener una muerte digna y actualmente todavía es una obligación ser capaces de lograr mejorar las necesidades básicas al final de la vida.

Poder mejorar estos cuidados y ser capaz de dar el apoyo adecuado tanto al paciente como a la familia es un gran reto para los equipos sanitarios.

Todos los servicios deben tener claro unas pautas de actuación y saber cómo ser capaces de gestionar y conseguir brindar una muerte de calidad al paciente. En

especial, en este capítulo nos centraremos en el servicio de urgencias.

Una ce las principales tareas que debe ser capaz de realizar el equipo de enfermería del servicio de urgencias es identificar los pacientes que llegan a este servicio en situación terminal porque aunque sea conocida la función de este servicio de "salvar vidas" cada vez es más necesario conocer y ofrecer una serie de cuidados dignos para poder proporcionar una muerte digna.

Aunque la prioridad de la medicina sea "salvar" no hay que olvidarse también la inclusión a este objetivo de un consuelo y compañía en todo momento que sea necesario.

Si tenemos en cuenta la proporción de pacientes que se mueren en el servicio de urgencias respecto al hospital en general obtenemos una fracción muy reducida sobre todo teniendo en cuenta la cantidad de personas que son atendidas en este servicio.

Podemos diferencias dos tipos de pacientes que suelen fallecer en este servicio:

• Paciente por ejemplo politraumatizado o que ha sufrido un infarto el cual no se espera su muerte ya que ha sido de manera repentina
• Paciente anciano pluripatológico, cuya muerte se espera y la situación es insostenible en el domicilio.

Hay un gran problema actualmente entre los profesionales sanitarios de como poder lograr unos cuidados apropiados para conseguir dar una "buena muerte" debido a que hay numerosos impedimentos que ponen muy difícil seguir un protocolo adecuado de actuación, uno de los principales es el diseño actual del funcionamiento del servicio de urgencias.

Actualmente los centros sanitarios como los hospitales están dotados con una gran cantidad de tecnología, personal altamente cualificado, etc. De igual manera. La enfermería es la protagonista en cuando a un mayor tiempo de acompañamiento y el afán que porta para dar los mejores cuidados posibles.

Centrándonos un poco más en el servicio de urgencias que es el tema principal del presente capítulo, es imposible pensar en el sin la saturación del mismo lo cual genera un descontento en cuanto a familiares y pacientes que ocasiona un daño en parámetros como la dignidad.

2 Objetivos

- Proporcionar unas pautas que ayudan al paciente a tener una muerte digna cuando llega su momento.

- Enseñar a ofrecer un apoyo a los familiares de paciente terminal con las ayudas necesarias

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática en bases de datos como Medline, Scielo y Pubmed.

También se ha realizado la búsqueda sistemática en libros y artículos especializados.

Se utilizaron palabras en español, transformando en un lenguaje controlado a través de los términos Decs. Aparte de utilizar los operadores booleanos “Y”, “NO” y “O”.

4 Resultados

Las metas básicas que cualquier personal sanitario, es este caso la enfermería en servicios de urgencias, que debe conocer frente a un paciente terminal son:

- El encontrar la forma de bienestar mediante un tratamiento adecuado del dolor
- Proporcionar el alivio que sea necesario
- Prevención del sufrimiento siempre con la mayor dignidad posible

Es importante no solo tratar de conseguir el alivio de las molestias sino ayudarle en la gran medida posible en su realización personal y la satisfacción de sus necesidades. Para poder lograrlo hay muchas formas entre las que están:

- Dar asesoría y soporte tanto ético como legal
- Considerar siempre como prioridad las necesidades del enfermo
- Mantenerlos siempre informados de todo
- Reconocer sus propias preocupaciones

Dentro de los cuidados que se pueden ofrecer al paciente terminal se dividen en 3 tipos:

1. Cuidados básicos generales Destinados a ofrecer el máximo bienestar posible.
2. Cuidados preventivos Evitan los problemas que suelen desarrollar frecuentemente estos pacientes como por ejemplo el estreñimiento.
3. Cuidados sintomáticos Se hacen con el fin de evitar los procesos patológicos que van surgiendo. Por ejemplo las úlceras.

En algún momento del proceso el paciente puede precisar que el equipo de enfermería realice una serie de procedimientos que cubran sus necesidades básicas. En el Servicio de Urgencias podemos distinguir algunas que veremos a continuación junto con el método de actuación adecuado:

• Sufrimiento espiritual: Existe una necesidad de reconciliación y un conflicto entre las creencias y valores del individuo. Actividades a realizar:
- Facilitar asistencia espiritual
- Ayudar a encontrar posibles soluciones al conflicto
- Favorecer la expresión de sentimientos

• Baja autoestima: Objetivos inalcanzados, pérdida de control emocional. Actividades:
- Valorar todos sus logros positivos
- Tranquilizarlo en todo lo posible
- Hacer que participe en todos sus cuidados

• Ansiedad: Miedo a la muerte y a la soledad. Actividades:
- Informar en todo momento de los tratamientos para el control de síntomas
- Tranquilizar en todo momento
- Por ejemplo, podemos proporcionar luz si tiene miedo a la oscuridad

Aparte de los anteriores diagnósticos nos pueden surgir diferentes problemas de colaboración como los que veremos a continuación.

• Disnea: Falta de aire
- Modificar hábitos (realizar aseo sentado)
- Administrar el O2 necesario
- Mejorar psicológicamente la sensación como abriendo la ventana

• Náuseas y vómitos
- No obligar a comer
- Se pondrán fármacos antieméticos pautados
- Cuidados de la boca

• Estreñimiento: Se produce por efecto secundario de la medicación
- Administración de laxantes
- Proporcionar intimidad
- Atender el reflejo de defecación lo antes posible
• Insomnio: El descanso es fundamental para poder disminuir los niveles de dolor y ansiedad
- Mantener horarios regulares
- Evitar interrupciones
- Evitar ruidos y luces molestas

La familia y el enfermo siempre será un equipo a tratar conjuntamente. Cuando llega el final de la vida, es imprescindible dar, tanto al paciente como a la familia, la máxima calidad de cuidados y atención posibles.

Para que el paciente logre una mayor tranquilidad es fundamental incluir a la familia en todos sus cuidados. En la mayoría de las ocasiones es la primera experiencia con la muerte de la familia, al estar tratando del Servicio de Urgencias la mayoría de las muertes son inesperadas.

La familia está en un shock emocional caracterizado por una gran ansiedad y miedo que como profesionales sanitarios debemos de ser capaces de reconocer y tratar en la medida de lo posible.

A continuación se exponen una serie de intervenciones para ayudar al familiar a enfrentarse a la pérdida del familiar.

1. Aceptar la realidad de la pérdida.
Es el paso más difícil. Ayuda mucho a este proceso el dejar ver el cadáver para así despedirse de él. Evitar las frases hechas como “intenta olvidarlo” y nunca intentar minimizar el sufrimiento por la pérdida.

2. Dar voz al dolor producido.
Son necesarios los desahogos. Empatía y ponerse en el lugar de la familia que haya sufrido la pérdida.

Además de esos dos puntos principales también podemos ayudar de la siguiente manera:

- Dar el pésame lo primero
- Proporcionar asistencia sanitaria si precisa, sobre todo en muertes traumáticas

- Si el familiar está solo o es una persona mayor, ofrecer ayuda con los trámites o llamadas
- Si en el momento de la muerte está solo, esperar a que llegue la familia
- Nunca meteremos prisa, el cadáver se llevará cuando la familia esté lista

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día se hace imprescindible estando dentro del mundo sanitario el tener la responsabilidad moral de ofrecer siempre lo mejor de casa uno en base a los conocimientos y recursos existentes.

Una remodelación en cuanto a la distribución dentro del servicio de urgencias sería imprescindible para ofrecer unos mejores servicios a los pacientes en cuanto a su intimidad o su autonomía.

Los servicios de urgencias están sometidos a una gran saturación que repercute de manera directamente negativa en cuanto a calidad y eficiencia de cuidados. Todo esto repercute de manera negativa en el personal ante la impotencia de poder dar los cuidados oportunos de calidad.

Llegar a concienciar a todos los servicios que forman parte de la sanidad es un reto que poco a poco se irá consiguiendo ya que se considera fundamental que el proceso sea continuo y que el paciente sea la parte principal de cualquier acto sanitario.

En el servicio de urgencias llegar a alcanzar una muerte sin que haya pérdida de la dignidad es un camino largo y difícil debido a la estructuración del servicio por eso es imprescindible que se lleven a cabo estrategias de calidad asistencial para que desaparezcan todos los déficits en cuando a calidad de cuidados y servicios.

6 Bibliografía

-Sandino, M. C., Rodríguez, M. P. G., & Herranz, L. B. (2022). La muerte digna y su aplicación en los servicios de urgencias. Revisión sistemática. Revista Sanitaria de Investigación, 3(7), 90.
-Pérez, A. Q., Jiménez, P. Á., & Mateos, A. M. R. (2017). Conocimiento y aplicación de la ley de «muerte digna» entre profesionales de las urgencias hospitalarias. Medicina Paliativa, 24(2), 57-62.
-Sánchez Fernández, D. (2016). Muerte digna en urgencias.

-Calvo Sandino, M. (2017). La muerte digna y su aplicación en los servicios de urgencias.

Capítulo 6

CASO CLÍNICO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE CRISIS HIPERTENSIVA EN URGENCIAS

BELÉN FERNÁNDEZ VILLABRILLE

1 Introducción

La presión arterial puede definirse como la fuerza que ejerce el flujo sanguíneo contra la pared de las arterias. Hablamos de hipertensión arterial (HTA) cuando esta presión se encuentra por encima de los valores definidos como normales. La presión arterial se mide en milímetros de mercurio, distinguimos 2 valores; presión arterial sistólica: valor máximo de presión que se corresponde con salida de sangre desde los ventrículos hacia el árbol arterial presión arterial diastólica:valor mínimo de presión arterial que se corresponde con la presión en el retorno de la sangre al corazón.
Se distinguen 6 estadíos en función de los valores:
Presión arterial baja <90/60mmhg
Presión arterial normal 120/80 mmHg
Presión arterial elevada 120-129/80mmHg
Presión arterial alta estadio I (hipertensión): entre 130-139 o entre 80-89 mmHg.
Presión arterial alta estadio II (hipertensión): entre 130-139 o entre 80-89 mmHg.
Crisis hipertensiva valores superiores a 180/120 mmHg. En este estadío la elevación de la PA incrementa considerablemente el riesgo de producir alteraciones estructurales o funcionales en los órganos diana.
Las crisis hipertensivas (CH) se dividen en urgencias hipertensivas (UH) y emergencias hipertensivas (EH); al hablar de urgencias hipertensivas nos referimos

a elevaciones agudas de la PA que no provocan afectación de los órganos diana de la HTA o, si esta se produce, es de carácter leve moderado. Por otro lado, al referirnos de emergencias hipertensivas son situaciones que requieren una reducción inmediata de la PA con medicación parenteral debido al elevado riesgo de que se produzca daño agudo o progresivo de órganos diana que puedan quedar irreversiblemente afectados.

2 Objetivos

Exponer un caso clínico de crisis hipertensiva atendido en urgencias.

3 Caso clínico

Varón de 62 años que acude a urgencias de hospital por presencia de valores elevados de presión arterial asociados a cefalea intensa y mareos. Refiere estar a tratamiento con captopril 25mg y tener la tensión bien controlada.
Se toman las constantes obteniéndose los siguientes valores de presión arterial (PA): 220/100; FC: 80lpm; S02: 99%; Glucemia capilar:130; Tª:36ºC.
Exploración Física: paciente consciente, orientado, colaborador. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos, no soplos. Auscultación Pulmonar:murmullo vesicular conservado y sin ruidos patológicos.
Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Extremidades sin edemas.
Exploración neurológica normal. No focalidad neurológica
Se canaliza vía venos periférica para extracción de muestra de sangre venosa y para posible administración de medicación si fuera necesario.
En la analítica valores en rangos normales. Ninguna alteración significativa.
Se realiza electrocardiograma (EKG); ritmo sinusal a 78 lpm. No signos de insuficiencia ventricular izda ni isquemia coronaria
Dado que las pruebas complementarias realizadas no evidencian patología subyacente, nos encontramos ante un caso de urgencia hipertensiva no es por tanto una emergencia por lo que la actitud clínica a seguir será tratar de reducir los valores de PA con medicación.
Se administra 1 comprimido de captopril vía oral. A su vez se administra nolotil IV diluido en 100cc de ssf para aliviar la cefalea y ayudar a disminuir la PA.
A la media hora realizamos de nuevo una determinación de PA; 180mmHg. Se decide administrar otro comprimido de captopril y revalor PA 1/h después.

Volvemos a tomar constantes y esta vez la PA ya ha disminuido hasta 150 mmHg y el paciente refiere notable mejoría del dolor de cabeza. Se decide por tanto, alta a domicilio con ajuste de medicación habitual. Incidimos en la importancia de retomar el seguimiento de la hipertensión arterial en su centro de atención primaria.

4 Discusión-Conclusión

La hipertensión severa exige una rápida evaluación clínica de los órganos diana, para determinar si se trata de una emergencia o urgencia hipertensiva. En el caso que presentamos, el paciente no precisaba una reducción inminente de la PA, sin embargo disminuir de forma precoz estos valores se traduce en una mejoría de la clínica que presenta en el momento actual y reduce el riesgo de posibles daños en órganos diana.

La actuación de enfermería en este ámbito no debe limitarse exclusivamente al registro de constantes y administración de medicación aguda, pues pese a ser un servicio de urgencias no debemos olvidar la importancia de instruir y educar al paciente en medidas higiénico dietéticas para evitar complicaciones asociadas a la HTA. Es de vital importancia resolver las dudas del paciente así como ayudarle a identificar las situaciones en las que debería solicitar atención médica urgente. Por otra parte, es importante incidir en estos pacientes en la necesidad de continuidad de cuidados, por ello, en el informe de alta insistimos en que se debe realizar un correcto seguimiento por parte del equipo de atención primaria. Resumiendo, la atención clínica de estos pacientes no finaliza en el servicio de urgencias una vez que se resuelve el proceso agudo sino que debe continuar en el servicio de atención primaria para poder realizar un abordaje integral de la salud del paciente.

5 Bibliografía

1. Caldevilla Bernardo David, Martínez Pérez Josefa, Artigao Rodenas Luis Miguel, Divisón Garrote Juan Antonio, Carbayo Herencia Julio Antonio, Massó Orozco Javier. Crisis Hipertensivas. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2008 Oct [citado 2022 Nov 14] ; 2(5): 236-243. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300007&lng=es.
2. era Carrasco Oscar. UNIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2009 [citado 2022 Nov 14] ; 15(2): 46-57. Disponible

en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582009000200009&lng=es.
3. Vignolo Washington, Layerle Bernardo. De la teoría a la práctica: manejo de la hipertensión en casos concretos de la práctica diaria Ejercicio de autoevaluación. Rev.Urug.Cardiol. [Internet]. 2013 Ago [citado 2022 Nov 14] ; 28(2): 312-328. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013000200023&lng=es.

Capítulo 7

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE SITUACIONES GRAVES DE ANAFILAXIA

MARÍA DE LOS REYES FERNÁNDEZ DE MARCOS VELÁZQUEZ

1 Introducción

La anafilaxia es una reacción alérgica grave,que puede llegar a ser multisistémica,de rápida instauración y potencialmente mortal.Es un estado de sensibilización, determinado por la exposición inicial a un alérgeno,teniendo como consecuencia una reacción inmediata del organismo en caso de una segunda exposición al mismo alérgeno.

Las reacciones de anafilaxia se pueden acompañar de diversos síntomas como respiratorios(tos ,disnea,sibilancias),digestivos(vómitos,diarrea,dolor abdominal),cardiovasculares(síncopes,mareos,palidez cutánea),entre otros muchos.Una de las reacciones más espectaculares es la hipotensión del choque anafiláctico.Otras y también muy importantes son,la hinchazón del rostro y edema de Quincke(angioedema o edema angineurótico,que es la presencia de tumefacción a nivel de la piel,del tejido submucoso y de las mucosas).Otras reacciones serían asma atópico,urticaria,fiebre del Heno y eccema.

Los casos de anafilaxia en urgencias,son aproximadamente 1 por cada 1000 visitas.

Los alergenos,son unas sustancias susceptibles de desencadenar una reacción alérgica.Esta reacción,ante un alérgeno como puede ser el

polen,polvo,alimentos,fármacos,está determinada por la presencia en el organismo de anticuerpos naturales específicos.
Son los alimentos los principales causantes de estos cuadros de anafilaxia en pacientes pediátricos,entre ellos, el huevo,la leche de vaca y determinadas verduras y hortalizas.
El contacto del organismo con el alérgeno,desemboca un enlace,con los anticuerpos específicos,que provoca a su vez,la secreción de sustancias naturales,capaces de modificar el diámetro y la permeabilidad de los vasos sanguíneos y conductos
.

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta y pautas de actuación del equipo de enfermería ante situaciones de anafilaxia.

3 Metodología

Se ha elaborado este trabajo llevando a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos Google académico, Scielo y Pubmed, filtrando artículos en español publicados desde 2018. Como palabra clave se han utilizado anafilaxia, alérgeno, reacción alérgica, reacción anafiláctica y shock anafiláctico.

4 Resultados

Ya que la anafilaxia es un proceso que puede ser potencialmente letal y ante las reacciones sistémicas graves que produce la liberación de los mediadores inflamatorios como los mastocitos ,basófilos,activados inmunológicamente y mediados por los IgE,el tratamiento precoz es muy importante.

Primeramente se inyecta adrenalina i.m.o subcutánea .Se acompañarán las medidas de soporte necesarias para esta situación de urgencia.
El salbutamol nebulizado ,suele disminuir el broncoespasmo.
Si aparecieran síntomas nuevos refractarios,habría que repetir la dosis de adrenalina administrada.
El paciente debe permanecer en la sala de observación,una vez que se han resuelto los síntomas,el tiempo necesario para finalizar su recuperación,cómo mínimo 6 horas.

En algunos pacientes hay que tener especial atención y cuidado:
-los que han sufrido reacciones graves y el alérgeno no ha sido identificado.
-en pacientes con asma grave de difícil control.
-en pacientes que han recibido más de una dosis de adrenalina para su estabilización.

Para la obtención de unos mejores resultados:
-Hacer un estudio exhaustivo del paciente en consulta de alergología,para determinar alergenos posibles de desencadenar una reacción anafiláctica grave.
-Pautar un tratamiento individualizado con suficientes controles del mismo ,mediante analítica y otras pruebas determinantes.
-Aportar toda la información necesaria al paciente y familiares convivientes,para reconocer los signos y síntomas y evitar todos los alergenos que pueden desencadenar el problema.
-Informar,formar y ayudar al paciente y familiares ,en el manejo de autoinyectores de adrenalina,teniendo claro en qué momento se precisa su utilización .
-Describir un plan de acción ,para cómo actuar en caso de anafilaxia.
-Es muy recomendable acudir a urgencias ante la aparición de nueva reacción anafiláctica.
-También es muy recomendable,la identificación de los alergenos,con dispositivos como medallas ,pulseras,chapas,etc.
En la adolescencia,todas las medidas preventivas deben reforzarse porque es un periodo de más riesgo.
Todos los resultados obtenidos con los tratamientos han de especificarse en la historia clínica.
En los últimos años el avance en tratamientos con respecto a problemas alérgicos ,ha sido espectacular.
En pacientes más susceptibles de desencadenar reacciones graves ,los tratamientos de mantenimiento,evitan las mismas en la mayoría de los casos,estabilizando al paciente .

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de enfermería son clave en el paciente con shock anafiláctico:avisa al facultativo responsable,le proporciona tranquilidad y apoyo emocional durante el proceso,coloca vía venosa adecuada para administrar la medicación,mantiene vía aérea permeable,administra oxígeno,monitoriza signos vitales. Las alergias no son iguales para todos los pacientes.

El aprendizaje del paciente sobre su enfermedad y reconocer los alergenos causantes de la reacción de anafilaxia,evita que esta aparezca y que en ciertas ocasiones pueda ser letal.
Es importante aclarar dudas y formar adecuadamente al paciente en la administración del tratamiento , evitar problemas desencadenantes de estas patologías, así como actuar de manera rápida y eficaz. También es fundamental controlar la medicación de urgencia a administrar en casos de shock anafiláctico.

6 Bibliografía

1. SEAIC.Guía de actuación en anafilaxia:Galaxia 2016.Disponible en: https//www.seaic.org/profesionales/galaxia
2.Juliá J,GuerraMT.Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.Protocolo de Anafilaxia en el niño y adolescente.El Pediatra de Atención Primaria y la Anafilaxia.Protocolo del GVR(publicación P-GVR-11)(Internet).2017(citado el 4 de Mar 2019).Disponible en:https//www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/anafilaxia-final
3.Infante Herreo,S.Protocolo diagnóstico y tratamiento de la anafilaxia.Medicine:Programa de Formación Médica Continuada Acreditado(Internet).2015(citado el 4 de Mar 2019);11(88):5280-3.Disponible en :https//www.sciencedirect.com/science/article/pii/s0304541215002693
4.Cardona V,Cabañes N,Chivato T,Guardía P,Fernández M,Freijó C,et al.Guía de Actuación en Anafilaxia:GALAXIA 2016(Internet).Barcelona:Esmon Publicudad S.A.;2016(citado el 4 de Mar 2019).Disponible en:http//www.repirar.org./images/galaxia
web 28-11-2016.pdf
5.Londoño J,Raigosa M,Vásquez M,Sánchez J.Anafilaxia:estado del arte.IATREIA(Internet).2018(citado el 4 de Mar 2019);31(2):166-79.Disponible en :http//www.scielo.org.co7pdf/iat/v31n2/0121-0793-iat-31-02-00166.pdf

Capítulo 8

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

LUCIA MUÑIZ CHILLON

1 Introducción

Una emergencia o urgencia psiquiátrica es una condición aguda o crónica que requiere una intervención psiquiátrica: intento de suicidio, conducta agresiva, psicosis, crisis de angustia, abuso de sustancias, trastorno de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático.

Los pacientes con trastornos mentales constituyen una gran parte de la atención en urgencias hospitalarias. Por ello, es importante incrementar el conocimiento sobre estas enfermedades y mejorar el seguimiento médico que tienen estas personas.

Un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Esto requiere de un tratamiento inmediato en el área de urgencias. Normalmente, el tratamiento principal que se realiza en la sala de urgencias es el tratamiento de los síntomas agudos y posteriormente se valora si el paciente debe ser ingresado en el área psiquiátrica o dado de alta con una futura consulta al profesional correspondiente.

Durante la atención psiquiátrica de urgencia, los profesionales sanitarios se enfrentan en ocasiones a situaciones que acompañan comportamientos de riesgo para el paciente o para terceras personas e implica la toma de decisiones con implicaciones legales.

El psiquiatra en el servicio de urgencias tiene que evaluar y decidir el tratamiento más adecuado, incluyendo el internamiento psiquiátrico del paciente si lo precisase, de manera voluntaria o no.

2 Objetivos

Los objetivos en el cuidado del paciente psiquiátrico en urgencias podrían ser:
- Conocer las actuaciones adecuadas por parte de los profesionales para el tratamiento del paciente psiquiátrico en urgencias.
- Proponer un plan de acción y establecimiento de una relación con el paciente.

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

Las enfermedades psiquiátricas son muy comunes en urgencias hospitalarias, por ello es importante conocer sus causas. En ocasiones estas conductas también podrían ser causa de otro tipo de alteraciones neurológicas o un tumor cerebral. Es importante observar y valorar. Cada caso es diferente y debemos tener presente que la mayoría de las veces el paciente no es culpable de estos comportamientos en ocasiones agresivos.
Debemos de hacerles conscientes de la gravedad de los síntomas y de cuál será el mejor tratamiento, siempre manteniendo la calma ante una posible agitación del paciente.
Es común el uso de muñequeras y tobilleras por las posibles lesiones que se puedan provocar a ellos mismos, pero se debe de intentar disminuir su uso, ya que no contribuye a la mejoría del paciente, sino que podría empeorar su psicosis.

Es importante que el lugar donde sean atendidos disponga de los materiales imprescindibles evitando todos aquellos con los que pueda causar algún daño.
No se debe juzgar al paciente y se le debe de hablar en un tono bajo y tranquilo.
Se deben de explicar todos los procedimientos que se le vayan a realizar y pedir su consentimiento.
El tratamiento en urgencias se centrará en los síntomas agudos con la finalidad de mejorar la condición del paciente y evitar que su comportamiento se dañe o dañe a otros.

Se hablará con sus familiares más allegados para recabar información, posibles antecedentes, etc.
Si el paciente ya se ha realizado algún daño o ha intentado suicidarse de alguna manera, se debe de atender lo más rápido posible. Estos pacientes estarán vigilados en todo momento. Además debe de ser sabido por el personal que lo atiende para actuar rápidamente y evitar mayores daños.

5 Discusión-Conclusión

La prevención es un pilar importante en el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas.
Este tipo de pacientes son frecuentes en urgencias hospitalarias. Dependiendo del tipo de enfermedad se aplicará un tratamiento u otro.
También debemos tener en cuenta el riesgo que corre el personal sanitario, con lo cual, se deben poner siempre todas las medidas de prevención necesarias.
En estas patologías toma un papel importante la familia, ya que nos podrá dar información más fiable acerca del caso.
El trato a los pacientes siempre será normal y de forma tranquila. En casos especiales será necesario avisar a las autoridades pertinentes.

6 Bibliografía

1. D. Saravane, B. Feve, Y. Frances, et al. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. Encephale, 35 (2009), pp. 330-339 http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2008.10.014
| Medline.
2. E. Escobar, C. Cruz. Urgencias Psiquiátricas. 2° Edición, Editorial Mediterráneo, (2011),

Capítulo 9

MANEJO DE LA MEDICACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA E INFUSORES POR ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL PACIENTE TERMINAL

ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

VERÓNICA SANZ MINGUEZ

ALICIA FLORES CASARRUBIOS

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución y que, por ello, conlleva a la muerte en un tiempo variable, en general inferior a 6 meses, con evolución progresiva y que provoca síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes que provocan sufrimiento físico, psicológico, tanto en el paciente como en la familia.

Es una situación compleja, donde el paciente necesita un soporte asistencial de calidad, priorizando sobre todo el cuidado individualizado y adaptado a las necesidades que presente. Se trata de mantener un confort eficaz, gracias al control del

dolor, a través de las Unidades de Atención en Cuidados Paliativos, de cada zona de Salud.

Anualmente 40 millones de personas, necesitan de cuidados paliativos y tan solo un 14% la reciben. En las sociedades modernas donde la esperanza de vida aumenta, existe la necesidad de proponer políticas sanitarias universales, independientes de la situación económica y social del paciente, así como establecer estrategias para el acceso a dicha cobertura en aquellos países menos desarrollados donde escasean los recursos más básicos, tanto personal adecuado, como medicamentos de tipo analgésicos y opiáceos.

Asegurar la disponibilidad de dichos fármacos es fundamental, pues el síntoma más frecuente descrito en el paciente paliativo es el dolor y según la OMS, son esenciales.

Dicha organización define los Cuidados Paliativos como: "el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales".

Se ofrece tanto para enfermedades oncológicas, como en aquellas de tipo crónico, avanzadas o irreversibles.

En los últimos estudios de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), colaboradora del Atlas de los Cuidados en Europa 2019, se concluye que en Europa, alrededor de 4,5 millones de personas, mueren con un alto grado de sufrimiento y en España, 228.000 fallecen al año con necesidad de cuidados paliativos y solo 80.000 los reciben. Es una proporción muy insuficiente, sobre todo cuando se estima que el 50% de las personas, los van a necesitar.

Actualmente, gracias a la Atención Primaria en los Centros de Salud, se conforman los equipos humanos asistenciales en las Unidades de Atención de Cuidados Paliativos, donde se establece dicha atención de forma domiciliaria en la práctica clínica. También y puesto que cada vez son más las personas que fallecen en el ámbito hospitalario, existirán en Atención Especializada, dichas Unidades compuestas por profesionales sanitarios que ofrecen atención multidisciplinar, mediante una amplia cartera de servicios de asistencia de calidad, seguridad y eficiencia. Todo ello, amparado por la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

La AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), ofrece recomendaciones para el manejo terapéutico al paciente terminal, a través de un tratamiento combinado de opiáceos, benzodiacepinas y neurolépticos, en los que se necesite una sedación terminal y llama a la responsabilidad del profesional

sanitario para ajustar dichos tratamientos a la situación real y condiciones del paciente.

2 Objetivos

Exponer la utilidad y manejo de la vía subcutánea e infusores para administración de tratamiento en cuidados paliativos a nivel domiciliario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en los buscadores y bases de datos más reconocidas: PubMed/ Elsevier/Scielo/Cuiden/Cochrane Library.
Se han revisado guías y protocolos para el manejo de las técnicas en el tratamiento y control del dolor a través de un acceso subcutáneo.
Así como recomendaciones de Organismos competentes: OMS /Conserjería de Sanidad/AEMPS/SECPAL/
La revisión de artículos se ha efectuado utilizando como palabra clave: Infusores, vía subcutánea, paciente terminal, cuidados paliativos.

4 Resultados

En los pacientes terminales que requieren de cuidados paliativos, por la propia evolución de su estado, existe la necesidad de elegir la vía subcutánea para la administración de los tratamientos, cuando no puedan tomar la medicación por vía oral: (presencia de náuseas, vómitos, disfagia, intolerancia a fármacos por vía oral, mala-absorción).
Es la vía de elección, pues mejora la eficacia de los tratamientos:
- disminuye la aparición de efectos adversos de los medicamentos.
- es necesaria cuando se quiere mantener una buena biodisponibilidad en el organismo, a través de la administración controlada, lenta y constante.
- Útil en los casos que cursan con alteraciones neurológicas : inconsciencia, confusión, agonía, en los que el objetivo a seguir sea el confort del paciente.
- se pueden administrar mezclas con varios fármacos para un efecto sinérgico.
- es una técnica muy sencilla y bien aceptada por el paciente y familia.
- alto grado de seguridad.

Nos encontraremos con un efecto algo más lento en su inicio que la vía endovenosa, pero muy parecido al de la vía intramuscular, utilizando dosis similares a las que administramos por vía oral, con la excepción de la Morfina y Haloperidol, que será la mitad de dicha dosis.

Se realizará acceso y colocación de vía subcutánea en las : Áreas infraclaviculares, en su 1/2 externa./ Región externa del brazo en Deltoides/ Abdomen, evitando la línea media/ Muslos, aunque es menos usada. Hay que evitar zonas de pliegues cutáneos, mamas y zonas de piel de difícil acceso.

Utilizaremos según el tipo de tratamiento un tipo de Infusor :

De administración continua, para un efecto constante a través de:

- Bombas electrónicas portátiles de infusión continua, donde podemos regular el ritmo de infusión y como desventaja, el poder cometer errores en relación a su programación y manejo.
- De administración continua a través de Infusores Elastoméricos con carcasa plástica que contiene en su interior un reservorio, que contiene la medicación a infundir con forma de globo o balón elástico, que se va progresivamente liberando por la acción de la retracción mecánica del mismo y regulado el ritmo por medio de una válvula, que será constante y no modificable.
- También se puede utilizar el acceso subcutáneo para administración Intermitente varias veces al día, con mucho menor uso, ya que no alcanza niveles plasmáticos tan estables.

Es fundamental que el paciente si es viable y su familia conozcan la técnica y la medicación a administrar.

Canalizaremos un acceso subcutáneo con palomilla de 23 o 25 G, desinfectando la piel previamente con movimientos circulares y conectaremos la palomilla al sistema de infusión elegido, purgando antes el sistema. Luego la fijaremos con una inclinación de 30-45º a la piel con un apósito transparente que permita visualizar es estado de la zona de punción.

También podemos utilizarla como administración en bolo cuando se precise la administración de fármacos de forma puntual o periódica.

Otra forma es infundir ambas a la vez, con una palomilla para el infusor y otra para la medicación en bolo.

Las únicas contraindicaciones para la administración de fármacos por vía subcutánea son:

Edema generalizado, anasarca/ Shock/ Coagulopatías graves.

La técnica para preparar la bomba de Infusión Elástomérica será :se carga en la jeringa de rosca Luerlok la medicación a administrar, completando con suero salino hasta 50 ml completando en el infusor de 24 H y hasta 100 ml en el de

48H y una vez cargada, se rellena el infusor. Esto se puede realizar en el propio domicilio del paciente o en el Centro de Salud. A continuación y tras purgar el sistema, lo conectaremos a la palomilla y si los fármacos son fotosensibles, lo protegeremos de la luz bajo almohada.
El recambio de inserción y la palomilla se cambiarán cada 5-7 días y el infusor, si no es desechable, se puede recargar 2-3 veces.
Los fármacos más frecuentes que se administren serán: Morfina, Hioscina, Haloperidol, Midazolam, Metroclopamida, Furosemida, Ketorolaco, Dexametasona, etc.
El uso de este tipo de dispositivos resulta fundamental por la sencillez de su manejo en el domicilio. La técnica es también sencilla para sus cuidadores.

5 Discusión-Conclusión

En la práctica clínica en relación a la Atención al paciente terminal, se ha de aplicar el método científico a fin de adaptar los cuidados a la realidad y condiciones del paciente, su familia, entorno y recursos, estableciendo de ese modo un plan de cuidados integral donde se palíen los síntomas más molestos, a través de los infusores subcutáneos en el propio domicilio, siendo la alternativa más eficaz para prevenir y aliviar el sufrimiento.
Resulta eficaz que las intervenciones sean realistas, evitando el encarnizamiento terapéutico en el paciente terminal y el uso de actuaciones innecesarias. Es por eso que se ha llegado a la conclusión de extender en la Atención en los Cuidados Paliativos el uso de la vía subcutánea para la administración de los tratamientos en los que el fin a buscar sea el control de los síntomas que repercutan en el confort y bienestar del paciente, siendo el control del dolor un objetivo prioritario.

6 Bibliografía

- Tizón Bouza E. y Vazquez Torrado R. Enfermería en Cuidados Paliativos. Enfermería Global.
- Conserjería de Salud del Principado de Asturias.Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias. 2020Sc
-Scielo. Roberto Levin , O.M.S .Cuidados Paliativos: principios generales. Guía para el Manejo Clínico. .2008
- Taller de Infusores Elastoméricos. Hospital Central de Asturias .Unidad de Cuidados Oncológicos. 2019

Capítulo 10

ENFERMERÍA Y LOS EMBARAZO PATOLÓGICO EN LOS HOSPITALES

ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

VERÓNICA SANZ MINGUEZ

ALICIA FLORES CASARRUBIOS

1 Introducción

Las mujeres embarazadas son más susceptibles a enfermedades agudas que las mujeres que no están embarazadas, pero en general, las mujeres embarazadas están mejor protegidas por un sistema inmunológico más fuerte y una producción de hormonas corticales. El embarazo generalmente no agrava su condición y debe tratarse como si no estuviera embarazada. Sin embargo, con o sin tratamiento, los efectos sobre el embrión o el feto pueden ser significativos. Por otro lado, las enfermedades crónicas a menudo son causadas por resultados adversos del embarazo y pueden tener consecuencias. Pero además, las enfermedades relacionadas con el embarazo o relacionadas con el embarazo (preeclampsia) pueden ocurrir casi siempre por sí solas después del parto y pueden tener consecuencias negativas para el embarazo y el feto. Se pueden clasificar como embarazos de alto riesgo:
PERO. Enfermedades de la mujer embarazada: Hiperémesis gravídica. Náuseas y vómitos; Hipertensión en el embarazo y síndrome antifosfolípido. B. Enfermedades maternas relacionadas con el embarazo o sus complicaciones: diabetes

mellitus y embarazo. Otras enfermedades endocrinas; infecciones del tracto urinario y embarazo; Enfermedades infecciosas y embarazo. SABOR DE LUZ; Enfermedades respiratorias y embarazo; Enfermedades de la sangre. Trastornos de la coagulación de la sangre; Enfermedad cardíaca y embarazo. Enfermedad vascular; Enfermedades del sistema digestivo durante el embarazo; condición de piel; Enfermedades del sistema nervioso y salud mental durante el embarazo; Cáncer y embarazo. Abuso de drogas y embarazo.

2 Objetivos

Exponer e indicar los cuidados de enfermería en el embarazo patológico mediante el desarrollo de intervenciones y sus actividades por parte de enfermeria

3 Metodología

La metodología utilizada para la elaboración de este trabajo, ha consistido en realizar una investigación científica basada en la revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura existente.
Para ello se han consultado artículos en las principales bases de datos como Web of Science (WoS), PEDro, Pubmed, Scielo, Cinahl, Dialnet, Lilacs y Teseo basándonos en un muestreo. Se utilizaron algoritmos booleanos como “and”, “not” y “or” para llevar a cabo dicha búsqueda. A partir de ahí, se han seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas todos en un periodo establecido desde 2016 hasta 2021, encontrándose un tamaño muestral inicial de estudios y seleccionándose 10 publicaciones.
Los idiomas utilizados fueron “castellano”, “inglés” y “portugués”.
Los descriptores utilizados fueron: “CUIDADOS”, “ENFERMERÍA”, “EMBARAZO”, “PATOLÓGICO”.

4 Resultados

Durante el embarazo pueden existir algunas enfermedades específicas o el embarazo casi siempre se resuelve solo después del parto y en ocasiones tiene consecuencias negativas, mientras que otras coexisten o complican el embarazo. .
En todos estos casos, la enfermera puede intervenir y planificar los cuidados. Al decidir interrumpir un embarazo por cualquiera de estas condiciones, nuestra

intervención planificada sería “Iniciar trabajo de parto. 6850”. Ante cualquier patología que observemos durante el embarazo, una de las intervenciones sería: Atención a embarazadas en peligro. 6800”, donde planificamos las actividades:
- Determinar la presencia de factores médicos asociados a resultados adversos del embarazo (diabetes, hipertensión, lupus, herpes, hepatitis, VIH y epilepsia).
- Detección de antecedentes obstétricos para identificar factores de riesgo relacionados con el embarazo (parto prematuro, pubertad, preeclampsia, embarazo múltiple, retraso del crecimiento uterino, desprendimiento de placenta, placenta previa, susceptibilidad Rh, ruptura prematura de membranas y antecedentes familiares, anomalías genéticas). - Determinar la percepción del paciente sobre los factores de riesgo identificados. - Fomentar la expresión de sentimientos y preocupaciones sobre cambios en el estilo de vida, bienestar fetal, cambios económicos, funcionamiento familiar y seguridad personal. - Proporcionar materiales de capacitación sobre factores de riesgo y procedimientos normales de prueba y control. - Educar a los pacientes sobre técnicas de autoayuda para aumentar sus posibilidades de un resultado saludable (hidratación, dieta, modificación de la actividad, importancia de los controles prenatales regulares, consistencia, etc.), normalización del azúcar en la sangre y precauciones sexuales, incluida la abstinencia.
- Enseñar métodos alternativos para la satisfacción e intimidad sexual. - Si está disponible, refiérase a programas específicos (para dejar de fumar, tratamiento de adicciones, educación sobre diabetes, educación sobre prevención de partos prematuros, albergue para abuso, clínica de ETS). - Instruir a los pacientes para que usen los medicamentos según lo prescrito (insulina, fibrinolíticos, antihipertensivos, antibióticos, anticoagulantes y anticonvulsivos).

5 Discusión-Conclusión

Concluimos con la importancia del control del embarazo, ya que tiene por objeto vigilar la evolución de este y preparar a la madre para lo que viene. Desde la primera entrevista, todo lo que se hace durante el embarazo es simplemente ejercer vigilancia; solo cuando se detecta alguna alteración se interviene para corregirla.
Es muy importante conocer el rango de normalidad. Si bien es cierto que no se puede pretender que todas las pacientes tengan el mismo incremento de peso y la misma presión arterial, ni que todos los recién nacidos pesen lo mismo, hay ciertos estándares que se deben cumplir.

6 Bibliografía

1. Acevedo, M. M. G. G., Gámez, M. E. Z., Cuevas, M. L. R., & Castro, L. E. R. (2017). Enfermería Materno-Infantil.
2. Antunes, M. B., Rossi, R. M., & Pelloso, S. M. (2020). Relação entre risco gestacional e tipo de parto na gravidez de alto risco. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 54.
3. Byerley, B. M., & Haas, D. M. (2017). A systematic overview of the literature regarding group prenatal care for high-risk pregnant women. BMC pregnancy and childbirth, 17(1), 1-9.
4. Jordan Morales, J. A. (2021). Sílabo de Enfermería materno infantil.
5. Leal, R. C., Santos, C. N. C., Lima, M. J. V., Moura, S. K. S., Pedrosa, A. O., & Costa, A. C. M. (2017). Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco. Rev. enferm. UFPE on line, 1641-1649.
6. Mirzakhani, K., Ebadi, A., Faridhosseini, F., & Khadivzadeh, T. (2020). Wellbeing in high-risk pregnancy: an integrative review. BMC Pregnancy and Childbirth, 20(1), 1-14.
7. Nola Holness, C. N. M. (2018). High-risk pregnancy. Women's Health Across the Lifespan, An Issue of Nursing Clinics, E-Book, 53(2), 241.
8. Paz Lorenzo, T. (2017). El embarazo de alto riesgo: Principales cuidados enfermeros. La Introducción a la lectura comprensiva en Lengua extranjera-inglés en el primer curso de la Educación Primaria 6 Los núcleos de población en España: propuesta de una clasificación 34, 37.
9. Rodrigues, A. R. M., da Costa Dantas, S. L., Pereira, A. M. M., da Silveira, M. A. M., & Rodrigues, D. P. (2017). Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. SANARE-Revista de Políticas Públicas, 16.
10. Rodríguez, J. L. (2020). Enfermería Materno-Infantil.

Capítulo 11

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA RESPECTO AL CORDÓN UMBILICAL

ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

VERÓNICA SANZ MINGUEZ

ALICIA FLORES CASARRUBIOS

1 Introducción

El cordón umbilical es la parte de tejido que une al bebé a su madre a lo largo del embarazo y se encuentra uniendo el ombligo del feto a la placenta de la madre. Dentro de este podemos encontrar entre otras estructuras vasos sanguíneos que tienen como función intercambiar sustancias entre la mamá y el feto.
Mediante el cordón umbilical el feto obtiene el alimento junto con el oxígeno necesario. El cuidado del cordón umbilical se inicia en el mismo momento del nacimiento. Una vez finalizado el parto se pinza el cordón y se realiza el corte del mismo. Desuniendo al feto de la mamá. El tejido desvitalizado, llamado muñón, presenta gran facilidad para que proliferen bacterias, las mismas bacterias de nuestra piel, principalmente S. Aureus bacterias o del canal del parto, llegando a infectarse, a esa infección del cordón umbilical o muñón lo llamamos onfalitis.
La onfalitis puede complicarse poniendo en riesgo la vida del bebé. No obstante, la onfalitis en países con buena atención pediátrica Varía entre 0,1-2%. Este muñón debe de secarse, momificar y caer en un intervalo de 10-15 días. Referente a los cuidados hay gran cantidad de recomendaciones, no llegando a con-

clusiones con evidencias, por lo que la cura seca, de momento es la opción más recomendada y estandarizada.

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Conocer los cuidados estándar del cordón umbilical.
Objetivos secundarios:
-Promover la educación de la salud a la comunidad.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Se conoce la importancia que le da la madre y la familia al inicio de la maternidad tener al recién nacido con un muñón umbilical, las preocupaciones, miedos y sensación de falta de conocimientos que les genera.
La caída del cordón umbilical se relaciona con el grosor de este y suele suceder entre la primera y segunda semana de vida. Teniendo en cuenta que puede retrasarse si hay mucha humedad, si no se realizan bien los cuidados o si existe la presencia de infección. Esta caída se produce mediante dos procesos de forma natural, se deshidrata, por lo tanto, se momifica y se pudre a través de unas bacterias. Después de la caída se produce la cicatrización durante la semana siguiente.
A lo largo de los años se han ido recomendando numerosos productos para el cuidado/cura del cordón. Hoy en día se recomienda la cura seca, que se trata de curar con agua y jabón y después secar con una gasa, los antisépticos o pomadas antibióticas solo se recomiendan en casos en los que por la situación en particular los cuidados o higiene sean mínimos.
Recomendaciones:
-Antes de manipular nada lavarse bien las manos con agua y jabón.
-Limpiar el tejido del cordón con agua y jabón neutro.
-Secar con gasa limpia.

-Mantenerlo seco con una nueva gasa limpia y seca envolviéndolo y cambiando la gasa con los cambios de pañal en caso de que se ensucie o se humedezca.
-En cada cambio de pañal (se recomienda frecuentemente) se observará el estado de la gasa y se tendrá especial cuidado con enganchones o demasiada presión al ajustar el pañal.
No se conoce que el uso de antisépticos o antibióticos tópicos frente a lavar con agua y jabón y secar den mejores resultados, hablando siempre en países desarrollados donde existe una buena higiene y buena atención pediátrica, de hecho, si está demostrado que pueden llegar a interferir en la cicatrización natural por lo que retrasaría la caída del mismo. Si se observan los siguientes detalles debemos acudir a un profesional:
-Inflamación o color rojizo en la zona del cordón.
-Aparición de secreción amarilla o maloliente.
-Sangrado abundante. Se considera normal si vemos un pequeño sangrado con la caída o del roce del cordón con el pañal.
-Retraso de más de 20 días en la caída del cordón.
-Debemos observar que no haya presencia de ampollas, color rojizo, inflamación, alta temperatura, secreciones, mal olor en el cordón o en la zona de alrededor.

5 Discusión-Conclusión

Después de consultar bibliografías y realizar este capítulo llegamos a la conclusión de que teniendo en cuenta estas medidas básicas que mencionamos, realizando como técnica de cuidado, la cura seca, manteniendo una buena higiene y manteniendo limpio y seco el cordón umbilical, desde el nacimiento hasta que se produce la cicatrización y posterior caída del mismo podemos minimizar e incluso evitar que los gérmenes habituales que se encuentran en la piel de forma natural produzcan infecciones y, por lo tanto, minimizar posteriores complicaciones, evitar que no se produzcan granulomas, promover que la caída del cordón umbilical se produzca en los intervalos de días normales y con todo esto que quede una cicatriz con buena estética.

6 Bibliografía

1. Cuidados del cordón umbilical | EnFamilia [Internet]. aeped.es. 2017 http: //enfamilia.aeped.es/edades-etapas/cuidadoscordon-umbilical.
2. Martín temprano M., Fernández García C. “Mejora en el cuidado del cordón umbilical del recién nacido” en Revista de enfermería C y L. Vol.2 N.2 2010 pag.

15-17

Capítulo 12

EL MARCAPASOS EXTERNO O TRANSCUTÁNEO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. INDICACIONES, MANEJO, VENTAJAS E INCONVENIENTES

LIDIA BOBIS CHARCO

1 Introducción

En un corazón sano, el impulso eléctrico se genera de forma rítmica por medio de las células automáticas a nivel del nodo sinoauricular. A partir de ahí, el resto de las estructuras cardiacas se irán estimulando sucesivamente en consecuencia. Por este motivo, el nodo sinoauricular también es conocido como el "marcapasos cardíaco". Sin embargo, existen situaciones en las que esta actividad eléctrica se ve alterada, dando lugar a las arritmias cardíacas(1,2).

Dependiendo de la frecuencia cardiaca (FC) las arritmias pueden clasificarse en taquiarritmias (FC>100lpm) o bradiarritmias (FC<60lpm) y pueden presentarse de una manera asintomática o por el contrario llegar incluso a comprometer al paciente consolidándose como una urgencia vital siendo muy frecuente su consulta en los Servicios de Urgencias Hospitalarias(1,2).

El tratamiento indicado para las arritmias va a variar en función de la gravedad del estado en el que se encuentre el paciente, abarcando desde la observación clínica y la corrección de causas reversibles hasta el uso de fármacos o terapia

eléctrica(3). Según la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association) el marcapasos externo (también conocido como marcapasos transcutáneo) constituye el método más rápido para tratar las bradiarritmias en pacientes que no responden a farmacoterapia(4). Es un dispositivo electrónico no invasivo que utiliza dos electrodos situados en la piel, cuya función es enviar el impulso eléctrico al corazón, conservando de esta manera la frecuencia y el gasto cardiaco(5).

Ya en el siglo XVIII Duchenne registró la reanimación de un niño a través de un sistema de dos electrodos (uno en la zona precordial del tórax y otro en una extremidad). Unos años más tarde Von Ziemssen tuvo éxito en la estimulación cardiaca mediante un electrodo precordial. Gould en el año 1929 diseñó el primer marcapasos transtorácico mediante el cual consiguió la reanimación de un paciente en parada cardiaca. Hyman (1932) describió mediante un modelo animal un generador externo de impulsos a través de un electrodo de aguja transtorácico. Posteriormente con Callaghan, tendría lugar la aparición del primer marcapasos transvenoso (1951) (7).

Sin embargo, el primer método de estimulación cardiaca tipo marcapasos realmente aceptado fue el descrito por Zoll, en el año 1952. Consistía en un electrodo pegado a la piel y un electrodo con una aguja subcutánea situado en la zona precordial, gracias al cual consiguió la reanimación exitosa de dos pacientes, aunque su técnica no estaba exenta de efectos adversos(7). Los pacientes en los que se utilizaba se quejaban acerca del dolor, las quemaduras y el malestar generado por la contracción muscular, por lo que su uso no se popularizó hasta después de los 80, cuando Zoll presentó una versión modificada del dispositivo donde solventaba la mayoría de estos problemas(8). En esta época se llegó a plantear la duración de la estimulación externa de hasta 25 horas, sin embargo actualmente se considera que en el entorno hospitalario aquellos pacientes que requieran de la misma durante más de media hora deben considerarse candidatos a un marcapasos invasivo.

A lo largo de los años, se ha tratado de definir cuáles son las indicaciones del marcapasos transcutáneo o externo y cuáles del transvenoso. Sin embargo, en comparación con los marcapasos transvenosos, las diferentes indicaciones de los marcapasos transcutáneos no parecen estar bien descritas en la literatura, aunque algunos autores determinan que la estimulación transcutánea es el modo más inmediato y disponible(9,10).

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Presentar el marcapasos externo, su funcionamiento y utilidad.

Objetivos secundarios:
- Conocer las indicaciones para la implantación del marcapasos externo.
- Enumerar las ventajas e inconvenientes del marcapasos externo.
- Describir la actuación de enfermería en el paciente con marcapasos externo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre el marcapasos externo y el papel de la enfermería en su colocación y cuidados. La búsqueda se llevó a cabo en las principales bases de datos destacando Pubmed y Scielo, en combinación con otras páginas web de interés para ampliar la información como la "Sociedad Española de Cardiología".
Las palabras clave utilizadas(descriptores) para la búsqueda han sido: marcapasos externo, marcapasos transcutáneo, "external cardiac pacing", "external pacing", "transcutaneous cardiac pacing", "transcutaneous pacing"; combinandolas mediante la utilización de los operadores booleanos AND y OR con el fin de obtener información más ajustada y relacionar los términos entre sí. Además, se utilizaron filtros de idioma (inglés y español), y se han filtrado aquellas publicaciones en las que las palabras claves aparecieran en el título/abstract.

4 Resultados

El marcapasos cardiaco lleva más de 50 años utilizándose en el tratamiento de las bradiarritmias, puesto que son muchas las evidencias científicas que han demostrado la efectividad de su uso, la reducción de la morbi-mortalidad y el impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes(11). Es importante que la implantación del marcapasos externo sea efectiva, no invasiva, de fácil aplicación y bien tolerada por el paciente. Aunque su uso se suele asociar más a situaciones de emergencias, también se puede utilizar de manera preventiva(8).

Existen principalmente dos modos de estimulación transcutánea:

1. Ritmo de estimulación a demanda: tiene la capacidad de detectar los complejos QRS por lo que envía el estímulo únicamente cuando es necesario.
2. Estimulación sin demanda o asincrónica.

Las indicaciones más habituales para la implantación de un marcapasos externo son principalmente para el tratamiento de las bradiarritmias permanentes o transitorias que no muestran respuesta a la terapia médica (generalmente atropina) y que generan inestabilidad hemodinámica hasta que es posible la colocación de un marcapasos invasivo o hasta que se consigue una estabilización del paciente(9,12). La Asociación Americana del Corazón establece una serie de situaciones en las que se puede utilizar el marcapasos externo:(13)

- Pacientes con bradicardia, hemodinámicamente inestable con síntomas como hipotensión, bajo nivel de conciencia, síncope, dolor precordial o insuficiencia cardiaca aguda.
- Bradicardia sinusal sintomática.
- Bloqueo Auriculoventricular (BAV) de segundo grado tipo II o Mobitz tipo II.
- Bloqueo Auriculoventricular (BAV) de tercer grado.
- Bloqueo reciente de rama izquierda, derecha, alterna o bifasicular.
- Bradicardia con ritmo de escape ventricular no tolerados.

Además de las bradiarritmias, el marcapasos transcutáneo se puede utilizar también en situaciones de inestabilidad por intoxicaciones que no han podido ser revertidas con tratamiento farmacológico, como en el caso de bloqueo cardiaco producido por la intoxicación por flecainida que no se ha estabilizado tras la administración de bicarbonato de sodio, atropina, gluconato de calcio y dopamina(14).

En niños, el marcapasos transcutáneo está indicado en casos de miocarditis viral, bradicardias producidas por BAV congénito, inducido por sobredosis de drogas, cirugía cardiaca o bloqueo secundario a toxinas. En una situación de urgencia pediátrica, antes de usar el marcapasos externo, deben descartarse problemas respiratorios, ya que es la principal causa de parada cardiorrespiratoria en niños(13).

En el caso de la miocarditis fulminante encontramos un ejemplo en el estudio de Devkota et al. que demostraron como la utilización del marcapasos transcutáneo ante la carencia de ECMO en el caso de una niña de 3 años con bloqueo auriculoventricular de tercer grado a causa de esta afección resultó exitosa y reafirmaron que resulta una buena alternativa en pacientes pediátricos que permite revertir estas arritmias de manera segura y eficaz(15).

Por otro lado, las principales contraindicaciones para la utilización del marcapasos transcutáneo serían las asistolias y actividad eléctrica sin pulso (AESP) y el ritmo de sobremarcha de una arritmia ventricular.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

VENTAJAS:
Desde el punto de vista de la urgencia y emergencia, la ventaja más destacable del marcapasos externo es su rápida aplicación y el no requerimiento de conocimientos tan profundos respecto a la técnica como en los marcapasos invasivos, así como la no necesidad de desarrollo estéril del procedimiento. Todas estas características lo hacen un buen aliado en el entorno extrahospitalario y en el transporte interhospitalario en pacientes con arritmias inestables. Disminuye además el riesgo de infecciones al tratarse de un procedimiento no invasivo(9).

DESVENTAJAS:
Desde la incomodidad que puede producir en el paciente hasta el desprendimiento de las almohadillas que suele asociarse al riesgo de una mala captura. Esto último podría tratar de compensarse mediante un incremento de la corriente eléctrica, pero a su vez aumentaría el dolor en el paciente por lo cual en algunos casos se aconseja asociar analgésicos o sedantes como el midazolam para mejorar la tolerancia. Por todo ello es muy importante la vigilancia y verificación de la colocación de los electrodos(9).

En relación con la piel se pueden producir desde irritaciones por los adhesivos hasta quemaduras que se encuentran ampliamente descritas en la literatura a pesar de ser raramente informadas. La intensidad de la corriente es mayor en los bordes de los parches por ello algunos más novedosos poseen una capa de redistribución de la corriente para que sea repartida de manera uniforme en todo el adhesivo y evitar esta complicación. La duración de la exposición a la corriente eléctrica, así como la intensidad de la misma están directamente relacionadas con el riesgo de quemaduras, por ello no debe retrasarse la retirada del dispositivo cuando se cumplan las condiciones adecuadas. Se recomienda que los electrodos tengan bastante cantidad de gel conductor, estén bien fijados y se eviten o se rasuren las zonas con vello(9,12). De igual modo, la propia inestabilidad hemodinámica presentada por este tipo de pacientes puede hacer que se vea comprometida la perfusión sanguínea provocando que algunas zonas de la piel se encuentren más expuestas frente a este tipo de agentes externos(12).

Otro problema es la dificultad para reconocer las ondas de captura, lo que provoca

que espigas gigantes disfracen la fibrilación ventricular. Este problema se puede solucionar asociando un filtro al monitor(12).

ROL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO AL PACIENTE CON MARCAPASOS EXTERNO

El marcapasos transitorio transcutáneo requiere de un proceso de cuidados de enfermería que se inician previamente a su colocación y finalizan al comprobar su correcto funcionamiento(13).

En cuanto al paciente, se debe de informar de manera clara la técnica, sus indicaciones, la importancia que tiene para el manejo de su inestabilidad, explicando que experimentará una sensación dolorosa de contracción muscular y calambres, la cual se realizará con el enfermo en posición decúbito supino y el tórax descubierto. En este momento, se debe asegurar la disponibilidad de una vía venosa permeable, una correcta ventilación y oxigenación, y se procederá a la toma de constantes vitales: saturación de oxígeno, FC, TA(13).

Antes de su colocación, es importante la administración de sedación y analgesia según pauta médica, siendo los fármacos más utilizados el midazolam y el fentanilo(13).

También ha de tenerse en cuenta que es necesario un buen contacto del electrodo con la piel, por lo que la zona debe encontrarse rasurada, seca y sin restos de pegamento o parches de medicamentos ni incisiones recientes(13).

Los electrodos o parches presentan dos formas de colocarlos; en posición anteroposterior, colocando el electrodo de carga positiva en posición posterior por debajo del omóplato izquierdo y el anterior, con carga negativa, entre el apéndice xifoides y línea clavicular media; o antero-lateral si no es posible la anterior, colocando el parche negativo en 5º espacio intercostal, línea media axilar izquierda, y el parche positivo por debajo de la clavícula a la derecha del esternón (3,12).

Posteriormente, se conectarán al monitor-marcapasos y se encenderá el dispositivo(13). Se ajusta en el marcapasos el modo y la frecuencia que deseamos en latidos por minuto y la corriente. Generalmente, la frecuencia del marcapasos en una persona adulta es de 60 a 90 latidos por minutos, aunque puede ser más baja en situaciones de bradicardia extrema o durante el silencio ventricular que será de 30 a 40 latidos por minuto. Respecto a la intensidad de la corriente, en pacientes conscientes esta se irá aumentando progresivamente hasta que a cada espícula del marcapasos le siga inmediatamente un complejo QRS. En el caso de

pacientes inconscientes podremos aumentar al inicio la corriente al máximo e ir bajando hasta el umbral de captura eléctrica (3,12).

Finalmente, se evalúan las constantes vitales del paciente, se registrará un trazado del ritmo y un electrocardiograma de 12 derivaciones, ya que, en caso de que el ritmo sea una fibrilación ventricular, se aplicaría otro tratamiento diferente al de las bradiarritmias. También se reevaluará la correcta colocación de los electrodos y si es necesario, se recolocarán(6).

Durante el proceso, se comprueba que el marcapasos está siendo efectivo, valorando al paciente hemodinámicamente mediante la medición de presión arterial (PA) en ambos brazos y la comprobación de pulsos centrales, siendo importante cuando el monitor detecte la espícula del marcapasos seguida de un QRS, para asegurar que la captura es correcta y no está artefactada por las contracciones musculares producidas por el marcapasos. Hay que tener en cuenta que no se debe tomar el pulso carotídeo, ya que la estimulación eléctrica provoca contracciones musculares espasmódicas y se puede confundir con pulsaciones de la carótida. En su lugar, el pulso femoral es de mayor fiabilidad(6).

Tras el alta, el paciente debe de poseer un teléfono de contacto por si existiese alguna incidencia, y programar revisiones posteriores en las que se preguntará por cualquier sintomatología tras la colocación del marcapasos, se explorará la piel para comprobar su estado y se realizará un ECG de control(13).

5 Discusión-Conclusión

- El marcapasos transcutáneo es un dispositivo no invasivo, de fácil colocación y uso sencillo.

- La utilización del marcapasos externo es eficaz en el tratamiento de bradiarritmias acompañadas de inestabilidad hemodinámica.

- El marcapasos transcutáneo como tratamiento de bradiarritmias severas o mal toleradas en situaciones de urgencia, reduce la morbi-mortalidad y produce una mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

- La enfermera es la encargada de la colocación del dispositivo de estimulación externa por lo que se considera fundamental la formación del personal de enfermería en su funcionamiento, manejo, indicaciones y cuidados del paciente con marcapasos externo pre y post-colocación.

6 Bibliografía

1. Fu DG. Cardiac Arrhythmias: Diagnosis, Symptoms, and Treatments. Cell Biochem Biophys. 2015;73(2):291-6.
2. Romero Saiz E. MARCAPASOS TEMPORAL TRANSCUTÁNEO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. Npunto [Internet]. 2019 [fecha de acceso 26 de junio 2022];2(13) Disponible en: https://www.npunto.es/revista/13/marcapasos-temporal-transcutaneo-revision-bibliografica
3. Consejo Español de RCP, SEMICYUC, European Resuscitation Council. Soporte Vital Avanzado. 7aed. Bélgica; 2015.
4. Epstein AE, DiMarco JP, Ellenbogen KA, Estes NAM, Freedman RA, Gettes LS, et al. ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities. J Am Coll Cardiol. 2008;117(21):350-408. DOI: 10.1016/j.jacc.2008.02.032.
5. Crofoot M, Sarwar A, Weir AJ. External Pacemaker. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [fecha de acceso 12 julio 2022]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519567/
6. Craig K. Cómo utilizar un marcapasos. Nursing [Internet].2007 [fecha de acceso 19 de julio 2022];25(4):40-41. Disponible en: https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0212538207709007&r=20
7. Dalsey W, Syverud S, Trott A. Transcutaneous cardiac pacing. J Emerg Med. 1984;1(3):201-5. DOI: 10.1016/0736-4679(84)90072-6

8. Luck JC, Markel ML. Clinical Applications of External Pacing: A Renaissance? Pacing Clin Electrophysiol. 1991;14(8):1299-316. DOI: 10.1111/j.1540-8159.1991.tb02870.x.
9. Handler TE, Michaelis KJ, Bruno TA, Martin DJ. Improvised Transvenous Cardiac Pacing during Operation Enduring Freedom. Pacing Clin Electrophysiol. 2012;35(7):187-8. DOI: 10.1111/j.1540-8159.2011.03136.x.
10. Khanna P, Prasad G, Arora S, Aravindan A. Anesthetic management of a 2-day-old with complete congenital heart block. Saudi J Anaesth. [Internet] 2014 [fecha de acceso 3 agosto];8(1):134. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/261070232_Anesthetic_management_of_a_2-day-old_with_complete_congenital_heart_block
11. Vardas P, Auricchio A, Blanc J, Daubert J, Drexler H, Gasparini M , et al. Guías europeas de práctica clínica sobre marcapasos y terapia de resincronización cardiaca. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) sobre marcapasos y terapia de resincronización cardiaca. Desarrollada en colaboración con la European Heart Rhythm Association. Rev Esp Cardiol.[Internet]

2007[fecha de acceso 4 agosto 2022];60(12):1272.e1-e51. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-pdf-13113933
DOI: 10.1157/13113933
12. Carrizales-Sepúlveda EF, González-Sariñana LI, Ordaz-Farías A, Vera-Pineda R, Flores-Ramírez R. Thermal burn resulting from prolonged transcutaneous pacing in a patient with complete heart block. Am J Emerg Med.[Internet] 2018 [fecha de acceso 17 julio 2022];36(8):1523. e5-1523.e6. DOI: 10.1016/j.ajem.2018.04.038. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29691105/
13. Guzmán-Nuques R. Marcapasos transtorácico no invasivo (MCtc). Rev mex Anest [Internet]. 2017 [fecha de acceso 3 agosto 2022];40(1):236-237. Available from: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72803
14.Lloyd T, Zimmerman J, Griffin GD. Irreversible third-degree heart block and pacemaker implant in a case of flecainide toxicity. Am J Emerg Med. 2013;31(9):1418.e1-2. DOI: 10.1016/j.ajem.2013.04.025.
15. Devkota K, Wang YH, Liu MY, Li Y, Zhang YW. Case Report: III° atrioventricular block due to fulminant myocarditis managed with non-invasive transcutaneous pacing. F1000Research. 2018.28;7:239. DOI: 10.12688/f1000research.14000.2.

Capítulo 13

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN ENFERMEROS DE CUIDADOS CRÍTICOS

PAULA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad define la Unidad de Cuidados Intensivos como ”una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes”.

Generalmente en estas unidades la tecnología y la eficacia práctica se consideran más importantes que las relaciones interpersonales, y, por tanto, para muchas personas puede considerarse un ambiente hostil generando una situación de estrés tanto en el paciente como en su familia, este, no aparece solamente por la gravedad del paciente, sino que la falta de comunicación con ambos ayuda a aumentarlo.

El cuidado se considera esencial en la práctica enfermera, siendo necesario integrar en estos unas habilidades de comunicación para tratar con sus pacientes. Enfermería debe brindar una atención de manera directa, satisfactoria, coordinada y segura a la hora de tratar con sus pacientes y por tanto la comunicación es uno de los medios que pueden promocionar un impacto positivo en esta atención. Es cierto que estos profesionales se enfrentan a situaciones difíciles como el tipo de pacientes o la cercanía a la muerte, y todas estas pueden llevar a que en

estas áreas se tenga una conducta a nivel profesional distinta a las que puedan tener las enfermeras de unidades de hospitalización.

2 Objetivos

En esta revisión bibliográfica el objetivo principal es:
-Conocer cuál es la relación comunicativa de la enfermera con sus pacientes en las unidades de cuidados críticos.

Los objetivos secundarios:
-Definir que es la comunicación.
-Estudiar los diferentes tipos de comunicación.
-Describir las distintas habilidades comunicativas.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline con el buscador Pubmed, Web of Science y Medes.

Para una búsqueda más concreta se han utilizado diferentes palabras clave: Comunicación, UCI, Enfermería combinándolas con el operador booleano ”AND”.

Tras una lectura exhaustiva de los artículos encontrados se han elegido finalmente para la realización de este trabajo.

4 Resultados

Se entiende como comunicación al proceso por el que una persona, de manera continua y dinámica transfiere información a otra, esta información va a ser tanto verbal como no verbal, ya que este proceso implica un intercambio de palabras, gestos, sentimientos, pensamientos y actitudes.

La comunicación se puede considerar una herramienta fundamental que permite establecer interacciones entre el ser humano y el entorno, es un medio complejo y a través de él se pueden identificar distintas necesidades para conseguir bienestar.

Existen al menos tres niveles diferentes de comunicación, definiéndose estos como:

-Intrapersonal: El mensaje enviado es para sí mismo. Dentro de este nivel se incluye la percepción.
-Interpersonal: Comunicación entre dos personas, a nivel sanitario, aquí se incluye la relación terapéutica.
-Pública: Comunicación entre varias personas.

Dentro de la comunicación, podemos distinguir también distintos estilos a la hora de referirse al ámbito sanitario:
-Estilo biomédico: También llamado tradicional, adopta un enfoque patriarcal y autoritario centrándose solamente en los signos y síntomas del paciente. Las preguntas que se realizan son directas y cerradas, dando instrucciones al paciente.
-Estilo biopsicosocial: Involucra activamente al paciente en la toma de decisiones, es una comunicación centrada en el paciente. Este estilo fomenta el intercambio de ideas y toma conciencia de la necesidad de incluir al paciente en la toma de decisiones. Las preguntas que se realizan son abiertas y la participación es mutua.

El personal de enfermería que trabajan en la UCI tiene una responsabilidad continua en la seguridad del paciente durante el trabajo en equipo, y por ello la comunicación interpersonal se considera fundamental, sobre todo para promover el empoderamiento de la profesión enfermera, por tanto, es necesario minimizar todo lo posible las barreras que impiden una correcta comunicación a nivel profesional.

La comunicación enfermera-paciente es el eje articulador de cuidados, además, hoy en día, los pacientes son más demandantes, ya que existe un mayor nivel cultural y conocen sus derechos, y en caso de no conocerlos, es responsabilidad enfermera informarle de los mismos. La mejor manera de llevar a cabo una relación con el paciente es a través de la relación terapéutica que se considera un componente fundamental de la enfermería, esta relación implica el uso de estrategias específicas para animar a que los pacientes expresen sus ideas y sentimientos, se basa en construir una comunicación terapéutica efectiva.

Las habilidades sociales o de comunicación se definen como unas conductas a través de las cuales se expresan sentimientos, actitudes, deseos y opiniones de un modo adecuado y respetando a los demás, generalmente ayudan a resolver los problemas de manera inmediata, minimizando así la probabilidad de futuros errores. Dentro de estas habilidades nos encontramos:

La empatía es un componente fundamental en la relación que existe entre el personal sanitario y los pacientes, facilita el desarrollo de confianza y aumenta

el grado de satisfacción con los cuidados recibidos, generando con todo esto unos resultados terapéuticos positivos para el paciente.

La escucha activa consiste en atender por completo al mensaje que se está recibiendo, no solamente al contenido, es necesario fijarse en el contenido no verbal. Para que esta escucha exista, es necesario estar atento a todo el contenido que aporta el paciente. Esta habilidad ayudará a tener una comunicación con mayor calidad y ayudará a ser mejores comunicadores, demostrando que realmente existe interés por la información que aporta el paciente.

La inteligencia emocional permite mantener relaciones de calidad, fomentando el desarrollo de una relación terapéutica, ayuda a entender y percibir las emociones tanto propias como las de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación es uno de los pilares fundamentales para poder llevar a cabo una buena relación con los pacientes.

Aspectos como las habilidades de sociales, la interacción o conductas asertivas son esenciales en la comunicación enfermera, fomentando una relación de ayuda que va a permitir solventar situaciones y generar una mayor satisfacción en el trabajo realizado.

Todo esto se consigue con unos cuidados de calidad y en estas unidades debido al estrés y a las situaciones que se viven, el personal de enfermería en muchas ocasiones no realiza una buena comunicación con sus pacientes, generando en ellos situaciones de temor e inseguridad.

6 Bibliografía

1. Ayuso Murillo, D. (2016). Empatía y habilidades sociales en enfermeras asistenciales en el Servicio Madrileño de Salud. Comunitania, 12, 111–125. https://doi.org/10.5944/comunitania.12.6
2. Ayuso-Murillo, D., Colomer-Sánchez, A., & Herrera-Peco, I. (2017). Habilidades de comunicación en enfermeras de UCI y de hospitalización de adultos. Enferm Intensiva, 28(3), 105–113. https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.006
3. Charlton, C. R., Dearing, K. S., Berry, J. A., & Johnson, M. J. (2008). Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: An

integrated literature review. J Am Acad Nurse Pract, 20(7), 382–388. https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00336.x
4. Larti, N., Ashouri, E., & Aarabi, A. (2018). The effect of an empathy role-play program for operating room nursing students. JEEHP, 15, 29. https://doi.org/10.3352/jeehp.2018.15.29
5. Luis-Cibanal, J., Arce-Sánchez, M. del C., & Carballal-Balsa, M. del C. (2015). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. (3rd ed.). Elsevier.

6. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Unidad de cuidados intensivos Estándares y recomendaciones. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/EEyRR_org.htm
7. Prado-Gascó, V. J., del Carmen Giménez-Espert, M., & Valero-Moreno, S. (2019). The influence of nurse education and training on communication, emotional intelligence, and empathy. Rev Esc Enferm USP, 53, e03465. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018015903465
8. Pérez-Fuentes, M. del C., Molero Jurado, M. del M., Gázquez Linares, J. J., & Oropesa Ruiz, N. F. (2018). The role of emotional intelligence in engagement in nurses. Int J Environ Res Public Health, 15(9), 1–13. https://doi.org/10.3390/ijerph15091915
9. Santana Cabrera, L., Sánchez Palacios, M., Hernández Medina, E., García Martul, M., Eugenio Robaina, P., & Villanueva Ortiz, Á. (2007). Needs of the family of intensive care patients: Perception of the family and the professional. Med Intensiva, 31(6), 273–280. https://doi.org/10.1016/S0210-5691(07)74826-X
10. Van-der Hofstadt Román, C. J., & Navarro Cremades, F. (2004). Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación del médico. SEMERGEN , 30(11), 552–556. https://doi.org/10.1016/s1138-3593(04)74369-5

Capítulo 14

IMPORTANCIA DE LA BIOMECÁNICA DEL TRAUMA EN ACCIDENTES DE TRÁFICO

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

Mª ENCARNACIÓN ROJAS PORRAS

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

1 Introducción

La biomecánica del trauma, a través de una variedad de procedimientos diagnósticos y estudios rápidos, tiene el objetivo de conseguir una mejora positiva en la morbimortalidad a la hora de diagnosticar un paciente politraumatizado para con ello poder llegar a lograr una actuación eficaz en los pacientes que hayan tenido un accidente grave.
La biomecánica ayuda a determinar posibles lesiones y su gravedad como resultado del movimiento o la fuerza en base a las leyes de la física, puede llegar a ser muy útil aplicada al ámbito de la sanidad en pacientes graves que hayan tenido un accidente de tráfico.

Los accidentes están sujetos a la causalidad. Esto significa que siempre hay una causa que conduce a este hecho. Esta causa puede ser causada por factores personales individuales, factores ambientales. Se puede concluir en que la mayoría son evitables y que la suma de varios motivos aumenta el riesgo de accidentes.

Poder valorar el patrón que presentan las lesiones de los integrantes del vehículo a través de una valoración del estado del vehículo tras el accidente puede proporcionar la información necesaria para un diagnóstico precoz del paciente politraumatizado, ya que el daño que recibe el vehículo y la forma en la que lo recibe es proporcional al daño que reciben los ocupantes.

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es mostrar la utilidad de la biomecánica del trauma como herramienta en situaciones de accidentes de tráfico graves.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca la utilidad de la biomecánica del trauma, 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 los últimos años ha habido un aumento de la morbimortalidad que provocan los accidentes de tráfico, así como el aumento de los costes que suponen sus consecuencias. Esta es la principal causa de muerte entre jóvenes. Es por ello que constantemente se realizan estudios para mejorar la atención extrahospitalaria en estos casos, donde el estado y posibilidades del paciente dependen del tiempo en atenderlo.

La primera hora del accidente es la más importante, llamada como la hora dorada, es donde comienza en el momento en que se produce la lesión y no en el momento en que se llega al lugar del accidente.

Actuar de una manera sistemática siguiendo un protocolo adecuado es muy importante para no ignorar detalles críticos que pueden empeorar la situación de los partícipes en el accidente, se deben realizar las acciones precisas con el objetivo de salvar la vida de manera primaria de los ocupantes del vehículo accidentado, y realizar otras acciones innecesarias que solo aumentarían el tiempo de actuación reduciendo las posibilidades de sobrevivir de los pacientes.

Lo fundamental en este tipo de accidentes es no ponerse a uno mismo en peligro y aumentemos el número de personas que necesiten atención, por lo que antes de acercarnos al paciente debemos hacer una valoración de la escena donde se haya producido el accidente para poder identificar los peligros existentes, evaluar la situación de las víctimas y su estado de salud y poder buscar indicios de cualquier posible objeto o persona que haya podido salir disparada del vehículo, se debe tratar de estacionar la ambulancia lo más cerca posible del accidente para no perder luego tiempo en acercarse hasta ella pero siempre evaluando los posibles riesgos y manteniendo la distancia adecuada a la situación por seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Puede tener gran relevancia el poder conocer el mecanismo lesional en los accidentes de tráfico para evaluar las distintas lesiones y su gravedad que pueda presentar el paciente. En todo ello, los conocimientos y actitud profesional junto con la formación recibida de forma continua son factores claves.
Además de la evaluación de la escena del accidente, se debe evaluar el estado de las personas accidentadas y con ello poder determinar la peligrosidad y el grado de atención que necesiten, es importante buscar indicios de que hayan sido despedidos por las lunas del vehículo y para todo ello emplear como herramienta la biomecánica del trauma puede ser de mucha utilidad para manejar la situación.

6 Bibliografía

Aída Arregui Rodrigo - BIOMECÁNICA DEL TRAUMA- Revista Ocronos. 2018 https://revistamedica.com/biomeanica-trauma-accidentes-trafico/
Edgar Nieto. ACTUALIZACIÓN DE EMERGENCIAS EN TRAUMA. Scielo. 2014 http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-4762204000300005

Capítulo 15

PLACENTA PREVIA

PAULA SARCIADA BENITEZ

QUERALT GÓMEZ LASTRA

1 Introducción

La implantación total o parcial de la placenta en el cuello uterino (abertura del útero) se define como placenta previa. A nivel mundial está estimada en 1/200 embarazos.
En cuanto a la clasificación de la placenta previa según su localización:
Se define placenta previa oclusiva total cuando la placenta cubre el orificio cervical interno por completo. Si el orificio cervical interno este cubierto parcialmente se denomina placenta previa parcial. La placenta marginal estaría situada en el margen adyacente del orificio cervical interno pero sin sobrepasarlo. En cambio, si el borde placentario se encuentra a menos de 2 centímetros del orificio cervical interno estaría definida como placenta de inserción baja.
Dentro de la sintomatología más significativa estarían las hemorragias anteparto, aumentando el riesgo y la estancia hospitalaria, y por tanto incrementando la morbilidad y mortalidad, tanto maternal como neonatal. La placenta previa también incrementa el riesgo de cesárea, crecimiento intrauterino retardado, malformaciones genéticas y partos pretérmino.
Aproximadamente el 20% de las hemorragias en el tercer trimestre están producidas por la placenta previa. La placenta previa es la segunda causa de histerectomía obstétrica y la tercera causa relacionada con transfusiones sanguíneas durante embarazo, parto y periodo postparto.
Para el manejo de esta complicación es útil la presencia de un equipo multidisciplinar formado por anestesistas, ginecólogos, neonatólogos, radiólogos interven-

cionistas, matronas y enfermeras de neonatología, ya que todos ellos deberían de participar en el manejo en caso de emergencia y estar informados de la presencia de la gestante.

2 Objetivos

Objetivo principal
-Definir el concepto de placenta previa, su clasificación y factores de riesgo.
Objetivos secundarios
-Exponer el tratamiento y manejo de la placenta previa y la importancia del equipo multidisciplinar.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de las publicaciones científicas acerca de la placenta previa y de sus factores de riesgo en buscadores como PubMed y Cochrane. Como criterio de inclusión para la selección de los artículos científicos se utilizó el año de publicación. Solamente se seleccionaron los artículos publicados entre los años 2012 y 2023.

4 Resultados

La causa de esta complicación del embarazo no está claramente definida. Actualmente los mecanismos relacionados con la placenta previa y sus factores de riesgo son desconocidos. Sin embargo, hay algunas hipótesis relacionadas con la misma.
Los factores de riesgo asociados con el desarrollo de placenta previa son edad materna avanzada, historia de cesárea anterior, consumo de tabaco y antecedentes de procedimientos quirúrgicos ginecológicos. La relación entre edad materna y placenta previa podría estar relacionada por la multiparidad y la alta probabilidad de procedimientos uterinos o tratamientos de fertilidad. En el caso del tabaco, la nicotina y el monóxido de carbono podrían comprometer el flujo sanguíneo desarrollando una implantación anormal de la placenta.
La hemorragia vaginal sin dolor es la presentación mas común de esta complicación. El sangrado puede ser provocado por relaciones sexuales, examinaciones vaginales y a veces sin una causa identificable.

Las ecografías durante el primer y el segundo trimestre de embarazo nos proporcionan un diagnóstico temprano. El 90% de las placentas previas diagnosticadas se resuelven en el tercer trimestre. Una ecografía de rutina de la semana 28 a la 32 es la recomendada para diagnosticar una placenta previa persistente.
Con el diagnóstico de placenta previa con imposibilidad para parto vaginal se programará una cesárea electiva de las 36 a las 37 semanas. Sin embargo, en otras pacientes con complicaciones se podría realizar la cesárea antes de la semana 36.
En las mujeres con historia de placenta previa y hemorragia vaginal en el momento actual se deberá hacer un registro de sus constantes vitales e iniciar la monitorización fetal, canalizar dos accesos venosos, extraer una analítica con hemograma y coagulación y realizar una reserva de sangre. En el caso de gestantes RhD negativas se administrará inmunoglobulina anti D. La maduración pulmonar y la neuroprotección fetal será administrada según protocolo.
Tras la estabilización de la hemorragia y si la gestante está hemodinámicamente estable y no hay perdida de bienestar fetal y hablamos de un embarazo de menos de 36 semanas se alargaría la monitorización materna y esta continuaría hospitalizada con medidas preventivas. En casos de más de 36 semanas de gestación, dado el antecedente de hemorragia, sería recomendable la cesárea.

5 Discusión-Conclusión

La placenta previa puede tener serias complicaciones, tanto para el feto como para la madre y además requerir de atención urgente en caso de hemorragia vaginal.
Las gestantes diagnosticadas con placenta previa deberían reunirse con el equipo obstétrico para ser informadas del manejo y consecuencias en caso de hemorragia vaginal, así como de las complicaciones que puedan surgir susceptibles de precisar de trasfusiones de sangre, embolización de la arteria uterina y/o histerectomía.
La importancia de un equipo multidisciplinar es fundamental en el manejo de la placenta previa y de sus posibles complicaciones, tanto maternales, como fetales reduciendo así la morbilidad y mortalidad.

6 Bibliografía

1. Rowe T. Placenta previa. J Obstet Gynaecol Can. 2014; 36(8): 667-668.
2. Jenabi E, Salimi Z, Bashirian S, Khazaei S, Ayubi E. The risk factors associated with placenta previa: An umbrella review. Placenta. 2022; 117: 21-27.

3. Anderson-Bagga FM, Sze A. Placenta Previa. [Updated 2022 Jun 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539818/

Capítulo 16

MANEJO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO. GUIA ÚTIL PARA MATRONAS/ ENFERMERAS

SARAY ADAN RODRIGUEZ

MIREN IZCO OREJA

EVA ZULET MURILLO

IRAIA SERRANO ALONSO

MIREN AZNAREZ IBAÑEZ

1 Introducción

La amenaza de parto prematuro o pretérmino (APP) se define como el proceso clínico sintomático que, sin tratamiento, o cuando este fracasa, puede conducir a un parto pretérmino (PP).

La International Federation of Ginecology and Obstetrics (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el PP, como aquel que se produce entre las semanas 22 y las 36 semanas completas de gestación.

Su etiología no es fácil de establecer y se acepta la multicausalidad como origen del proceso, factores uterinos, fetales, maternos, infecciosos, sociales, antecedentes obstétricos desfavorables, rotura prematura de membranas (RPM) y

la yatrogenia, entre otros, pueden provocar una APP. Debido a los diferentes orígenes de sus causas, la eficacia de medidas preventivas es limitada, por lo que un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado es fundamental.

El PP es la complicación más frecuente en medicina materno-fetal, siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal y la segunda en niños por debajo de los 5 años. La prevalencia de estas complicaciones perinatales es inversamente proporcional a la edad gestacional en la que se produce el parto.

En España la tasa de prematuriedad se sitúa en torno al 9,5%, existiendo diferencias de porcentaje entre los diferentes centros, ya que aquellos que son de referencia ven incrementado sus números.

2 Objetivos

- Identificar los síntomas que indiquen la aparición o reaparición de una APP.

- Conocer el tratamiento y observar los posibles efectos adversos.

- Adquirir los conocimientos necesarios para acompañar a la gestante durante el proceso.

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

Se ha consultado paralelamente los protocolos actualizados de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

4 Resultados

CLÍNICA
Los síntomas de la APP suelen ser imprecisos.
La mujer gestante puede referir molestias abdominales de tipo menstrual, dolor lumbar continuo, contracciones uterinas o hemorragia escasa.

DIAGNÓSTICO
El diagnóstico de la APP se basa en la presencia de contracciones uterinas y modificaciones cervicales. Las contracciones uterinas deben ser persistentes (al menos 4 en 20- 30 minutos u 8 en una hora); en cuanto a la modificación cervical, debe existir un borramiento del mismo ≥ a 80% o una dilatación ≥ a 2 cm.
La longitud cervical medida por ecografía transvaginal y el test de fibronectina son marcadores de PP y aumentan la sensibilidad diagnóstica.
La ecografía transvaginal se deberá realizar con la vejiga vacía y se medirá la longitud del canal del orificio cervical interno (OCI) al orificio cervical externo (OCE) y la existencia o no de funneling, que es la protusión de las membranas ovulares en el OCI ante un aumento de presión abdominal.
Un cuello uterino mayor de 30 mm descarta la probabilidad de PP, ya que aumenta el valor predictivo negativo (VPN).
Un cuello uterino menor a 15-20 mm indica que es más probable que se produzca un PP.
El protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) considera la semana 32 de gestación como punto de corte para la interpretación de la longitud cervical, considerándose dentro de los límites de la normalidad un cuello ≥ a 25 mm hasta la semana 32 y un cuello ≥ a 15 mm a partir de dicha semana.
El test de fibronectina se realiza obteniendo una muestra de fondo de saco vaginal y debe realizarse antes de cualquier manipulación del cuello uterino o empleo de sustancias intravaginales, ya que puede dar lugar a falsos positivos. Consiste en la presencia y detección de dicha sustancia en las secreciones cervico-vaginales, considerándose positiva con un valor mayor de 60 g/ml.

Realización de tacto vaginal para comprobar el estado del cuello uterino utilizando el test de Bishop para su interpretación, considerándose que puede producirse un PP si se producen modificaciones cervicales, el borramiento del cuello uterino ≥ al 80% y la dilatación ≥ a 2cm, la puntuación de Bishop es ≥ a 6 y las membranas amnióticas están rotas.

EVALUACIÓN DE LA GESTANTE CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE APP

Si una mujer acude con síntomas y signos de sospecha de APP se realizará:

- Evaluación de la historia médica y obstétrica.
- Estimación de la edad gestacional, cogiendo de referencia ecografía de primer trimestre y valorar así el grado de prematuriedad.
- Exploración vaginal:

Eventual especuloscopia para examinar cérvix y vagina, así como para realizar toma de muestras. Si se toma una muestra para realizar test de fibronectina, se deberá efectuar antes de la exploración vaginal, ya sea tacto o ecografía.

Tacto vaginal para comprobar el estado del cuello uterino

Exploración mediante ecografía transvaginal.

- Evaluación de la actividad uterina y estado del bienestar fetal mediante registro cardiotocográfico (RCTG).
- Obtención de cultivo vaginorectal para la detección de Streptococo del grupo B (SGB), salvo que se haya realizado en las cinco semanas previas.
- Frotis vaginal y urocultivo para detectar otras infecciones.
- Para cuantificar la gravedad de la APP se utiliza el índice tocolítico de Baumgarten, donde se valora el estado de la bolsa amniótica, la presencia de hemorragia, presencia de contracciones uterinas y dilatación cervical.

TRATAMIENTO

El principal objetivo del tratamiento es prolongar la gestación para realizar la maduración pulmonar fetal con corticoides o el traslado de la gestante a un centro con adecuados cuidados neonatales, por ello debemos tener claro los criterios para iniciar el tratamiento en caso de una APP.

- Edad gestacional: Los tocolíticos deben ser usados desde la semana 24+0 a la 34+6, si existe riesgo de APP. Es importante la adecuada datación del embarazo, sobre todo para valorar situaciones que se den antes de las semanas que actualmente se consideran viables para el feto.
- Diagnóstico de verdadera APP: es necesaria la presencia de dinámica uterina y la evidencia de modificaciones cervicales, Las pacientes con dinámica uterina sintomática, pero sin modificaciones cervicales, pueden requerir un período de observación y posterior evaluación.
- Ausencia de complicaciones maternas y/o fetales que desaconsejen prolongar la gestación, como corioamnionitis en presencia de RPM, desprendimiento de placenta, madurez fetal, eclampsia o preeclampsia grave, dilatación cervical mayor de 3 cm, malformaciones incompatibles con la vida o muerte fetal, entre otras.
- Ausencia de contraindicaciones para el uso de fármacos tocolíticos.

Así, el tratamiento se basa en medidas generales, tratamiento etiológico, fármacos tocolíticos, tratamiento neuroprotector, tratamiento antimicrobiano y maduración pulmonar.

- Medidas generales: hospitalización/reposo. Se utiliza como medida coadyuvante, aunque existen estudios que no han demostrado su validez y puntualizan que podrían tener efectos negativos para las gestantes.
- Hidratación, no se recomienda su uso rutinario, ya que no reduce la incidencia de PP; podría ser útil para discriminar casos de irritabilidad uterina frente a una APP o casos de deshidratación.
- Evaluación del estado materno mediante medición de constantes y controles analíticos.
- Evaluación del estado fetal, mediante RCTG y ecografía de III nivel.
- Tratamiento etiológico. Si se conoce la causa.
- Fármacos tocolíticos

. Antagonistas de la oxitocina: Atosiban.

Se considera el tocolítico de elección por ser el que menos efectos secundarios posee y el más sencillo de administrar en cuanto a la dosificación, siendo la misma para todas las pacientes.

. Betamiméticos: ritodrina.

Actualmente, está siendo menos utilizado, ya que es frecuente la aparición de efectos secundarios, tales como temblor de manos, disnea, palpitaciones, taquicardia fetal y materna e incluso se ha descrito edema agudo de pulmón (EAP). Las constantes deben ser controladas periódicamente y la dosis a infundir debe ser regulada para alcanzar la dosis mínima eficaz.

. Antiprostanglandínicos: indometacina.

Es eficaz para la relajación uterina y sus efectos secundarios van relacionados con el tacto gastrointestinal, apareciendo náuseas o vómitos. No debe emplearse por encima de la semana 34 de gestación por riesgo de cierre del ductus arterioso en el feto.

Bloqueadores de los canales del calcio: nifedipino.

Se suele utilizar como complementario a los antagonistas de la oxitocina o betamiméticos, aunque también se utiliza como tratamiento de elección según sintomatología. Su principal efecto secundario es la hipotensión.

Es recomendable elegir el tocolítico más efectivo de los que se tenga disponible y que presente el menor índice de efectos secundarios.

- Tratamiento neuroprotector: se recomienda administrar sulfato de magnesio hasta el parto o durante 12/24h antes, si fuera posible, para reducir el riesgo de parálisis cerebral ante la sospecha de PP inminente.
- Tratamiento antimicrobiano: se administrará a las mujeres con indicaciones concretas, profilaxis intraparto de la infección por estreptococo, infección urinaria, infección cérvico vaginal, corioamnionitis o RPM. No se ha demostrado su uso para prolongar la gestación.
- Maduración pulmonar: los corticoides deben administrarse entre las 24+0 y las 34+6 semanas de gestación, tanto en gestaciones únicas como múltiples. Las pautas recomendadas son la betametasona, en dosis de 12 mg por vía intramuscular, administrándose una dosis inicial y otra a las 24 horas, o dexametasona 6 mg cada 12 horas con un total de 4 dosis. El efecto máximo se observa entre las 24 horas y los 7 días después de iniciarse la administración, aunque un intervalo menor de 24 horas también mejora el pronóstico fetal. Entre sus beneficios encontramos la reducción del síndrome de distrés respiratorio, hemorragia periventricular, enteritis necrotizante, muerte neonatal y duración del ingreso del recién nacido. La última revisión de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recomienda la repetición del uso de corticoesteroides mientras persista o reaparezca el diagnóstico de APP sin superar un total de 6 dosis.

5 Discusión-Conclusión

La APP es una de las principales causas de hospitalización prenatal, aunque hay que resaltar que únicamente un pequeño porcentaje de mujeres tendrán un parto pretérmino. Se estima que más del 60% no parirán en las 48 horas siguientes a su diagnóstico y que un tercio de las consideradas verdaderas APP durante la gestación parirán un feto a término.

Un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado son fundamentales para disminuir las consecuencias que supone un PP.

El principal objetivo del tratamiento tocolítico es prolongar la gestación para realizar la maduración pulmonar fetal con corticoide, la administración de sulfato de magnesio para reducir el riesgo de parálisis cerebral y/o el traslado de la gestante a un centro con adecuados cuidados neonatales.

La administración de fármacos tocolíticos para reducir la frecuencia de las con-

tracciones, sin otros factores que indiquen una verdadera APP, se ha demostrado inútil por no haberse instaurado un verdadero trabajo de parto.

En caso de duda diagnóstica se recomienda valorar la longitud de cérvix y realizar un test bioquímico para determinar que pacientes no precisan tocolisis o cuáles son de alto riesgo de presentar un PP y evitar de este modo intervenciones innecesarias.

La longitud funcional del cérvix es la prueba individual que mejor predice el riesgo de parto pretérmino, es por ello que se debe considerar disponer de ecógrafos de calidad en todas las áreas de partos, dado que es una medida más económica que la administración indiscriminada de tocolíticos.

No se recomienda la tocolisis de mantenimiento una vez controlada la APP.

Los efectos de la prematuridad en los recién nacidos, sus padres y la sociedad hacen del parto pretérmino un problema de salud pública relevante.

6 Bibliografía

1. Cabero Roura L., Saldivar D., Cabrillo E. Obstetricia y medicina maternofetal. Madrid: Editorial médica panamericana; 2007. 565-569.TomoIII. Diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino.
2. Ochoa A, Pérez Dettoma,J. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Anales Sis San Navarra [online]. 2009, vol.32, suppl.1, pp.105-119. ISSN 1137-6627.
3. Crowther C., Brown J, McKinlay C.,Middleton P. Sulfato de magnesio para prevenir el parto prematuro en la amenaza de trabajo de parto prematuro · Version published: 15 August 2014 Version history https://doi.org/10.1002/14651858.CD001060.pub2
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Amenaza de parto pretérmino. Recomendaciones españolas revisadas en mayo de 2014.Internet.https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf.
5. Huertas Tacchino, Erasmo. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev. peru. ginecol. obstet. [online]. 2018, vol.64, n.3, pp.399-404. ISSN 2304-5132. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104

6. Iniesta Donate M D, Vilar Checa E. Tratamiento tocolitico de la amenaza de parto pretermino: evidencias actuales [Tocolysis treatment of preterm labor: a

review of the evidence]. Ciencia Ginecologika 2004; 8(4): 201-217.
7. Martín M, Cabrillo E, Carreras E. Amenaza de parto prematuro y rotura prematura de membranas. En: Urgencias en Ginecología y Obstetricia: Aproximación a la Medicina basada en la evidencia. Cañete ML, Cabero L. Ed FISCAM, 2007: 128-129; 129-132; 134-135.

.

.

Capítulo 17

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LA GESTANTE

QUERALT GÓMEZ LASTRA

PAULA SARCIADA BENITEZ

1 Introducción

La parada cardiorrespiratoria cursa con el cese brusco de la circulación y ventilación normal. Una parada cardiorrespiratoria en una mujer gestante constituye una emergencia médica muy compleja en la que están comprometidos dos pacientes: la madre y el feto.

Idealmente esta emergencia obstétrica debería ser supervisada de al menos una persona experta que asuma el control, la toma de decisiones y la coordinación del equipo.

El personal mínimo indispensable que debería estar presente si se objetiva esta situación será: un reanimador principal, un ginecólogo-obstetra, un neonatólogo, un anestesista y personal de enfermería.

La incidencia de mujeres embarazadas con episodio de parada cardiorrespiratoria se estima en 1 de cada 30 000/50 000 casos, considerándose como principales factores de riesgo: la edad materna avanzada, la raza negra, la multiparidad y la falta de control prenatal.

Actualmente el aumento en el número de embarazos a edades avanzadas constituye un importante factor de riesgo junto al uso de técnicas de reproducción asistida. La tasa de supervivencia se estima en el 6,9%.

Las causas desencadenantes pueden estar relacionadas con el embarazo: hemorragia masiva, embarazo ectópico, toxicidad por sulfato de magnesio, síndrome de

HELLP, etc.; el parto: embolia de líquido amniótico, hemorragia postparto, etc.; o el sistema cardiovascular: enfermedad coronaria, tromboembolismo pulmonar (TEP). El TEP y el síndrome de HELLP son una de las principales causas de muerte materna.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Describir la técnica adecuada de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica en una mujer gestante.

Objetivo secundario:
- Conocer las principales causas de parada cardiorrespiratoria en el embarazo.

3 Metodología

Para desarrollar el presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de bibliografía en páginas web de rigor científico y bases de datos como pubMed y ClinicalKey, así como en libros relacionados con la materia a estudio, seleccionando aquellos con mayor relevancia.

4 Resultados

La técnica de reanimación cardiopulmonar (RCP) en la mujer gestante presentará variaciones según la edad gestacional y debido a los cambios anatomofisiológicos. En mujeres con embarazo en curso de <20 semanas la técnica será igual a la del resto de la población, en cambio si el embarazo cursa con >20 semanas o el útero es palpable por encima de ombligo las recomendaciones son las siguientes:
Una vez que objetivemos que la mujer esta inconsciente y no responde deberemos poner en marcha el algoritmo ABC de resucitación. Para ello abriremos la vía aérea utilizando la maniobra frente-mentón para comprobar si realiza respiraciones espontáneas.
Si no se objetivan respiraciones deberemos colocarla en la posición óptima para iniciar la RCP. La posición más adecuada será en decúbito supino sobre una superficie dura, pero lo más importante será liberar la presión aorto-cava que ejerce el útero grávido, esto se puede hacer con un desplazamiento manual hacia la izquierda o con algún objeto que consiga una elevación de 10-12 centímetros o mínimo 15 grados de inclinación, siendo lo ideal entre 15 y 30.

Actualmente se considera mejor opción el desplazamiento manual en decúbito supino que la inclinación lateral provocada por el propio objeto.
El manejo de la vía aérea además de por su dificultad tiene una gran importancia por el mayor consumo de oxígeno y disminución de capacidad residual funcional propia del embarazo, lo ideal sería intubar tan pronto como fuera posible.
En cuanto a las compresiones deberemos entrecruzar los dedos y apoyar el talón de la mano sobre el esternón, ligeramente por encima de donde se realizaría en una paciente no obstétrica debido al ascenso del diafragma que provoca el útero grávido. Adoptaremos una posición vertical con los brazos rectos y presionaremos hasta profundizar unos 4-5 centímetros con una relación compresión ventilación de 30: 2.
Tras 4-5 minutos de RCP sin éxito y con feto dentro de las semanas consideradas de viabilidad se realizará una cesárea urgente. En cuanto a la monitorización fetal solo está recomendada posteriormente a la resucitación si esta es exitosa
Se han establecido mejores resultados materno-fetales con el útero vacío.

5 Discusión-Conclusión

El paro cardiaco en el embarazo es un evento con una baja incidencia, pero una alta mortalidad, de ahí la importancia de conocer los protocolos actualizados para un abordaje oportuno y apropiado que salve la vida de madre e hijo.
Un estudio objetivó el déficit de conocimiento de los procedimientos y técnicas específicas de la reanimación cardiopulmonar en la gestante, siendo por otro lado los médicos los que más conocimiento poseen. De ahí la importancia del establecimiento de protocolos y estrategias de formación continuada.
Por otro lado, se ha objetivado una falta de estudios sobre la materia, ya que la mayoría se tratan de pequeños casos clínicos por lo que haría falta más investigación.

6 Bibliografía

1. Cañete ML, Cabero L. Urgencias en ginecología y obstetricia: aproximación a la medicina basada en la evidencia. 1th.ed. Castilla-La Mancha: FISCAM; 2007.

2. Sáenz M, Vindas C. Paro cardiaco en el embarazo. Rev. Costarr. Cardiol. 2013; 15(2): 35-43.

3. Oyarzún E, Kusanovic JP. Urgencias en obstetricia. Rev. Med. Clin. Condes. 2011; 22(3): 316-331

4. Vila R, García P, Navarro P, Pérez P. ¿Están preparados nuestros profesionales sanitarios para responder ante una reanimación cardiopulmonar en mujeres embarazadas?. Atención Primaria. 2016; 48(7): 503-504.

Capítulo 18

EL TRIAJE Y LA ACTUACIÓN ENFERMERA EN LAS EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

MARTA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

Una emergencia es un acontecimiento que puede causar daños humanos, en los bienes, en los servicios o en el medio. Produce una ruptura de la normalidad. Las catástrofes pueden ser: naturales, de origen biológico, o de origen tecnológico o humano.

Una de las partes más importantes de la atención sanitaria en catástrofes y emergencias es el triaje en el que se produce la clasificación de los pacientes, el orden evacuación y el traslado.

La atención sanitaria "in situ" debe ser precoz y resolutiva, dependiendo del grado de urgencia. El objetivo fundamental de esta asistencia prehospitalaria, es proporcionar las maniobras de soporte vital avanzado adecuadas, el diagnóstico precoz de la patología potencialmente mortal y el traslado al centro útil. La atención no debe ser solo a nivel físico, sino también debe haber una atención sanitaria para el ámbito de lo psicosocial, el manejo psicológico de las víctimas y de sus familiares. Así como el apoyo médico legal.

En la atención sanitaria es vital la sectorización de los pacientes y en ocasiones la utilización de un hospital de campaña donde poder atender a las víctimas, siendo un espacio específico y controlado para el mejor funcionamiento del personal sanitario.

La prevención de las catástrofes y de las emergencias supone la mejor actuación, así como el estar preparados para actuar en cualquier momento y lugar de la forma más rápida y eficaz.

2 Objetivos

Definir la terminología concreta relacionada con los eventos extrahospitalarios y describir los diferentes sistemas de clasificación de las víctimas, así como detallar la actuación sanitaria en estas situaciones de catástrofe.

3 Metodología

Para realizar este trabajo, por un lado se llevó a cabo una revisión bibliográfica con búsqueda indirecta de protocolos de varias organizaciones como SEMES o SEMERGEN y de diferentes hospitales del territorio español.
Por otro lado se recopilaron y seleccionaron aquellos artículos en español que describieran la actuación del personal de enfermería en emergencias, desastres y catástrofes encontrados en diferentes bases de datos como PUBMED.
De todo ello se ha escogido la bibliografía mas relevante en relación al tema del capítulo.

4 Resultados

DEFINICIONES
Una EMERGENCIA es un acontecimiento que se da cuando en la combinación de factores conocidos, surge una circunstancia inesperada, ocasional y desagradable por causar o poder causar daños humanos, en los bienes, en los servicios o en el medio. La emergencia produce una ruptura de la normalidad de un sistema, pero no supera la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.
Según López-Ibor (2004): "Los DESASTRES son acontecimientos de un peligro que afectan a un grupo social y que producen tales pérdidas humanas y materiales que los recursos del grupo social se ven desbordados y no pueden ser afrontados por los mecanismos sociales habituales para afrontar alas emergencias".
Según la OMS: "Una CATÁSTROFE es cualquier fenómeno que provoca daños, perjuicios económicos, pérdidas de vidas humanas y deterioro de la salud y de servicios sanitarios en medida suficiente para exigir una respuesta extraordinaria de sectores ajenos de la comunidad o zona afectada".

En el lenguaje coloquial, suelen usarse indistintamente los términos desastre y catástrofe, sin embargo, no significan lo mismo. La catástrofe es una situación que, en un entorno preexistente de vulnerabilidad, puede resultar desencadenante de un desastre.

TRIAJE

La palabra triaje procede de un vocablo francés que significa "elegir o clasificar" y que se ha aceptado universalmente para definir las tareas de clasificación de heridos en un suceso con múltiples víctimas.

Podemos definir el Triaje como el conjunto de procedimientos asistenciales que ejecutados sobre la víctima orientan sobre sus posibilidades de supervivencia inmediata, determinan las maniobras básicas previas a su evacuación y establecen la prioridad en el transporte. El triaje es una necesidad determinada por el número de víctimas, la naturaleza de las lesiones, el rendimiento de los servicios sanitarios, la distancia a los hospitales y la esperanza asistencial.

Es necesario hacer hincapié en que el personal de rescate y salvamento debe estar capacitado para prestar los primeros auxilios antes de realizar el traslado de las víctimas, sobre todo en aquellas situaciones de prioridad absoluta como mantener la permeabilidad de la vía aérea, control y asistencia ventilatoria, control de hemorragias internas y externas y administración de líquidos para tratar el shock.

El equipo sanitario será el responsable de atender a los heridos, clasificarlos, identificarlos (etiquetado o tapping), tratarlos y prepararlos para la evacuación. Es una labor bastante compleja que va a determinar la atención que las víctimas van a recibir, por esto el personal que lo realice debe tener experiencia y estar entrenado con esta práctica.

PRINCIPIOS PARA LA CLASIFICACIÓN:

Las diferentes clasificaciones existentes se basan en los siguientes principios:

• La vida tiene prevalencia sobre la conservación de un miembro.

• La conservación de la función prevalece sobre la corrección del defecto anatómico.

• Las principales amenazas para la vida son: la asfixia, la hemorragia y el shock.

• El objetivo principal de la clasificación es identificar ante todo a los pacientes críticos que necesitan una reanimación inmediata, y separarlos del resto de pacientes; así como identificar a aquellas víctimas que no deberán recibir asistencia, por ser leves o porque sufran lesiones mortales.

• Las únicas maniobras permitidas para restablecer las constantes vitales son: la desobstrucción de la vía aérea y la hemostasia en hemorragias severas. La rean-

imación cardiopulmonar se reserva para las paradas presenciadas y únicamente cuando el número de víctimas lo permita.

CARACTERÍSTICAS DEL TRIAJE:
La clasificación de las víctimas debe ser dinámica; permanente, reevaluando de manera continuada a cada víctima; debe estar adaptada al número de pacientes, a la distancia a los centros asistenciales, al número de medios de transporte y a la capacidad asistencial de la zona. Debe ser rápida, 30 segundos para clasificar a una víctima como fallecida, 1 minuto como leve y 3 minutos para clasificarla como grave o muy grave. El triaje debe ser completo, ninguna víctima debe ser evacuada antes de ser clasificada, además debe ser una clasificación precisa y segura, cualquier error puede ser fatal, si hay dudas, incluir al paciente en una categoría asistencial superior.

TIPOS DE TRIAJE:
La clasificación de las víctimas de una catástrofe es un proceso continuo, ya que las víctimas pueden mejorar o empeorar con el transcurso del tiempo y/o con la aplicación de medidas terapéuticas. Sin embargo, existen dos momentos en los que el triaje se realiza con finalidades distintas, se trata del primer y segundo triaje. El primer triaje es la clasificación de los heridos en función de la necesidad de asistencia sanitaria inmediata, mientras que el segundo triaje se realiza previo a la evacuación, se clasifica a los heridos en función de la urgencia de evacuación. El primer triaje, realizado por personal no facultativo, en el lugar del incidente, debe realizarse de forma rápida y sencilla (no más de un minuto por víctima), por lo que no va a ser del todo preciso, permitiendo clasificaciones por exceso, es decir que haya un aumento de la gravedad, pero nunca por defecto, no puede haber disminución de la gravedad. Esta primera clasificación debe permitir que las personas más graves (problemas de vía aérea, hemorragias…) sean atendidos rápidamente, se trata de métodos funcionales que solo tienen en cuenta las funciones vitales no las lesiones (por ejemplo el método START o el MRCC). Se debe realizar ya en zona segura, a la entrada de la zona de atención sanitaria, ya que es mejor alejar pronto a la víctima del lugar del siniestro, poniéndola a salvo a ella y al equipo sanitario.

El segundo triaje es más complejo, intenta estimar el pronóstico y la necesidad inmediata de cuidados especializados (hospitalarios). En este caso el método es lesional o mixto, valorando las lesiones de la víctima, sus posibilidades de supervivencia y la necesidad imperiosa de tratamiento hospitalario. Se realiza en una zona intermedia entre la zona de atención sanitaria y el lugar de acceso de las

ambulancias. Esta clasificación debe ser realizada por personal facultativo.

ACTUACIÓN SANITARIA

La atención sanitaria "in situ" debe ser precoz y resolutiva (maniobras salvadoras), dependiendo del grado de urgencia. Implica la realización de un triaje de acuerdo con las lesiones, los medios que se disponen y la posibilidad de supervivencia de las víctimas. El objetivo fundamental de esta asistencia prehospitalaria, es proporcionar las maniobras de soporte vital avanzado adecuadas, el diagnóstico precoz de la patología potencialmente mortal y el traslado al centro útil. Existen unos criterios generales que se deben de seguir en la asistencia de un AMV o una catástrofe:

• No se asiste a nadie mientras no haya sido clasificado.
• Se asiste primero a los de tarjeta roja; luego a los de tarjeta amarilla y finalmente a los de tarjeta verde.
• En una catástrofe no se reamina. Únicamente se puede valorar el inicio de maniobras de reanimación si hay recursos abundantes y siempre que no se retrase la correcta asistencia de otros con tarjeta roja o amarilla.
• No olvidarse de los muertos. Todas las víctimas con tarjeta negra deben ser revisadas por un médico que compruebe que no respiran ni tienen pulso y que si es posible haga registro de ECG.

La atención sanitaria en la mayoría de los desastres, se va a basar en protocolos de soporte vital avanzado al politraumatizado (AMV, explosiones, accidentes de tráfico). En la valoración del paciente politraumatizado hay dos fases: valoración primaria y valoración secundaria.

VALORACIÓN PRIMARIA:

• Está encaminada a evaluar las funciones vitales y a mantenerlas en la medida de lo posible, además de detectar y tratar las lesiones que puedan poner en peligro la vida del paciente.
• La valoración primaria se realiza por medio de una evaluación sistemática de la vía aérea con control cervical (A), la ventilación (B), la circulación (C), la valoración del daño neurológico (D), búsqueda de otras lesiones una vez que desnudamos al paciente en la exposición (E). En esta fase vamos a detectar lesiones graves que no pueden esperar a ser tratadas más tarde, sino que deben atenderse de inmediato.
• El esquema ABCDE permite identificar los pacientes con lesiones más graves y que deben tener prioridad en el trasladado a un hospital.
• El tiempo de asistencia es fundamental en el paciente traumático grave. Hay

que actuar "in situ" sobre lesiones que presenten riesgo vital como hemorragias externas, problemas en la vía aérea, situaciones de hipoxia o de shock. Solo vamos a emplear aquellas medidas que sean realmente necesarias para salvar la vida del paciente en el menor tiempo posible. Según el consenso internacional, se recomienda que el tiempo de asistencia extrahospitalaria no debe superar los 20 minutos. Solo podrá superarse dicho tiempo en el caso de que el paciente esté atrapado, o surja una circunstancia que requiera más tiempo.
• En el caso de un accidente de tráfico, debemos comenzar la atención, una vez que el paciente está fuera del vehículo. Hay situaciones de riesgo vital en las que deberemos atenderlo en el propio vehículo para evitar una muerte precoz.

VALORACIÓN SECUNDARIA:
• La valoración secundaria, no debe retrasar el traslado del paciente, por lo que se recomienda realizarla en el habitáculo asistencial. "Consiste en un examen detallado de cabeza a pies, basado en la inspección, palpación, auscultación y reevaluación de signos vitales, que se hará tras realizar una rápida anamnesis, sin olvidar la reevaluación primaria, que se hará de forma periódica".

5 Discusión-Conclusión

Las catástrofes y los desastres se consideran sucesos extraordinarios que originan una destrucción considerable de bienes materiales, y pueden provocar muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano. El desastre, como una situación traumática que genera un alto grado de estrés a los individuos de una sociedad o parte de ella produce una serie de alteraciones y demandas que exceden los recursos habituales de respuesta con los que cuenta la comunidad.
Es por esto que una actuación precoz y eficaz, supone un beneficio para las víctimas, así como una mejor actuación del personal sanitario. Un buen triaje facilita la labor sanitaria y ayuda a la rapidez de la actuación. La prevención es la mejor arma para evitar o reducir los daños.

6 Bibliografía

1.-Goitia Gorostiza A, et al. Clasificación de heridos en catástrofes. Semes [Internet]. 1999 [citado 15 Mar 2014]; 11:132-140. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol11_2/pags.132-140.pdf
2.-Vicente Molinero A, et al. Triaje in situ extrahospitalario. Semergen [Internet]. 2011. [citado 16 Mar 2014]; ELSEVIER-DOYMA 37(4): 195-198. Disponible

en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90002697&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=96&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es fichero=40v37n04a90002697pdf001.pdf

3.-Freire González L. Papel del personal de Enfermería en situaciones de desastre [Internet]. Repositorio de la Universidad de Oviedo: Jun 2013. [citado 15 Mar 2014]. Disponible en: http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17315/6/TFM_Lidia%20Freire.pdf

4.-Álvarez García, A J, et al. Asistencia sanitaria en desastres. Publicaciones de la Unidad de Investigación en Emergencia y Desastres (UIED). [29 Jun 2013]; 11:17:17. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/asistenciadesastres.pdf

5.-Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES). Protocolo de actuación y buenas prácticas en la atención sanitaria inicial al accidentado de tráfico. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.

6.-Arcos González P, Castro Delgado R, Cuartas Álvarez T, Martínez Monzón C, Montero Viñuales E, Roux Carmona F. La ayuda sanitaria en desastres. Curso de primera salida para personal de intervención en programas de emergencia. Madrid: Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, 2006.

Capítulo 19

MANEJO ENFERMERO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

Mª ENCARNACIÓN ROJAS PORRAS

1 Introducción

En la actualidad una de las principales causas de mortalidad materna es la hemorragia posparto, está presente en aproximadamente uno de cada diez nacimientos, la tasa de mortalidad no es muy elevada en los países más desarrollados, pero en los países en vías de desarrollo cambia enormemente el pronóstico para la madre que tenga una hemorragia tras el parto.

Es considerado una hemorragia posparto cuando se pierden más de quinientos centímetros cúbicos de sangre durante el parto de manera vaginal o mayor a mil centímetros cúbicos si es producido después de que la madre dé a luz mediante la cesárea. Puede ser también considerado una hemorragia posparto un sangrado que tenga posibilidades de llegar a desencadenar una inestabilidad hemodinámica en el cuerpo de la madre.

Existen varias clasificaciones y en general en las hemorragias posparto se pueden apreciar dos tipos diferentes entre sí, el sangrado posparto temprano y el sangrado posparto secundario o tardío.

Sangrado posparto temprano: Es un tipo de sangrado posparto que ocurre en las primeras 24 horas después de que haya tenido lugar el parto o cesárea del bebé.

Sangrado posparto secundario o tardío: Es un tipo de sangrado posparto que se da entre las 24 horas y las 6 semanas.

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es mostrar qué es una hemorragia posparto, los tratamientos más habituales y la importancia de la prevención.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca de la atención enfermera en hemorragias posparto, 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

Tratamientos preventivos para las hemorragias posparto:
El primer paso del tratamiento ante una hemorragia posparto es la prevención, hay una serie de medidas a adoptar de manera preventiva para reducir los factores de riesgo.

El manejo activo del trabajo de parto tanto por cesáreas como por partos vaginales es el primer paso para prevenir la hemorragia posparto, estén o no presentes los factores de riesgo, administrando diez unidades de oxitocina tras la salida del feto en el parto.

Si no hay factores de riesgo, se debe también agregar uterotónicos como la oxitocina en 500 ml de solución salina

Si además del tratamiento activo existen factores de riesgo, se puede añadir prostaglandina E1 por vía rectal en dosis de 3 pastillas durante el parto vaginal. Y en las cesáreas, la carbetocina puede usarse ya directamente.

Tratamiento general de las hemorragias posparto:
-Masaje de útero
-Mantener dos accesos venosos periféricos
- Oxigenoterapia y, si es necesario, cateterismo vesical.

- Reemplazo del volumen de sangre perdido
- Exámenes de sangre para monitorear el estado del paciente.
- Monitoreo de signos vitales

Obstetricia y tratamiento farmacológico
En caso de no funcionar el método preventivo no funciona, se procederá a la exploración y extracción de coágulos de sangre, revisión del canal de parto y aplicar masaje uterino más fuerte.

Al mismo tiempo, se deben empezar a administrar otros uterotónicos.

Oxitocina
Factor VII activado recombinante
Metilergometrina
Prostaglandina E2
Ácido Tranexámico
Prostaglandina E1

Sin embargo, si la mujer sigue sangrando, se procederá a realizar intervenciones quirúrgicas:

Taponamiento uterino. Existe la inserción de un balón uterino llamado balón de Bakri lleno de solución salina el cual se mantiene desde doce horas hasta un día.
Ligadura vascular ligadura hipogástrica.
Histerectomía total o parcial.

5 Discusión-Conclusión

Las hemorragias posparto son situaciones que pueden complicarse y poner en gran riesgo de muerte a la persona que las padece, es fundamental tomar las medidas preventivas adecuadas aparte de un buen diagnóstico y tratamiento tempranos para poder garantizar la salud de la madre durante el parto y mejorar el pronóstico de su recuperación.

Este tipo de complicaciones del parto donde se produzca un fuerte sangrado tienen que ser estrictamente protocolizadas en todo tipo de centros sanitarios independientemente del país donde se encuentre, ya que tratar a tiempo la hemorragia es primordial para poder revertirla.

El personal de salud involucrado en obstetricia y ginecología debe ser formado

adecuadamente para poder brindar una atención eficaz y eficiente.

6 Bibliografía

H. Karlsson, C. Pérez Sanz . Hemorragia postparto. Scielo. 2015. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014
E Álvarez-Silvares, P. Rubio-Cid. Scielo. 2017. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000400007

Capítulo 20

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PACIENTE PORTADOR DE UNA OSTOMÍA DIGESTIVA

ALBA PÉREZ FERNÁNDEZ

COVADONGA BENEGASI ÁLVAREZ

MARINA MAYO ALONSO

MARTA SEIVÁNEZ IGLESIAS

LUCIA OBESO ALMEIDA

1 Introducción

El paciente ostomizado es aquel, que tras la implantación de una derivación digestiva, sufre un conjunto de cambios físicos como psicológicos que afectan a su autopercepción, esfera social y sexual; Empeorando así su calidad de vida como limitando sus actividades de la vida diaria.
Los avances tecnológicos que permiten esta técnica quirúrgica han logrado que un proceso de salud en estado terminal pueda pasar a una situación crónica, evitando así un aumento de la mortalidad y provocando un cambio en la calidad de vida relacionada con la salud.

Ante la complejidad genera dicha situación es elemental el abordaje y resolución de los posibles problemas que aparecen en este paciente, aportando la posibilidad de una atención integral desde una perspectiva holística y biopsicosocial.
Por todo ello la figura de la enfermera tiene un papel fundamental en todo el proceso de salud del paciente ostomizado aumentando su grado de confianza, ya que se encarga tanto de los cuidados de la propia enfermedad durante las distintas etapas de la intervención como en la búsqueda de su autonomía e incorporación a la vida diaria.
Por todo esto, el objetivo general del presente trabajo es conocer el abordaje de enfermería en la esfera psicosocial del paciente ostomizado.

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Conocer el abordaje de enfermería en la esfera psicosocial del paciente ostomizado.
Objetivos secundarios:
-Identificar las afectaciones psicosociales del paciente ostomizado.
-Observar la calidad de vida del paciente portador de una ostomía y cómo se ve afectada por la esfera psicosocial.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación que consistió en una revisión bibliografía de la literatura científica existente. Realizándose una búsqueda en varias bases de datos como Pudmed, Lilacs, Scielo y Cuiden; También se han obtenido una serie de artículos por técnica de" bola de nieve" que sirvieron de base al presente trabajo. Los idiomas utilizados han sido el castellano, portugués y el inglés. Para la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave: Ostomía, Educación para la salud, autocuidado y calidad de vida.

4 Resultados

La colocación del estoma constituye en el paciente una intrusión en todas las esferas tanto a nivel social, como psicológico y físico. Dichos aspectos se encuentran íntimamente relacionados debido a las complicaciones físicas que producen en el paciente, provocando una reacción en cadena afectando así en su persona.

Se aprecian cambios tanto a nivel físico con la pérdida de la integridad física y a nivel psicológico experimentando una nueva relación con su cuerpo, sentimientos de incertidumbre, estigma, autostima y confianza. Dichos trastornos desembocan en la llamada ”angustia psicológica”, la cual se entiende como ”la experiencia emocional desagradable, de naturaleza psicológica social o espiritual” que afectará en la forma de afrontar esta nueva condición.

Otras afectaciones psicológicas que pueden experimentar este tipo de pacientes podrían ser entre otras: soledad, depresión, ansiedad, cambios en la imagen corporal, problemas relacionados con la sexualidad y negación.

Siendo por tanto, de gran importancia el estado psicosocial del paciente, ya que su buena adaptación se asocia positivamente con la calidad de vida.

La adaptación consiste en asumir todos estos cambios, cuanto mayor sea el nivel de aceptación de la enfermedad mejor será la calidad de vida. En estos pacientes se ve claramente disminuidas todas sus actividades diarias. En algunas bibliografías se manifiesta que la calidad de vida en pacientes portadores de una ostomía digestiva es de nivel medio, frente a la población sin ostomías que presenta un nivel más satisfactorio. Es por ello, por lo que se aprecia una evidencia sobre la capacidad que tenemos para realizar una rutina diaria que está relacionada con la capacidad para adaptarnos al entorno que nos rodea.

Dicha adaptación es un proceso que comienza desde el primer contacto con el entorno hospitalario, aunque es tras la post-intervención quirúrgica donde el paciente adquiere consciencia de su nueva condición. Esta nueva condición genera gran repercusión en la calidad de vida del paciente ostomizado, por ello los servicios destinados a estos pacientes deben de ser específicos. Siendo la figura de la enfermera, y en especial el de la enfermera estomaterapeuta, un papel clave en la nueva adaptación y en el mantenimiento de su autonomía.

La enfermera debe acompañar al paciente en todo el proceso, desde el preoperatorio hasta el momento del alta, continuando con sus cuidados en la consulta de enfermería.

A partir de las revisiones bibliográficas que se detallan, podemos afirmar que los materiales de apoyo técnico como son los programas de educación para la salud, la búsqueda de enseñanza hacia el autocuidado, y la utilización de cuestionarios y escalas, son las herramientas principales con las que realizar un enfoque terapéutico más efectivo.

5 Discusión-Conclusión

Una ostomía digestiva consiste en la exteriorización de una porción del tubo digestivo al exterior a travéz de la pared abdominal, es decir, el paciente va a visualizar una porción de su órgano interno al exterior. Esto supondrá un gran impacto en su vida diaria y un largo proceso de adaptación en las actividades del autocuidado como en las restricciones dietéticas. Por tanto, la intervención quirúrgica provocará afectaciones psicosociales con las que el paciente deberá convivir.

Teniendo en cuenta la información encontrada en la revisión bibliográfica se pueden tratar distintos puntos en la discusión.

En primer lugar, los aspectos psicosociales como la ansiedad, la imagen corporal, la autostima y las relaciones sexuales son analizadas en distintos artículos, dando una pista sobre cuáles son las posibles afectaciones psicosociales con mayor incidencia en estos pacientes. En segundo lugar se puede analizar el gran impacto que estas afectaciones juegan en la calidad de vida del paciente ostomizado. Por último, el abordaje y herramientas para realizar una atención integral del paciente son fundamentales para minimizar el impacto negativo en su calidad de vida y poder ayudar al paciente en su proceso de adaptación. Esto genera que sea fundamental la figura de la enfermera, ya que se encuentra presente durante todo el proceso. Tal y como se describe en el trabajo podemos concluir que sería ideal poder crear una buena relación terapéutica con el paciente basada en la confianza y que sea una misma enfermera la que le acompaña durante todas sus etapas: preoperatorio, postoperatorio y consulta de enfermería.

En resumen, las ostomías conllevan un importante problema de salud y se puede observar que los recursos destinados a su atención son escasos, por lo que se hace imprescindible el papel de la enfermera en el cuidado del paciente ostomizado para poder brindar cuidados integrales. Siendo una importante herramienta la educación para la salud complementándose con cuestionarios y escalas que facilitan la atención integral.

6 Bibliografía

1.Vázquez García M, Poca Prats T. Manual de Cuidados En Ostomias.; 2009.

2.Fernández D, Castillol VI, Lezcano F, Benito P, Verdes-montenegro JC. ¿ Cómo es la experiencia de vivir con una ostomía ? Una aproximación fenomenológica. Enfermería Comunitaria.2019 15(February). ; 1-5. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/331154624_Como_es_la_

experiencia_de_vivir_con_una_ostomia_Una_aproximacion_fenomenologica
3.Ayaz-Alkaya S. Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. International Wound Journal. 2019; 16(1):243-249. doi:10.1111/iwj.13018
4.Szpilewska K, Juzwiszyn J, Bolanowska Z, et al. Akceptacja choroby a jakość życia pacjentów ze stomią. Polish Journal of Surgery[revista en Internet]. 2018 ; 90(1):13-17. doi:10.5604/01.3001.0011.5954
5.Almont T, Bouhnik AD, ben Charif A, et al. Sexual Health Problems and Discussion in Colorectal Cancer Patients Two Years After Diagnosis: A National Cross-Sectional Study. Journal of Sexual Medicine[revista en Internet] 2019.;16(1):96-110. doi:10.1016/j.jsxm.2018.11.008
6.Burch J. Exploring quality of life for stoma patients living in the community. British Journal of Community Nursing[revista de Internet] 2016; 21(8):378-382. doi:10.12968/bjcn.2016.21.8.378
7.Martín Muñoz B,Panduro Jiménez RM, Crespillo Díaz Y, Rojas Suárez L, González Navarro S. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas; Index Enferm [Revista Internet]; 2016;vol.19 no.2-3. Disponible: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200009
8. Valencia Rico CL, López González LA, Gómez Suarez LM, Orrego Murillo D, Restrepo Peláez LV. Calidad de vida en personas portadoras de una ostomía digestiva. Revista Ciencia y Cuidado[revista en internet]. 2019; 16(3):117-127. doi:10.22463/17949831.1721
9.Wild CF, Favero NB, Salbego C, Vale MG de, Silva JDRP da, Ramos TK. Educação em saúde com estomizados e seus familiares: possibilidade para melhor qualidade de vida. Revista de Enfermagem Da UFSM [Revista Internet] 2016;6:290. https://doi.org/10.5902/2179769220071.

Capítulo 21

TRASTORNOS MUSCULARES: MIOPATÍAS

IRENE PONZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Las miopatías se definen como desórdenes musculares de etiología variada que producen debilidad muscular gradual con una distrofia muscular en la que no existe reflejo de la musculatura. Dichas patologías pueden producirse por alteraciones bioquímicas u orgánicas. Cuando la alteración se produce a nivel del propio músculo se denominan miopatías primarias, en caso que el problema muscular es el reflejo de otros procesos se denominan miopatías secundarias.

Dentro de las miopatías primitivas se encuentran distrofias musculares hereditarias, miopatías congénitas, canalopatías, miopatías metabólicas y mitocondriales.

Dentro de las miopatías secundarias se encuentran las miopatías inflamatorias, endocrinas, secundarias a procesos tóxico-metabólicos y asociadas a enfermedades sistémicas.

La clínica de la miopatía en general incluye debilidad (dificultad para caminar y signo de Gowers), atrofia (se da junto con hipertrofia -en muchas ocasiones se produce una pseudohipertrofia en la que las fibras musculares son sustituidas por tejido adiposo y fibroso, produciendo un aspecto muscular aumentado, pero con escasa fuerza-), fatiga, falta de relajación (se produce tras la contratación voluntaria), contracturas y reflejos osteotendinosos (al inicio de la patología son normales, finalmente están disminuidos o abolidos).

El diagnóstico se realiza a través de datos bioquímicos (elevación de encima CPK y aldolasa), datos electromiográficos (en reposo ausencia de potenciales espontá-

neos y en actividad son de corta amplitud y bajo voltaje más trenes de polifásicos), datos histológicos (biopsia muscular alterada), datos radiológicos (deformidades óseas secundarias al desequilibrio muscular) y datos cardiológicos (taquicardia, extrasístoles y trastornos de la conducción eléctrica del corazón).

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el personal sanitario relación con los trastornos musculares: miopatías.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, páginas oficiales 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 distrofias musculares son un amplio grupo de desórdenes musculares hereditarios, genéticamente heterogéneos, que tiene como factor común la presencia de debilidad y atrofia (ambos síntomas progresivos).
La etiología son mutaciones genéticas en determinadas proteínas situadas en diferentes compartimentos celulares.
A continuación se van a desarrollar las principales distrofias maculares.
Distrofia muscular de Duchenne: La distrofia muscular de Duchenne empeora rápidamente. Otras distrofias musculares empeoran mucho más lentamente. Causada por un gen defectuoso en una proteína muscular. Debido a la forma como se hereda la enfermedad, los hombres tienen mayor probabilidad de desarrollar síntomas que las mujeres. La distrofia muscular de Duchenne se presenta en aproximadamente 1 de cada 3.600 varones. Como se trata de una enfermedad hereditaria, los riesgos incluyen antecedentes familiares de la misma. A los 12 años los pacientes suelen ir en silla de ruedas.
Distrofia muscular de Becker: Patología hereditaria con debilidad muscular de las piernas y pelvis que evoluciona lentamente. Es muy similar a la distrofia muscular de Duchenne, excepto que evoluciona de forma mas paulatina. Ocurre en

torno a 6 personas de cada 100.000.
Distrofia escápulo humeral de Erb: Esta distrofia es hereditaria autosómica recesiva que ocurre por igual en ambos sexos. El inicio de la enfermedad es en torno a los 20-30 años. Se inicia con debilidad en la cintura escápulo-humeral avanzado a la cintura pélvica en dos décadas.
Distrofia miotónica de Steinert: Es una distrofia de tipo hereditaria autosómica dominante. El inicio de la enfermedad ocurre entre los 20 y 50 años, evolucionando durante 15 años hasta presentar una incapacidad total.
Miotonía congénita o enfermedad de Thomsen: Es una enfermedad hereditaria que afecta a la relajación del músculo. Su origen es congénito.

5 Discusión-Conclusión

Las miopatías son como desórdenes musculares de etiología variada que producen debilidad muscular gradual con una distrofia muscular en la que no existe reflejo de la musculatura, su origen puede ser primario o secundario.
La clínica de dichas patologías suele ser común, aunque la evolución y desarrollo de la enfermedad cambia entre cada patología.
Las distrofias musculares con un tipo de miopatías de origen hereditario. La prevalencia y pronóstico de cada distrofia es diferente.
Estas patologías no tiene cura, por lo que el tratamiento en general es sintomático con el fin de optimizar la calidad de vida dentro de las que se incluye fisioterapia y uso de aparatos ortopédicos.

6 Bibliografía

R. Erazo-Torricelli. Actualización en distrofias musculares. REV NEUROL 2004; 39 (9): 860-871
Cammarata-Scalisi Francisco, Camacho Nolis, Alvarado Jorge, Lacruz-Rengel María Angelina. Distrofia muscular de Duchenne, presentación clínica. Rev. chil. pediatr. 2008; 79(5): 495-501
Nascimento Osorio, J. Medina Cantillo, A. Camacho Salas, M. Madruga Garrido, J.J. Vilchez Padilla. Consenso para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente con distrofia muscular de Duchenne. Neurología. 2019; 34 (7): 469-481.
A.Jiménez Escrig. Manual de neurogenética. Ed. Diaz de Santos; 2003

Capítulo 22

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN: PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

BEATRIZ CALLE GONZALEZ

1 Introducción

La Reanimación Postquirúrgica o Rea General es una Unidad de Hospitalización propia del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del dolor, con capacidad para la asistencia continuada de pacientes que requieren cuidados especializados después de una intervención quirúrgica que estén o puedan estar en estado crítico.
Es un Servicio con características propias:
 Atención continuada las 24 horas del día.
 Disponibilidad de recursos de tipo físico, material, administrativo y humano.
 Coordinación con el resto de los Servicios y Unidades del Hospital

La Unidad de Reanimación de los hospitales ofrece una asistencia eficiente a los pacientes de su área o el estudio de los pacientes de otras áreas al ser un servicio intermedio entre intervención quirúrgica y hospitalización. El objetivo principal de los cuidados de enfermería en la unidad es ayudar a la persona enferma a aumentar y recuperar su independencia, supliendo la falta de autonomía mediante la utilización de los recursos disponibles y evitar que los pacientes sufran dolor en el postoperatorio. Para evaluar el grado del dolor, analgesia y sedación, se realizan diferentes escalas dependiendo del grado de comunicación del paciente. Para el control del dolor en la unidad se efectúan técnicas como la perfusión de analgésicos, implantes de reservorios, bloqueos nerviosos etc.

Otra de las funciones principales aparte de la calidad asistencial, es la de investigación y docencia ofreciendo un correcto tratamiento a los pacientes con necesidades terapéuticas.

2 Objetivos

Objetivo Principal:
Conocer el trabajo de enfermería en la Unidad de Reanimación de un hospital asi como las patologías más frecuentes y técnicas empleadas durante la estancia del paciente en la unidad.

3 Caso clínico

Los pacientes que ingresan en la unidad son pacientes críticos y necesitan una atención integral y continuada al ser enfermos graves e inestables por lo tanto el personal de enfermería debe de estar en alerta constante y ser capaces de observar y responder con celeridad a cambios en su estado.

Cuidados generales para todos los pacientes:
 Control estricto de sangrado para detectar posibles hemorragias
 Si se observa que el apósito esté manchado con sangre, se debe señalar la zona para poder controlar si el sangrado va en aumento.
 Monitorización y seguimiento de constantes hemodinámicas
 Control del dolor
 Drenajes: Cantidad, permeabilidad y aspecto del contenido (PLEURE-VAC, CONCERTINA, JACKSON-PRATT o A BOLSA)
 Comprobar permeabilidad de vías de acceso central y periférico
 Verificar permeabilidad de las vías aérea y parámetros de ventilación (Ventilador automático, Ventimask o Gafas Nasales).
 Cambio de modos ventilatorios en el respirador progresivamente en función de la tolerancia del paciente hasta llegar a ventilación espontánea.
 Posición del paciente: Cama a 30º o decúbito supino según criterio médico
 Comprobar diuresis, cantidad y color y la sonda vesical por debajo de las extremidades.
 Control de temperatura y de glucemia
 Cambios posturales para evitar UPP
 Manejo de la ansiedad del paciente

Cuidados específicos:
Además de los cuidados generales:
En pacientes de cirugía vascular:

Carótidas: Exploración del paciente
• Escala de Glasgow, Tono y movimiento y Pupilómetro
• Exploración de pares craneales
• Exploración de la zona de intervención (Vigilar edemas, voz del paciente, preguntar si traga bien etc. para detectar posibles hemorragias)
• El paciente debe de tener girada la cabeza hacia el lado contrario de la intervención
• Toma de constantes cada hora durante las primeras horas

Aneurisma aórtico abdominal: Puede ser por femoral o abierto

• Vigilar posibles hemorragias, comprobando el estado de los apósitos y que este limpia la ropa de cama.
• Palpar el abdomen para comprobar si está hinchado o duro, ya que puede haber hemorragias internas
• Explorar pulsos pedios y femorales, color y temperatura en extremidades inferiores
• Estos pacientes tienen riesgo de sangrado por lo que no se recomienda la bomba plantar.

En pacientes de cirugía neurológica:
 Escala de Glasgow, Tono y movimiento y Pupilómetro.
 Exploración de pares craneales con el fin de detectar cualquier efecto secundario de la intervención.
 Vigilar drenaje: cantidad y color del contenido
 Colocar el drenaje ventricular por encima del pabellón auricular o según criterio médico.
 Estos pacientes pueden convulsionar, por lo que se suelen utilizar los Box más cerca del control de enfermería para poder estar más vigilados.
 Riesgo de edema cerebral (No rellenar)
• En drenaje ventricular colocar a 10 cm por encima del pabellón auricular. Estos pacientes pueden convulsionar, por lo que se suelen utilizar los Box más cerca del control de enfermería para poder estar más vigilados.

En pacientes de Traumatología:

 Riesgo de hipotensión y bradicardia asociados a la anestesia raquídea, hay que tener cargada medicación: Atropina y Efedrina.
 Correcta alineación de las extremidades vigilando el color, pulsos y temperatura.
 Las cirugías de columna, dependiendo de la zona de la columna intervenida han de permanecer en decúbito supino o según indicación médica,
 Vigilar sangrados, ya que suelen presentar hemorragias abundantes
 Control del dolor, ya que en Cirugías de Trauma el dolor suele ser muy intenso

En pacientes de Cirugía General o Digestiva:
 En pacientes portadores del Sistema VAC de cierre de heridas por presión negativa, comprobar contenido de este y permeabilidad.
 Control de sangrados: vigilar apósitos y posibles hemorragias
 Manejo de la ansiedad y apoyo emocional en pacientes intervenidos con colostomía.
 Control del dolor
 Vigilar cantidad y color de drenajes
En pacientes de cirugía cardiaca:
 Monitorización continua de constantes (ProAQT, SWANZ-GANZ, PICO, BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN) y registro de constantes cada hora durante las primeras horas
 Escala de Glasgow cuando despierten de la anestesia general para detectar posible daño neurológico después de la intervención.
 Control del dolor
 Vigilar drenajes, cantidad y color y registro de débito de Pleure-Vac
 Vigilar apósitos para detectar posibles hemorragias.
 Vigilar color, temperatura y pulsos de extremidades

En pacientes de Otorrinolaringología:
 En pacientes con traqueotomía o intubados, se debe mantener la vía aérea permeable realizando aspiración de secreciones siempre que sea necesario, con la cama en semi-flower para evitar broncoaspiraciones.
 Manejo de la ansiedad y facilitar la comunicación del paciente.
 Control del dolor
 Vigilar apósitos para detectar posibles hemorragias
 Vigilar drenajes: cantidad y contenido de ellos y de sonda nasogástrica si el paciente es portador de ella.
 Si el paciente tiene nutrición parenteral: Control y permeabilidad de la vía y cambio diario del equipo.

Complicaciones más habituales:
Desaturación: Saturación de O2 por debajo de 88%.
Arritmias
Desadaptación al ventilador
Hemorragias
Hipotensión o Hipertensión arterial
Parada Cardiorrespiratoria
Bradicardia, taquicardia
Salida de tubos y drenajes

4 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermera y los conocimientos específicos de la unidad son esenciales para ayudar a prevenir la aparición de las complicaciones postoperatorias o evitar que se agraven y, por tanto, contribuir a la mejora en la salud del paciente. Tener protocolizadas las actuaciones de enfermería dentro de la unidad de reanimación, nos asegura una mejor calidad asistencial al paciente. La humanización dentro de los servicios de reanimación, unidad de cuidados intensivos y otros servicios de críticos es esencial para lograr una atención global de los pacientes, tanto en el aspecto físico como psicológico, asi como a los familiares.

5 Bibliografía

1- Álvarez Ramírez, J. M., Castro Ramírez, L., Gómez López, S. S., Ayala Tarazona, W. L.& Marín González, I. M. (2018) Cuidado de enfermería al paciente en la reanimación cardio-cerebro pulmonar

2- Rosas, C., & NOEL, F. (2019). Atención de enfermeria en la reanimación cardiopulmonar básica en profesionales de enfermería. EsSalud 2016.

3- . Casal Codesido JR, Vázquez Lima MJ. Reanimación cardiopulmonar extrahospitalaria: ¿dónde estamos?. Emergencias 2007. [online] 2007 [Recuperado 30 Nov 2022]; 19(6): 295-297. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2527486
Rueda, E. A., Suárez, E., Gempeler, F. E., Torregrosa, L., Caballero, A., Bernal

Capítulo 23

EL PINCHE Y LA IMPORTANCIA DE ACTUALIZARSE EN NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN EN RELACIÓN CON LAS COCINAS HOSPITALARIAS

ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

ELENA LÓPEZ RAMÍREZ

JUANA MARI FUEGO GIL

MARIA JIMENEZ BERNAL

1 Introducción

La alimentación hospitalaria forma una parte integral en cuanto al tratamiento se refiere, ya que influye de una manera directa y decisiva en la recuperación de los pacientes.
En el servicio de la cocina del hospital se establece un plan en el que las dietas deben de ser equilibradas gastronómicamente adecuadas.
Se debe de tener un exhaustivo control higiénico, para así poder prevenir las posibles situaciones de riesgo y poder proporcionar una buena calidad en el servicio.
La alimentación que se distribuye a los pacientes debe de tener un valor nutricional óptimo, y aportar los nutrientes necesarios teniendo en cuenta la patología de cada paciente y cómo vaya evolucionando su pronóstico.

Las dietas se realizan de acuerdo con lo que el médico especialista recomienda en cada caso, modificándose en el caso que este mismo lo requiera.
Las cocinas hospitalarias trabajan de la mano junto con el departamento de nutrición y dietética del hospital, así podrán solucionar problemas, o aportar puntos de vista diferentes.
Serán los encargados de planificar las dietas basales y los menús opcionales.
También planificarán las dietas terapéuticas estableciendo qué tipo de alimentación corresponde en cada caso.
Los pinches de cocina controlarán la elaboración y la distribución de los mismos, junto con el supervisor de cocina y los cocineros.

2 Objetivos

Conocer e identificar las actualizaciones y recomendaciones que existen en cuanto a nutrición y alimentación dentro de las cocinas hospitalarias.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.
También se ha revisado la literatura científica sanitaria existente en relación con la actualización de la alimentación de los hospitales.
Se han utilizado términos de búsqueda que han sido combinados con filtros y descriptores como: alimentación, hospitalaria, pinche.

4 Resultados

La alimentación dentro de los centros hospitalarios requiere un amplio conocimiento a nivel nutricional que además está basado en la evidencia científica, ya que se ha demostrado que se debe cuidar minuciosamente el estado nutricional de los pacientes. Hoy en día la nutrición se ha convertido en una parte fundamental de los tratamientos de las enfermedades.
El objetivo principal que tienen los hospitales es reducir el máximo posible la estancia de hospitalización, ya que así se reduciría considerablemente el costo de los mismos.

El ser humano necesita alimentarse y es uno de los actos más importantes de nuestra vida cotidiana.
Antiguamente la alimentación hospitalaria giraba en torno a dar de comer a los enfermos. En las primeras décadas del siglo XX se empiezan a descubrir sustancias que son indispensables para la vida, la carencia de las mismas puede producir enfermedades. Así es como surge la nutrición alimentación como profesión y se empiezan a planificar y organizar dietas especiales para complementar los tratamientos farmacológicos que reciben los pacientes.
En el servicio de la cocina hospitalaria se encargan de transformar y procesar todos los alimentos siguiendo unas pautas y recomendaciones científicas.
Existen una serie de alimentos que se convierten en imprescindibles y que deben de estar incluidos en la dieta siempre que no exista ninguna contraindicación, se consideran muy importantes por sus propiedades y valores nutricionales.
El tomate ya que contiene antioxidantes.
Ajo: es un excelente regulador de la presión arterial y además ayuda a la digestión.
Apio: favorece la circulación sanguínea
Espinacas: Proporcionan una gran cantidad de hierro, además es buena para la vista
Manzana: Contiene un alto porcentaje de vitaminas, agua y sales.
Salmón: contiene grandes cantidades de omega 3.
Lácteos: fortalece el calcio del organismo

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar en el presente trabajo de investigación la alimentación ha evolucionado mucho a lo largo de la historia.
Así bien, en el siglo pasado se consideraba que a los enfermos había que proporcionarles de comer, pero no se conocía todavía su gran importancia.
A día de hoy se ha demostrado que la buena nutrición y alimentación de los pacientes ayuda a que estos se recuperen de una manera mucho más rápida, ya que además del tratamiento farmacológico se le pauta una diera acorde con la patología que padezca para ayudar al organismo aportándole los alimentos que necesite en esos momentos.

6 Bibliografía

1. https://mejorconsalud.as.com/alimentos-imprescindibles-no-faltar-dieta/.

2. https://www.elespanol.com/ciencia/nutricion/20200505/alimentos-imprescindibles-debes-comer-diario-universidad-harvard/4874.
3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452015000100001.

Capítulo 24

EL PERSONAL SANITARIO ANTE UNA CATÁSTROFE

ANA CANEL FERNANDEZ

1 Introducción

Hoy en día son muchos los desastres ocurridos como pueden ser las inundaciones, los terremotos, los conflictos armados, los movimientos masivos de refugiados…, todos ellos definidos como catástrofes o emergencias humanitarias y en cada uno de ellos el personal sanitario es un elemento fundamental. El personal sanitario contribuye de manera nacional e internacional si la situación lo requiere. El personal sanitario local es el primero en responder y el que proporciona mayor parte de la atención sanitaria contribuyendo de manera eficaz y decisiva ante cualquier catástrofe, ya sea en la preparación, gestión, respuesta, recuperación y desarrollo de la resiliencia general.

La atención sanitaria en catástrofes puede darse en numerosos entornos, cada uno con condiciones únicas con las que el personal sanitario deberá estar familiarizado. La formación será esencial para el manejo adecuado de las víctimas lo que incluye un pensamiento crítico, adaptabilidad, trabajo en equipo y liderazgo. La atención y gestión de los afectados en estas situaciones exige la comprensión tanto de la atención individual como la atención colectiva. El papel del personal sanitario ante una catástrofe va a depender en gran medida de la experiencia que tenga en ese ámbito. El personal sanitario adoptará un enfoque más dinámico su responsabilidad no es solo una respuesta posterior al desastre, sino que ahí comienza una planificación de una respuesta mejorada y la prevención del impacto del desastre para permitir una mejor vida para todos.

2 Objetivos

1. Examinar las habilidades y competencias del personal sanitario para responder a situaciones de catástrofe.
2. Analizar el papel de los procedimientos de gestión y de la formación de los profesionales sanitarios para atender el desastre.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos electrónicas, como son: Scielo, Medline, Cinhal, PubMed, Google Académico, etc., en las que se han utilizado los siguientes descriptores: catástrofe, formación, emergencia, personal sanitario, desastres naturales.

4 Resultados

Los desastres se clasifican en los siguientes niveles:

• Nivel I: si la organización, agencia o comunidad puede contener el evento y responder de manera efectiva utilizando sus propios recursos.
• Nivel II: si el desastre requiere asistencia de fuentes externas, pero se puede obtener de agencias cercanas.
• Nivel III: si el desastre es de una magnitud que excede la capacidad de la comunidad o región local y requiere asistencia de activos estatales o incluso de otros países.
El personal sanitario engloba a mucha gente que a menudo trabajan en situaciones difíciles con recursos limitados, desempeñando papeles vitales cuando ocurre un desastre, actuando como personal de primeros auxilios, oficiales de triage, atención y primeros auxilios, coordinadores de atención y servicios, proveedores de información y apoyo psicológico o educación e implementación de procedimientos de control de infecciones. Sin embargo, solo tienen éxito cuando el personal sanitario tiene las competencias o habilidades fundamentales para responder de manera rápida y efectiva. Muchas instituciones públicas, privadas, estatales y locales han comenzado a desarrollar algún tipo de planes de preparación y respuesta ante posibles catástrofes, en la primera línea de preparación destacan los hospitales y las profesiones médicas que estarán entre los primeros en responder en caso de desastre. Las experiencias y capacitaciones

previas del personal sanitario afectan a su preparación, conciencia, autoconfianza y habilidades en la respuesta a desastres y disminuyen su vulnerabilidad a eventos impredecibles, la formación continua y la presencia de protocolos es esencial para estos casos. El objetivo de la preparación para desastres es garantizar que existan sistemas, procedimientos y recursos adecuados para brindar asistencia rápida y efectiva a las víctimas del desastre, facilitando así las medidas de socorro y la rehabilitación de los servicios. Incluye todas las actividades que deben llevarse a cabo antes de un desastre para garantizar que las actividades de respuesta ante catástrofes se desarrollen sin problemas.
Los aspectos médicos de un desastre representan menos de 10 % de recursos y gastos de personal. Los hospitales y los equipos de proveedores de atención médica responden a eventos inesperados como explosiones, terremotos, inundaciones, incendios, guerra o el brote de una epidemia infecciosa.

5 Discusión-Conclusión

Este trabajo revisa el papel del personal sanitario ante situaciones de catástrofe o desastres, ya sean naturales o causados por el hombre. Es importante desarrollar políticas para la gestión de desastres, así como prestar más atención al problema de las catástrofes y la preparación para su gestión. Los programas de capacitación son esenciales para aumentar la conciencia sobre la gestión de desastres. El personal sanitario debe ser consciente de sus roles durante el desastre, estar preparado en situaciones críticas y aplicar sus conocimientos de gestión para enfrentar diferentes pacientes y situaciones, por eso es muy importante la formación y el entrenamiento. Los resultados del estudio indican que los programas de intervención educativa fueron efectivos en términos de mejorar el conocimiento del personal sanitario sobre el papel del personal sanitario durante los desastres en fases de preparación, respuesta y de recuperación.
La puesta en marcha de procedimientos estandarizados por parte de los sistemas de salud es esencial para hacer frente a las catástrofes y deben disponer de la formación como una herramienta esencial de capacitación que va a ayudar a prevenir y salvar muchas vidas.

6 Bibliografía

Scielo, Medline, Cinhal, PubMed, Google Académico

Capítulo 25

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE URGENCIAS

RAQUEL CEA RODRIGUEZ

LORENA CASTRO PULGAR

JESSICA GARCÍA VICENTE

1 Introducción

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe tener la capacidad de desempeñar sus funciones con la mayor profesionalidad y la mayor seriedad,así como tener la aptitud de transmitir al enfermo tranquilidad y confianza.

La coordinación en el trabajo en el área de urgencias hospitalarias es fundamental para poder dar unos cuidados óptimos al paciente. El TCAE debe participar en el plan de cuidados,informando de cualquier cambio que observe en el paciente.

El TCAE es el encargado de recibir al paciente en el Servicio de Urgencias,una vez que ha pasado por los servicios de admisión y triaje. Es quien se ocupa de identificar y acomodar al paciente y, en caso de que sea necesario, le ayuda también a vestirse y desvestirse,aportándole todo lo necesario y preservando su intimidad.

Las funciones del Auxiliar de Enfermería son muy extensas y diversas,por ello, en el Servicio de Urgencias es el lugar donde todas esas funciones de unen. Es un área donde existe el contacto con todas las patologías y edades y donde se han de poner en práctica todos los conocimientos adquiridos.

En este servicio,el TCAE debe ser capaz de trabajar en equipo adecuadamente,saber actuar en determinados momentos,conocer los protocolos de técnicas de diversas especialidades y trabajar en constante comunicación con el resto del equipo.

2 Objetivos

-Mostrar las funciones del Auxiliar de Enfermería en la unidad de Urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como Scielo,Google Academy o Wikipedia.

4 Resultados

El trabajo de un Auxiliar de Enfermería se puede desempeñar en diferentes áreas. El TCAE trabaja en Atención Primaria y en Atención Especializada.
La Atención Especializada engloba plantas de hospitalización,urgencias,paritorios,pediatría, cuidados intensivos,quirófanos,salud mental,geriatría y esterilización entre otros.
Los TCAE desarrollan unas funciones generales entre las que se encuentran:aplicar cuidados auxiliares de enfermería y primeros auxilios,mantener limpio y ordenado el material sanitario,asegurar unas buenas condiciones higiénico-sanitarias tanto al paciente como a su entorno, limpiar carros de curas y sus utensilios,distribuir la comida a los enfermos y ayudar a comer a los que no puedan hacerlo por sí mismos,administrar medicamentos por vía oral,rectal o tópica,clasificar,gestionar y renovar ropa de cama y pijamas de los usuarios ingresados enviándolos a lavandería cuando sea necesario, acompañar a los pacientes a sus habitaciones, controlar la temperatura,dar apoyo psicológico al paciente y sus familiares y preparar documentación de citación y registro.
Del mismo modo que el TCAE desarrolla funciones de carácter general, también le corresponden otras en servicios especializados como en áreas de radiología,quirófano,obstetricia,rehabilitación,farmacia,laboratorio o consultas externas.

El Auxiliar de Enfermería no puede realizar ciertas tareas con su titulación como poner inyecciones,realizar pruebas diagnósticas,emitir juicios clínicos,ayudar en intervenciones quirúrgicas al personal médico o asistir directamente a los médicos especialistas en consultas externas.
El TCAE en Urgencias, tras el triaje y la admisión, es quien recibe al paciente,se encarga de identificarlo,acomodarlo y hacer que se sienta tranquilo y confiado. El profesional debe tener la formación necesaria para saber desenvolverse ante cualquier situación inesperada y debe mostrarse comunicativo con el resto de personal sanitario para informar en todo momento los cambios que observe en el paciente. El TCAE debe ser una persona dispuesta a atender las necesidades de los pacientes,amable y educada a la vez que comprensiva con el paciente y sus familiares.

5 Discusión-Conclusión

Al realizar el presente trabajo,damos a conocer las diversas funciones que tiene el Auxiliar de Enfermería en todos los ámbitos sanitarios en los que se desenvuelve,haciendo especial hincapié en el importante sector de Urgencias,donde debe ser un trabajador resolutivo y rápido para poder desarrollar sus funciones de forma exitosa y sin cometer ningún error.
Cabe resaltar la gran importancia de las diversas labores que tiene el TCAE y la responsabilidad de su trabajo dentro del ámbito sanitario.
Todo el personal sanitario representa una gran cadena humana de trabajo en equipo,cada uno con sus correspondientes funciones,que a su vez,implica que elaboradas todas bien,el resultado del trabajo sea siempre exitoso.

6 Bibliografía

Wikipedia
Google Academy
Pubweb

Capítulo 26

PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

MARÍA JESUS GÓMEZ FUERTES

RAQUEL IGLESIAS FERNANDEZ

ANA BELÉN FERNÁNDEZ MEDIERO

CLAUDIA RODRÍGUEZ INSUA

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que se produce cuando el páncreas no produce la insulina suficiente para que las células del cuerpo puedan quemar el total de azúcar para obtener energía y esta se acumula en la sangre. Hay muchos factores que pueden influir en esta anomalía, en ocasiones es hereditario, en otras se va desarrollando según avanzamos en edad, pero en muchos casos el estilo de vida que se lleva contribuye a que se desencadene esta enfermedad como puede ser (poco ejercicio centrándonos en una vida sedentaria, sobrepeso, no llevar una alimentación equilibrada comiendo demasiados alimentos prefabricados). Es preocupante que desde hace algunos años, aunque antes también había, esté aumentando mucho la aparición de la diabetes en etapas infantiles. Se debe tomar muy en serio y una vez que se hace el diagnóstico el paciente debe

seguir todas las instrucciones de manera constante, tomarse la medicación que le indiquen ya que las consecuencias en el organismo pueden ser muy graves pudiendo afectar a otros órganos, causar problemas cardíacos, circulatorios. etc. Cada día es más notorio el aumento de la atención a personas con diabetes especialmente en hospitales, clínicas o residencias geriátricas. El trabajo diario de los auxiliares de enfermería es esencial para que los pacientes de esta afección crónica reciban una atención eficiente.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en el cuidado de los pacientes con diabetes mellitus.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han 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

En muchas ocasiones la diabetes se detecta en análisis de rutina. Si bien es cierto que no en uno puntual si no en varios seguidos y cuando los valores empiezan a superar los 110 mg/dl se debe estar alerta y realizar controles más periódicos. En caso de seguir al alza el facultativo responsable recetará medicación oral (sería la diabetes tipo II), cuando pasado tiempo es imposible de controlar sería necesario pasar a administrar insulina (diabetes tipo I), en la que el paciente debe controlar su nivel de glucosa para saber las unidades de insulina que debe poner, esto siempre explicado y especificado por un médico, nunca se debe saltar la pauta establecida ya que puede dar lugar a una hipoglucemia que es la disminución excesiva de azúcar en sangre o a una hiperglucemia que es el aumento de la concentración de azúcar que si no se controla podría llevar a tener un coma diabético. La mayoría de los pacientes antes de acudir al médico tienen síntomas a los que en principio no dan importancia como pueden ser: tener sed en exceso, hambre,

orinar con mucha frecuencia por ello es necesario que seamos conscientes de que cuando en nuestro cuerpo notamos algún tipo de variación en circunstancias que antes no eran así es necesario acudir a que nos realicen una exploración y una analítica para descartar cualquier patología y no solamente la diabetes. El control de una persona diabética es continuo, vigilando su alimentación, procurando hacer ejercicio regular, intentar no tener sobrepeso, todo esto, junto con la medicación oral o la insulina hace que se pueda llevar una vida relativamente normalizada. Por tanto los cambios de hábitos son imprescindibles y recomendables.

5 Discusión-Conclusión

Ante pacientes con enfermedades crónicas entre las que se encuentra la diabetes que nos ocupa es necesario reforzar la educación para la salud, y aquí entra a formar parte un equipo multidisciplinar del que la TCAE forma parte. La Atención Primaria es importantísima en este aspecto porque es precisamente el lugar del primer contacto del paciente con la sanidad y dónde deben darle la información necesaria sobre los aspectos que debe mejorar de cómo venía haciendo su vida anteriormente; debe decírsele siempre que no se quede con ninguna duda, que pregunte todo aquello que considere necesario aunque le parezca algo sin importancia. Fomentar el interés por el ejercicio (entendiendo este como caminar, no necesariamente llevarlo a lo extremo) ya que es una de las mejores maneras para poder controlar el exceso de peso que pueden desencadenar en riesgos cardiovasculares.

6 Bibliografía

1. Jordan Valenzuela M, Miralles garcía MD, Ramos Morcillo A, Torres García M. Intervenciones enfermeras ante el paciente diabético. Torredonjimeno: Formación Continuada Logoss; 2009.
2. M León. Tratamiento dietético en la diabetes mellitus. En: FJ del Cañizo, F Hawkins. Diabetes mellitus. Teoría y práctica. Madrid, Editorial Boehringer Manhein 1996, pág 89-100.
3. R. Hanas. Diabetes tipo 1 en niños, adolescentes y adultos jóvenes. Lab. Abbott. 2004.
Carrol P, Matz R. Diabetes mellitus no controlada en adultos; experiencia en el tratamiento de la cetoacidosis diabética y el coma hiperosmolar no cetósico con

dosis bajas de insulina y un régimen de tratamiento uniforme. Diabetes Care 1983;6:579-585.

Capítulo 27

LA VACUNACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

VERÓNICA MARTINEZ SARIEGO

1 Introducción

Las vacunas sirven para proteger de enfermedades dañinas a las personas activando las defensas naturales de manera que el propio organismo aprende a resistir a posibles infecciones y fortaleciendo así el sistema inmune. Una vez que una persona es vacunada, el sistema inmunitario actúa haciendo que el cuerpo reconozca el microbio invasor y generando anticuerpos de forma que cuando se vuelva a estar expuesto de nuevo a ese microbio el organismo recuerda la enfermedad y sabe cómo combatirla, destruyéndolo antes de que se genere la enfermedad. Los profesionales del ámbito sanitario se encuentran sometidos a un importante riesgo de contraer enfermedades que son prevenibles con una correcta vacunación.

Existen tres vías de contagio fundamentales a través de las cuales una persona puede trasmitir una enfermedad: a través de la inhalación de las gotitas que se expulsan al hablar o respirar y que producen enfermedades como la gripe, el sarampión o la varicela, a través de las heces por vía fecal-oral que producen enfermedades como la hepatitis A y a través del contacto de las mucosas con la sangre o los fluidos del cuerpo y que dan lugar a enfermedades como la hepatitis B.

Se puede pensar que los profesionales sanitarios como celadores, enfermeras, médicos o auxiliares de enfermería son los que se encuentran más expuestos y corren un mayor riesgo de contagiarse de enfermedades porque son los que se encuentran en mayor contacto con los pacientes, además de con los fluidos

como la sangre, con los tejidos, aparatos… pero cabe destacar también que existe un elevado riesgo de contraer enfermedades por aquellos profesionales que, sin estar en contacto directamente con el paciente, sí que están en contacto con los agentes infecciosos que se pueden encontrar en las superficies, materiales o herramientas utilizadas en el día a día del entorno sanitario, como son el personal de las cocinas, los encargados de la limpieza, de la lavandería o el propio personal administrativo.

2 Objetivos

-Resaltar la importancia de la vacunación del personal sanitario y no sanitario como vía de prevención de enfermedades.
-Indicar cuál es el tipo de vacunas resultan imprescindibles para que el personal del ámbito sanitario realice su trabajo con el menor riesgo posible.
- Definir las estrategias encaminadas a un mayor control y mejor cobertura de las vacunas en el ámbito sanitario.

3 Metodología

La metodología de este trabajo se sustenta en un proceso de búsqueda bibliográfica evaluando la calidad de los artículos que se han encontrado en dicha búsqueda. Se ha dado prioridad a las publicaciones de revistas científicas y documentos oficiales, siempre teniendo en cuenta que la información sea obtenida dentro del concepto de un entorno sanitario. De todos los buscadores disponibles se utilizó en mayor medida Google, porque es muy rápido y permite obtener gran cantidad de volumen e información, aunque también fue necesario utilizar otros buscadores como Google Académico por ser a veces más específicos. Sin descartar ningún artículo que pudiera ser relevante se ha dado más importante a los artículos más recientes por estar más actualizados. En cuanto a la utilización de palabras claves se han utilizado aquellas que resultaban más relevantes y precisas para el tema que se trata, acotando la búsqueda de esta manera y evitando que en la búsqueda se utilizaran frases muy extensas.

4 Resultados

La vacunación del personal del entorno sanitario resulta fundamental ya que no solo con ella se puede evitar la propagación de enfermedades que pueden afectar

a gran parte de los pacientes que, a su vez, pueden ser muy vulnerables porque están atravesando problemas en su salud, sino que también sirven para proteger a los propios trabajadores con lo que se evitarán problemas de absentismo y garantizarán que se siga prestando un servicio a toda la comunidad que resulta básico, como es el sanitario. Se puede pensar que el porcentaje de profesionales sanitarios vacunados es muy alto y, sin embargo, las estadísticas aún indican por ejemplo que solo entre el 15 y el 25% de los trabajadores se vacunan todos los años de la gripe, por lo que el objetivo de vacunación tiene que aumentar considerablemente si se quiere llegar a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, que se sitúa en torno al 75%.

La vacunación en el sector sanitario debe de ser individualizada de manera que se tengan en cuenta las características del individuo tales como las tareas que ejerce y si es susceptible de contagiarse de determinadas enfermedades, sus propias características personales en cuanto a su salud como puede ser si tiene enfermedades crónicas o inmunodepresión y los riesgos a los que se puede ver expuesto en función de la tarea que desempeñe, como puede ser estar expuesto a agentes biológicos. Una vez analizado todo esto los encargados de la prevención deben valorar cual vacuna es indicada para cada persona y revisarlas de manera periódica manteniendo actualizados todos los datos. No obstante, y como norma general, existe una serie de vacunas recomendadas para todo el personal del ámbito sanitario tales como:

-Sarampión.
-Triple Vírica.
- Tétanos y difteria.
-Hepatitis B.
-Varicela.
-Gripe.

Existen otro tipo de vacunas que son solo recomendades para el personal sanitario en determinadas ocasiones tales como:

-Poliomielitis.
-Tosferina.
-Hepatitis A.
-Fiebre tiroidea.

En todos los centros sanitarios y en los hospitales hay una serie de estrategias que se deben de realizar con el fin de mejorar la cobertura de las vacunas, fomentando y reforzando una actitud positiva en los trabajadores en esta materia. Para ello es importante que los trabajadores reciban la formación adecuada y que esta formación se traslade a su vez a los estudiantes, a los farmacéuticos y a todo el

personal sociosanitario. La formación prestada debe ser actualizada y periódica, en la que se realicen año a año nuevas campañas. Todo centro sanitario debe tener un registro de las vacunas que tienen su personal y esta base de datos será revisada periódicamente adaptándose a las nuevas necesidades que se pueden ir dando en cada situación. El acceso a las vacunas debe de ser rápido, estableciéndose unas políticas de vacunación en las que se asegure la protección y seguridad de todo el personal y en las que se dé difusión de las campañas de vacunación por medios tecnológicos a través del teléfono móvil, por ejemplo. Los trabajadores del ámbito sanitario tienen también una responsabilidad ética frente a toda la población en general formando parte de la mejora de la estrategia, ya que deben de dar ejemplo en la vacunación, pues difícilmente pueden convencer a una persona de que se vacune si ellos mismos no están vacunados, por lo que es esencial que se tomen en serio esa formación y puedan convencer a la sociedad.

5 Discusión-Conclusión

Está claro que a lo largo de los años las vacunas han salvado millones de vidas en todo el mundo y que constituyen un mecanismo esencial de prevención de enfermedades en todo el mundo. No obstante, se está viendo que todavía existen corrientes antivacunas que ponen en entredicho su eficacia y que consideran que el cuerpo humano debe de ejercer una respuesta natural frente a un contagio. Esto a dado lugar a muertes por contagio de enfermedades que no solo se creían extinguidas, sino que, su nueva proliferación, ponen en riesgo a toda la población. Desde el ámbito sanitario se debe dar ejemplo en este aspecto, vacunando a todo el personal que participa en la actividad sanitaria de cualquiera de las formas, inculcando a su vez a la sociedad en la importancia de la vacunación como mecanismo primordial contra la prevención de determinadas enfermedades.

6 Bibliografía

1. Vacunas e inmunización: ¿qué es la vacunación? https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination?adgroupsurvey=\protect\TU\textbraceleftadgroupsurvey\protect\TU\textbraceright&gclid=EAIaIQobChMI06jalsPV-gIVRPl3Ch0ySwaqEAAYASAAEgIjy_D_BwE
2. Vacunación en trabajadores sanitarios https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/vacunas/docs/Vacunacion_sanitarios.pdf

3. Beneficios de las vacunas http://proyectoavatar.enfermeriacomunitaria.org/vacunas/beneficios-de-las-vacunas

Capítulo 28

EL DESGASTE DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS Y NO SANITARIOS. SÍNDROME DE BURNOUT

VERÓNICA MENÉNDEZ SUÁREZ

ITZIAR FUENTES SUÁREZ

SARA PORRES FERNÁNDEZ

DIANA SUAREZ RUBIO

OLAYA RIVAS PEREZ

1 Introducción

En las últimas décadas, el mundo ha sufrido una serie de transformaciones sin precedentes en el contexto laboral ya que existen nuevas exigencias en el puesto de trabajo, nuevos requisitos en las organizaciones unido también a los requisitos que se necesitan en el desempeño de la tarea que han originado nuevos riesgos psicosociales. Uno de estos riesgos es el producido por el agotamiento del trabajador, la deshumanización de la sociedad y el desgaste de los profesionales, llamado también síndrome de burnout.

El síndrome de burnout sería descrito por primera vez en 1974 en EEUU cuando el psiquiatra Herbert Freudenberger detectó en los voluntarios que trabajaban en

una clínica para toxicómanos un cambio en su sintomatología que era común a todos ellos e iba desde la pérdida de energía y desmotivación en su trabajo hasta cambios en el comportamiento hacia los pacientes mostrándose distantes, fríos, insensibles e incluso agresivos hasta llegar a la ansiedad y la depresión. Dos años después, la psicóloga Christina Maslach oficializaría esta situación utilizando el término burnout, un anglicismo que significa estar quemado hasta el final, entendiéndolo como un agotamiento total y exponiéndolo en los principales congresos de psicología. Posteriormente sería Maslach quien en 1981 lo asociaría a un proceso de estrés crónico, entendiendo que para que sea considerado burnout es necesario que el agotamiento psicológico y emocional tiene que permanecer a lo largo del tiempo y no ser un hecho puntual.
El contexto actual la pandemia de Covid 19 ha puesto de manifiesto, aún más si cabe, la situación real de desgaste que están sufriendo los profesionales del sector sanitario, en el que existen unas demandas que se han vuelto infinitas mientras que los recursos de los que se disponen son finitos y las exigencias de los pacientes siguen siendo máximas, pues las expectativas de recibir una buena atención y de curarse siguen siendo del 100% y en esta situación es difícil que las fuerzas emocionales y físicas no acaben resintiéndose ante esta presión.

2 Objetivos

-Estudiar las causas más comunes que pueden dar lugar al desgaste de los sanitarios y los no sanitarios dentro del sector sanitario.
-Describir los principales efectos que tiene el síndrome de burnout en la salud.
-Indicar las medidas que se pueden llevar a cabo para prevenir el desgaste y agotamiento de los profesionales.

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

No se puede decir que el síndrome de burnout esté motivado por una única causa, sino que existen una serie de circunstancias que pueden provocar un mayor desgaste de los trabajadores. Un agente importante de riesgo lo comprende, sin duda, los trabajos en los que se presta un servicio y existe un contacto con el cliente, o en el caso del entorno sanitario con pacientes, que puede provocar un desgaste importante. Además de esto, la realidad del sector sanitario es que existen horarios de trabajo que resultan excesivos, con turnos que provocan un mayor agotamiento en donde las expectativas de llegar a todo no se corresponden con la realidad y provocan situaciones de frustración, ya que los objetivos marcados resultan irreales.

En otras ocasiones el burnout viene dado por unos bajos niveles de autonomía, de ambición o desafío en los que el clima laboral no es del todo bueno y no existe un gran apoyo entre los compañeros de trabajo, por lo que se genera un sentimiento de desgana ante esta situación.

Poco a poco el profesional va entrando en una espiral de estrés, punto fundamental para comenzar a desarrollar el síndrome de burnout, en el que se apreciarán tres fases fundamentales la de estrés propiamente dicha en la que las demandas que se le exige laboralmente no corresponden con los recursos de los que dispone el trabajador para llegar a ellos, una segunda fase de agotamiento en la que aparece la preocupación, la tensión, y la ansiedad y una tercera fase en la que el agotamiento provoca que se esté a la defensiva, con respuesta cínicas o bruscas en las que se aprecia un cambio de comportamiento en el trabajador. Esta situación dará lugar a un deterioro en las relaciones de los afectados, ansiedad, irritabilidad y una menor concentración. Los problemas conductuales no solo tendrán presencia en el lugar de trabajo, sino que las relaciones con la familia y con los amigos también se verán mermadas. Este cansancio que comienza siendo emocional se empezará a somatizar traduciéndose en insomnio, dolores musculares, problemas digestivos con la posibilidad de existencia de desórdenes alimenticios, dolores de cabeza, migrañas y fatiga crónica.

Para prevenir el burnout es importante revisar constantemente los objetivos que se tienen impuestos a cada trabajador de manera que sean los más claros posibles y en los que cada profesional conozca su propio rol, ya que esto va a permitir también un aumento de su autonomía y la toma de decisiones. Dichos objetivos

también tienen que ser reales en lo referente a la carga de trabajo y al desempeño de su actividad, describiendo las tareas que le corresponde hacer a cada trabajador en su puesto y haciéndole partícipe de este proceso. Es importante establecer unas líneas claras de autoridad y responsabilidad en las que exista una estructura organizacional clara pero que a su vez permita la creatividad y autonomía. Dentro de la organización es de vital importancia que se controle el nivel de estrés de los trabajadores, revisando también las horas extras que pueden estar realizando y llevar a cabo análisis adecuados del clima laboral existente, permaneciendo atentos a tensiones entre trabajadores promoviendo los vínculos sociales en el clima laboral.

5 Discusión-Conclusión

En la sociedad actual cada vez se está dando más importancia a las enfermedades mentales y a las consecuencias que acarrean, ya que implican importantes costes para todo el sistema sanitario en forma de bajas o ausencias provocadas por los cuadros de ansiedad, estrés o agotamiento que sufren los profesionales en el marco del desempeño de sus tareas en el puesto de trabajo. Es por eso que, la Organización Mundial de la salud ya reconoce el síndrome de burnout como una enfermedad profesional incluyéndolo así entre los principales problemas de salud mental que se están dando y, aunque en España la ley no se ha adaptado todavía a la nueva legislación, es necesario seguir dando a conocer el alto porcentaje de trabajadores y profesionales que sufren un desgaste y agotamiento en su puesto de trabajo, dando visibilidad en este aspecto y proponiendo medidas encaminadas no solo a mitigar los efectos del síndrome de burnout sino también a evitarlo.

6 Bibliografía

1. Un poco de historia sobre el burnout http://revista-ideides.com/un-poco-de-historia-sobre-el-burnout-nuevo-2016/
2. 2.El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas preventivas http://www.integraorg.com/wp-content/docs/El%20sindrome%20de%20burnout,%20sintomas,%20causas%20y%20medidas%20de%20atencion%20en%20la%20empresa.pdf
3. La OMS reconoce el síndrome de burnout como enfermedad profesional https://www.grupo2000.es/la-oms-reconoce-el-sindrome-de-burnout-como-enfermedad-profesional/#::text=%C2%BFReconoce%20Espa%C3%

B1a%20el%20s%C3%ADndrome%20de,el%20cuadro%20de%20enfermedades%20profesionales.
4. Estos son los trabajos con más 'burnout' o desgaste profesional https://cuidateplus.marca.com/salud-laboral/2021/04/25/son-trabajos-mas-burnout-o-desgaste-profesional-177866.html

Capítulo 29

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE AGITADO

LUCÍA FRANCO ALONSO

1 Introducción

La agitación psicomotriz se caracteriza por un aumento de la actividad motora en la persona, pudiendo ir esta desde una leve inquietud hasta llegar a que el paciente realice movimientos descoordinados y descontrolados sin que tengan y/o se encaminen a un fin determinado.
Un paciente agitado presenta un estado de ánimo variable, caracterizado por sentir una gran tristeza en un momento y cambiar a la máxima alegría en cuestión de segundos y presentar risas, llanto y gritos incontrolables.
La agitación psicomotriz suele desencadenarse de manera imprevista, teniendo su causa en la patología de base que tenga el paciente.
La agitación extrema puede representar un riesgo grave para el paciente, familiares y personal sanitario.
Esta situación precisa ser atendida de manera inmediata, siguiendo en todo momento el protocolo establecido para este tipo de situación el cual garantice la seguridad del paciente y de los profesionales.
El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe saber actuar ante este tipo de pacientes, puesto que esta patología es muy común en el ámbito hospitalaria y en los servicios de urgencias. Por ello, es fundamental que el TCAE

sepa la manera en que debe abordar esta situación, realizando una intervención correcta en el paciente y prestando unos cuidados eficaces y de calidad que contribuyan a la pronta restauración de la conducta.

2 Objetivos

Analizar la actuación que debe llevar a cabo el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería cuando tenga que prestar la atención a un paciente en situación de agitación psicomotriz.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos científicos publicados en bases de datos científicas que guardaran relación con el objetivo propuesto para este estudio. Las palabras clave utilizada han sido: agitación psicomotriz, paciente agitado, intervención, abordaje, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, actuación.

4 Resultados

Antes de que se desencadene la crisis de agitación el paciente suele estar unos días previos con una modesta inquietud y un leve estado de agitación, manifestándose con un evidente aumento de la actividad motora y verbal (signos prodrómicos). Por ello, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe saber identificar esta situación para que pueda adelantarse a los acontecimientos que se van a desencadenar y pueda prevenir esta crisis de agitación.

Una vez que la crisis se ha desarrollado y se han puesto en marcha las manifestaciones sintomáticas, será el facultativo quien valore el nivel de agresividad, inquietud e impulsividad que presenta el paciente.

Ante una agitación, las intervenciones que deben realizar los profesionales sanitarios, donde se incluye el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, están fundamentadas en una cadena seriada en la cual se irá subiendo de escalón según el paciente lo precise o se vaya fracasando en cada etapa marcada. Esta cadena se compone de:

- Distracción lúdica: es una medida útil para prevenir una crisis de agitación, favoreciendo la eliminación de energía física y mejorando el contacto social del paciente.

- Contención verbal: esta medida impide que el paciente pase a la acción, intentando restablecer el autocontrol mediante la libre expresión de emociones y pensamientos por parte del paciente pero implantando límites de conducta. Es una medida de control útil cuando la pérdida de control no es total.
- Tranquilizar con psicofármacos: es una medida coadyuvante no sustitutiva del abordaje verbal. Se utiliza cuando la contención verbal y las medidas conductuales no han servido. Esta medida es puntual y temporal.
- Aislamiento: útil cuando la agitación del paciente se desencadena por un estímulo externo. Suele ser eficaz alejar al paciente del foco y ubicarlo en un ambiente tranquilo, lo cual no significa encerrarlo en una habitación, medida la cual está totalmente contraindicada.
- Contención mecánica: media excepcional, utilizándola como último recurso cuando las demás estrategias han fracasado. Esta medida debe prescribirla un Psiquiatra o, en caso de ausencia, Enfermería. Antes de iniciar la contención hay que explicar al paciente por qué va a realizarse, advirtiéndole que es una medida terapéutica y no un castigo. Es una medida que vela por la seguridad del paciente, del resto de pacientes, de los familiares y de los profesionales sanitarios.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe saber cómo actuar en cada una de las medidas existentes para intervenir a un paciente con agitación psicomotriz.

5 Discusión-Conclusión

El paciente agitado es muy común dentro de los servicios de psiquiatría y urgencias. Por ello, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe estar perfectamente formado y cualificado para atender una agitación psicomotriz, ademas de conocer las diferentes medidas que existen para abordar esta situación y saber como actuar en cada una de ellas, las cuales van desde la mínima intervención que corresponde a una distracción lúdica hasta la máxima medida que es la contención mecánica. Estas medias se utilizarán en función del grado de agitación que presente el paciente, así como el grado de colaboración que preste el mismo para restablecer su propio autocontrol.

6 Bibliografía

1. Antolín Miguel, N. (2016). Rol de enfermería ante el paciente agitado.
2. Gallego, V. F., Pérez, E. M., Aquilino, J. S., Angulo, C. C., & Estarlich, M. C. G. (2009). Manejo inicial del paciente agitado. Emergencias, 21, 121-132.

3. Larrull, E. M., Roldán, I. M., Giménez, D. M., & González, J. N. (2015). Protocolo de actuación ante el paciente agitado. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 11(89), 5343-5347.

Capítulo 30

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN FRACTURA DE CADERA

MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI

PAULA ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA

LUCIA FERNANDEZ FERNANDEZ

ALEJANDRA ALONSO GONZÁLEZ

AZUCENA ARNIELLA ALVAREZ

1 Introducción

La fractura de cadera aparece cuando se rompe el cuello del fémur que es el que forma la articulación de la cadera, la causa más frecuente es la de un golpe, caída, o el propio desgaste de la masa ósea que es la que causa la osteoporosis en las personas mayores o ancianas.
Hay una gran incidencia de fracturas de cadera en las personas que tienen más de 65 años y la mayoría de los casos son mujeres. Las personas mayores son las que tienen mayor incidencia en este tipo de fracturas, ya que toman mucha medicación y los huesos tienden a debilitarse con el paso de los años y se les produce osteoporosis, tienen mala visión y esto produce las caídas, pierden equilibrio y

tienen mayor probabilidad de tropezar y caer. La fractura de cadera siempre necesita hospitalización, se debe de realizar unos RX para poder valorar la fractura y realizar la intervención quirúrgica y seguidamente necesita fisioterapia para su recuperación, en ocasiones la mayoría de personas vuelven a caminar, aunque tienen miedo, pero con ayuda de apoyo comienzan a caminar poco a poco hasta poder caminar bien, pero en cambio otro tienen tanto miedo que dejan de caminar y se convierten en personas encamadas.

2 Objetivos

Identificar y analizar los diagnósticos de autonomía en los pacientes intervenidos de fractura de cadera y la ayuda del TCAE.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados de pacientes con fracturas de cadera, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: patología, cuidados, cadera, traumatología, fractura, anciano, etc.

4 Resultados

La fractura de cadera en la mayoría de personas reducen independencia en las personas mayores, incluso disminuye la expectativa de vida, una vez se han caído y han sido intervenidos cogen miedo a volver a caminar o a volver a caerse y dejan de caminar. Aunque en otros casos las personas mayores se recuperan y vuelven a caminar y a seguir sus hábitos de vida. Los riesgos que se pueden producir en la complicación de las fracturas de cadera es la luxación protésica, y para evitarla se deben seguir unas pautas de cuidado, como evitar la flexión de cadera superior a 90º, sentarse en asientos altos y duros, no cruzar las piernas y evitar obstáculos que nos puedan hacer caer.

Además, las personas que tuvieron una factura de cadera corren un riesgo elevado de que sus huesos se debiliten y como consecuencia puedan caerse más a menudo, lo que representa un riesgo considerablemente mayor de tener otra fractura de cadera.

Las personas con fracturas de cadera tienen un mayor riesgo de que sus huesos se debiliten, por lo que pueden caerse con más frecuencia, lo que las pone en un riesgo significativamente mayor de sufrir otra fractura de cadera.
Un modelo funcional de salud de la evaluación de la atención de los pacientes ingresados por una fractura de cadera dentro de las primeras horas después de la admisión. Los auxiliares de enfermería evaluaron las necesidades básicas de enfermería al ingreso mediante la escala de Barthel.
La Escala de Barthel:
Cuando el paciente ingresa valoramos y registramos si es autónomo o encamado, o necesita ayuda para realizar las actividades como ir al baño, comer, vestirse o desvestirse, etc.
La planificación estandarizada de los cuidados implica poner en marcha un plan de actuación que los profesionales de enfermería realizan sobre los pacientes en diferentes momentos, marcando lo que queremos conseguir y las intervenciones a realizar. Diariamente durante la estadía del paciente en el hospital.
1. Programa de atención estandarizado: fractura de cadera. Evaluar patrones de salud funcional. Valoración del riesgo de UPP al ingreso. Escala Norton (Enfermera). Evaluación de la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria: aplicación de la escala de Barthel (Auxiliar de Enfermería) a la planificación estandarizada de cuidados.
2. Objetivo de alta: Abandono de piel intacta Reposo en cama Intervenciones clave para auxiliares de enfermería: Atención al paciente encamado Prevención de úlceras por presión (upp).

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir las fracturas hay que realizar una valoración clínica que determine la causa de algunas caídas:
1. Evaluación del estado mental.
2. Revisión de la medicación administrada al paciente Tratamiento de la osteoporosis.
3. Evaluación visual y su corrección si es posible
4. Evaluación de la marcha y de los trastornos del equilibrio.
5. Provisión de dispositivos que apropiados para caminar más seguro.
6. Evaluación y corrección de los riesgos en el interior de la casa que propicien caídas.
La fractura de la cadera es la causa más frecuente en personas mayores o ancianos y sobre todo en la estancia hospitalaria porque tienen que ser intervenidos,

En la atención que se le ofrece en el hogar el cuidador debe de aprender a movilizar a este tipo de pacientes, para realizarlo con la técnica adecuada y no dañar al paciente que ya ha sido operado y tiene que recuperarse.
El tratamiento es generalmente quirúrgico y su objetivo es reparar o sustituir hueso roto.
La mortalidad se encuentra entre el 5% y el 10% de la fractura y del 30% transcurrido 1 año.
Es de esperar alguna pérdida de capacidad funcional a nivel de la cadera en la mayoría de los pacientes. Es necesario iniciar la aplicación de un programa multidisciplinar de rehabilitación antes de que el paciente vuelva a casa.

6 Bibliografía

1.Goulet JA. Hip dislocations. In: Browner BD, Jupiter JB, Krettek C, Anderson PA, eds. Skeletal Trauma: Basic Science, Management, and Reconstruction. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 52.
2.Leslie MP, Baumgaertner MR. Intertrochanteric hip fractures. In: Browner BD, Jupiter JB, Krettek C, Anderson PA, eds. Skeletal Trauma: Basic Science, Management, and
3.Schuur JD, Cooper Z. Geriatric trauma. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 184.
4.Weinlein JC. Fractures and dislocations of the hip. In: Azar FM, Beaty JH, Canale ST, eds. Campbell's Operative Orthopaedics. 13th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:chap 55.

Capítulo 31

ENFERMEDADES NOSOCOMIALES

NOELIA MARTINEZ LOBETO

1 Introducción

Las enfermedades nosocomiales son las infecciones contraídas durante un ingreso hospitalario y que no se tenía constancia de ella ni durante el periodo de incubación ni durante los ingresos. Debutan a las 48 horas del ingreso de un paciente y son las denominadas infecciones nosocomiales. Estas infecciones no solamente se dan en paciente ingresados sino que también se manifiestan en personal sanitario e incluso en los visitantes. Estas infecciones en si acarrean un gasto económico mayor puesto que aumentarían la hospitalización del paciente y con ello aumentaría el gasto de materiales para la recuperación total del paciente. Se cree que está relacionado con los procedimientos invasivos pero también hay que hacer mención del huésped. La inmunodepresión, así como las infecciones respiratorias, cirrosis hepáticas y demás enfermedades favorecen la colonización de la bacteria por las diversas vías y por lo tanto la llamada infección nosocomial. Por todo ello es de vital importancia la investigación epidemiológica para paliar el impacto que estas enfermedades llevan consigo, y así aportar hoy día unos datos estadísticos menores a los que nos hemos ido enfrentando a lo largo de estos años. y así reducir la mortalidad, la carga financiera en los pacientes, familias y sistema médico.

2 Objetivos

Resaltar la importancia de la prevención de las enfermedades nosocomiales a partir de la descripción de un caso clínico.

3 Caso clínico

Ingreso de paciente en la unidad de cuidados intensivos y por el cual presenta un cuadro clínico con diarrea, dolor y el abdomen distendido. Se le ponen sueros para tratar el desequilibrio de líquidos y se le siguen haciendo pruebas sin mucho resultado, puesto que comienza con un empeoramiento y la aparición de sangre en heces y por consiguiente una sepsis. Con los resultados del coprocultivo realizado, arroja un resultado de salmonella aislada, se comienza con tratamiento y con el se comienza una notoria mejoría y un seguimiento que finaliza con el alta hospitalaria puesto que los hemocultivos realizados anterior y posteriormente también ofrecían un cambio ante el cuadro clínico inicial que también terminaban por dar un resultado positivo.

La gastroenteritis por la llamada salmonela se contrae por ingerir alimentos mal cocinados o agua en mal estado, también por deshechos de animales contaminados. Los síntomas más comunes son vómitos, dolor abdominal, fiebre, malestar, cefaleas… y la gravedad de todos ellos dependerán del paciente en sí, por todo ellos son más vulnerables los niños menores de 5 años, los abuelos, y las personas inmunodeprimidas.

El tratamiento especificó para tratar la salmonela aislada generalmente arroja buenos resultados siempre y cuando no deriven a una complicación en los casos de pacientes más vulnerables, y se procede al control de vómitos, a la reducción del dolor y la desaparición de diarreas equilibrando el organismo de todos los elementos necesarios.

En este caso clínico se había desencadenado una sepsis y por ello se hizo uso de antibióticos puesto que es de los casos más graves y con un alto riesgo de mortalidad. Para todos estos casos es fundamental el lavado de manos e higiene antes de la manipulación de alimentos que previamente puedan ser cocinados antes de ingerirlos.

4 Discusión-Conclusión

La OMS (organización mundial de la salud) tiene como principal objetivo reducir y evitar los contagios de las enfermedades producidas por estas infecciones y crea un programa para llevar a cabo las acciones a realizar: Lavados frecuentes de manos así como uso de guantes y una asepsia total, desinfección y esterilización tanto de los habitáculos como de la ropa.

Es fundamental la utilización de ropa protectora adecuada equipándose de batas, mascarillas, calzado, guantes y una buena higiene personal así como la asepsia

en materiales. También es necesario el aislamiento del paciente, monitoreo, control y protección mediante antibióticos, alimentación y cuidados. Y por ultimo el control de brote.
Las infecciones nosocomiales son por tanto factores que prolongan la estancia de un paciente en el área hospitalaria, y acrecentar el impacto económico en muchos niveles llegando a desembocar la muerte. Por ello es de vital importancia que se siga investigando sobre las infecciones nosocomiales para que siga existiendo un control cada vez mayor hasta llegar si fuera posible al completo control de infecciones.
Comenzando por el estudio, la prevención y los tratamientos necesarios para combatir estas infecciones que con el paso del tiempo terminan por hacerse resistentes a los fármacos y sobre todo para mantener el control de cualquier posible plaga.

5 Bibliografía

https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-epidemiologia-general-infecciones-nosocomiales-sistemas-S0213005X13000025
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332010000200009
https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sepsis-por-salmonelosis-de-origen-abdominal-a-proposito-de-un-caso/
https://postgradomedicina.com/infecciones-nosocomiales-tipos-causas/

Capítulo 32

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES PROFESIONALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

LAURA MORAGA MARTÍNEZ

MARÍA JOSÉ

MARÍA DEL PILAR REYES VACAS

ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ

ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ

1 Introducción

Una emergencia médica se refiere a la manifestación repentina de un problema de salud grave y diversas causas que requieren atención médica urgente. Un grupo de trabajo que se hace en una emergencia, está muy bien coordinado y cada integrante entiende perfectamente su función. Los Técnicos de Apoyo a la Enfermería (TCAE) y otros miembros del personal forman un equipo que cuida a los pacientes hasta que son dados de alta o trasladados al servicio. Los técnicos de atención de apoyo (TCAE) tienen diferentes roles según el servicio con el que hacen su trabajo. Se puede decir que el servicio de ambulancias hospitalarias es un campo de convergencia de todas las funciones, pues este es el lugar de contacto

de todo tipo de enfermedades. Y pacientes de todas las edades. Entonces este es el lugar perfecto para poner en práctica todos tus conocimientos. Inicialmente, en urgencias, el paciente ingresó en TCAE tras hospitalización y ablación. Te identifica y localiza, brindándote la comodidad que necesitas en todo momento manteniendo tu privacidad. Para valorar la necesidad, lo primero que debe fijarse el profesional sanitario es si el paciente es autosuficiente y distante. Si no es así, entonces se debe determinar su grado de dependencia para satisfacer mejor sus necesidades, ya que el papel de los TCAE es, si cabe, aún más importante para los pacientes con adicción total o parcial. Esto se debe a que con mucho tiempo en servicio es necesario monitorear la aparición de úlceras por presión (UP). Para ello, cuando el paciente ingrese a la sala de emergencias, examine la piel en busca de lesiones y, si las hubiera, notifique a la enfermera responsable.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Determinar las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en los pacientes que ingresan en el servicio de urgencias del hospital.

Objetivos secundarios:
- Dar visibilidad al papel tan importante que desempeña el TCAE en el equipo multidisciplinar del área de urgencias de un hospital.
- Ser capaces de identificar los principales materiales e infraestructuras específicas del servicio de urgencias.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión ortográfica y bibliográfica basada en una búsqueda activa de literatura científica en las diferentes bases de datos como PubMed, Medline o Google Académico. Así como artículos publicados en diferentes revistas de ámbito científico.
Las palabras clave han sido: funciones TCAE, tareas TCAE, y personal de urgencias.

4 Resultados

El TCAE es el especialista más cercano a las necesidades fisiológicas del paciente y es responsable de diversas funciones, como la toma de muestras de esputo,

orina, vómito o heces, así como la monitorización del volumen y los fluidos. En la sala de emergencias, van a experimentar muchas enfermedades por diferentes causas, por lo que es necesario contar con rigurosos procedimientos estandarizados para implementar ciertos y específicos enfoques para cada persona en el hospital. La función de TCAE es preparar tanto al paciente como al material para su uso durante la cirugía. Materiales específicos para cada técnica. Además de la cooperación con la enfermera y el médico responsable de este procedimiento. No solo preparará el material, sino que también se encargará de limpiarlo y enviarlo al servicio de esterilización; así como será responsable de tomarlo y ordenarlo a su llegada, teniendo en cuenta los materiales contenidos en cada una de las infraestructuras que conforman el servicio de ambulancia y ambulancia del hospital. Una de sus otras competencias en la serie es revisar toda la documentación del pit, asegurándose de que todo funcione correctamente y, de no ser así, tiene que documentar los problemas preexistentes. Los Técnicos de Cuidados Auxiliares están involucrados en la administración de preparaciones orales y rectales, así como en la limpieza de dispositivos de enema. Junto con el personal médico, medirán los signos vitales realizando los registros correspondientes. TCAE es responsable del electrocardiograma, si es necesario. Asociarse con todos los profesionales de la salud en el manejo adecuado de los desechos médicos, enfatizando la importancia de la eliminación de desechos y siendo conscientes de los riesgos involucrados. El Técnico de Cuidados de Apoyo será el responsable de informar a los pacientes y sus acompañantes las normas en cuanto a números de acompañantes, horarios de visita, horarios y lugares de atención. Cuando el paciente tratado es dado de alta, el TCAE debe controlar el alta, recogiendo todos los materiales usados si es necesario, dejando así el box listo para el siguiente paciente. Es importante que el terapeuta mantenga un contacto regular con la enfermera, participando juntos en el plan de cuidados del paciente. Por tanto, el TCAE colaborará en todas aquellas actividades, aunque no como profesional sanitario, para facilitar el desempeño de las funciones de los miembros del equipo, siempre que no se opongan a lo dispuesto en la normativa marco.

5 Discusión-Conclusión

La eficacia del equipo multidisciplinar que trabaja en el servicio de urgencias determina la evolución posterior de los pacientes con patología médica urgente ingresados en el hospital. Cada miembro del equipo, desde el personal de limpieza hasta el personal administrativo, es importante y necesario para trabajar con eficacia. Para facilitar el aprendizaje se requiere una combinación de criterios y

protocolos. De esta forma, se simplifica la estancia del paciente, se evitan posibles errores, dando lugar a la protección frente a las reclamaciones que puedan surgir en caso de incumplimiento de lo dispuesto. Todo socorrista, como cualquier otro profesional sanitario, debe guardar el secreto profesional. Esta enfermedad se acompaña de deterioro físico y mental. Debido a la cercanía con el paciente, es importante que el TCAE sea un empático que pueda infundir confianza y paz al paciente. Las funciones a gran escala de TCAE en el departamento de emergencia se pueden resumir en varios puntos citando las siguientes funciones como ejemplos:
TCAE ayudará a inmovilizar y transportar al paciente, vestir y desvestir al paciente al momento del alta y el traslado, y preparar al paciente para el examen y la evaluación de los signos vitales. Ayudará a los pacientes con la administración de alimentos y medicamentos, por vía rectal o tópica, excluyendo las inyecciones, con referencia exclusiva de la enfermera. Aquí también se colocará una pulsera identificativa para cada paciente que deba portarla durante su estancia en el centro.

6 Bibliografía

1. BOE.es - BOE-A-1995-13533 Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas [Internet]. Boe.es. [citado el 3 de junio de 2022].
Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/rd/1995/04/07/546.
2. Otero Bartolomé N, Ferrández EJ, Coto NP. Actuación del TCAE en el servicio de urgencia [Internet]. Congresosfnn.com. [citado el 3 de junio de 2022].
Disponible en: https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/02/congreso-internacional-urgencias/poster-congreso-internacional-urgencias/.2020-02-11_5e42cf800eb23_actuacindeltcaeenelserviciodeurgenci1.pdf.
3. Diseño y propuestas de mejora para el trabajo del personal sanitario en la unidad de atención al paciente crítico del Servicio de Urgencias - Repositorio Institucional de Documentos [Internet]. Universidad de Zaragoza. 2020 [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: https://zaguan.unizar.es/record/96466.

Capítulo 33

PLANTA ONCOLÓGICA Y EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LAURA MORAGA MARTÍNEZ

MARÍA JOSÉ

MARÍA DEL PILAR REYES VACAS

ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ

ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ

1 Introducción

La palabra cáncer es un término que engloba más de 200 tipos de enfermedades relacionadas entre sí, conteniendo cada uno de ellos características totalmente distintas de los demás cánceres, por lo que se les puede considerar independientes, tanto en sus causas como en su evolución y tratamiento específico.
Sin embargo, todas tienen un punto en común: Las células cancerosas adquieren capacidad de multiplicarse y diseminarse. Cuando se alteran los mecanismos de control de la división celular en una célula, esta y sus células hijas comienzan a dividirse incontrolablemente, dando lugar con el tiempo a la aparición de un tumor o nódulo, pudiendo ser de dos tipos:
1. Benigno: las células que constituyen el tumor no poseen la facultad de diseminarse, infiltrarse, ni invadir otros tejidos.

2. Malignos: las células del tumor aumentan sin control, sufriendo nuevas alteraciones y adquiriendo en consecuencias la facultad de invasión, que conoce como metástasis. Las características de este tumor son las siguientes:
- Displasia: los mecanismos de regulación son incapaces de controlar su división, las células proliferan en exceso, y pueden dar lugar a bulto.
- Neoplasia: las células dejan de comportarse como deberían, para adquirir la configuración del tumor maligno.
Capacidad de invasión: las vías más comunes de extensión son:
- Propagación local y Propagación a distancia.
- La evolución de cada cáncer está sometido a varios factores, que se relacionan entre sí, y dependerán tanto del tipo de tumor como del paciente.

2 Objetivos

Describir la comprensión de la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento del cáncer, logrando de esta manera una mejor asimilación en los procedimientos que se deben realizar de acuerdo a los distintos escenarios y resultados posteriores al examen.

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 paciente oncológico es diagnosticado con cáncer sufre unos cambios tantos físicos, estos son notables a largo plazo, psicólogos con un alto porcentaje de preocupación y de sentimiento de culpa en muchos casos.
Actualización del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con un paciente oncológico.
El paciente oncológico es una persona que constantemente está sufriendo cambios debido a las variaciones que sufre durante su enfermedad, el técnico en cuida-

dos auxiliares de enfermería debe de brindarle apoyo tanto a él como a su familia en cualquier ámbito que requiera el psicólogo es el más importante.
Es muy importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería conozca el funcionamiento de todos los servicios por los que pasa un enfermo oncológico.
En el servicio de consultas oncológicas el técnico en cuidados auxiliares de enfermería recibe al paciente, le toma las constantes, el peso y posteriormente, lo pasa con el médico, también se encarga de recibir llamadas de otros pacientes, preparar las consultas y recoger pedidos en la farmacia prescritos por el médico oncólogo.
En el hospital de día los pacientes van a recibir los tratamientos de quimioterapia, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería los sitúa en sillones o en camillas dependiendo de la situación del enfermo. Se repondrán las dependencias de ese servicio y se ayudará a la enfermera en lo oportuno.
En la zona de radioterapia el técnico en cuidados auxiliares de enfermería realiza el acompañamiento del enfermo oncológico, le ayuda en las tareas que él no pueda realizar por sí mismo y necesite de su ayuda, así como la higiene si fuera precisa.
Para el diagnóstico y la observación de pacientes durante y después del tratamiento. Las concentraciones altas o bajas de algunas sustancias pueden ser signos o efectos secundarios del tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Para trabajar en el servicio de oncología, se necesita tener una mentalidad fuerte y una gran capacidad de conocer a cada paciente para ayudarle en todo lo que sea posible o necesite de tu ayuda, de la forma más rápida posible.
Es una enfermedad causada por una mutación de genética de ADN de alguna célula.
Menos de la mitad de los pacientes con cáncer avanzado son candidatas a cirugía a pesar de haber recibido quimioterapia.
La quimioterapia adyuvante se recomienda en estadio III.
No existe una quimioterapia standard en segunda línea.
El beneficio de la quimioterapia adyuvante en los estadios iniciales de riesgo intermedio alto y alto riego está todavía por definir.

6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.

2. https://medlineplus.gov/spanish/.
3. https://www.scielo.org/es/

Capítulo 34

CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO PARA TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

LAURA MORAGA MARTÍNEZ

MARÍA JOSÉ

MARÍA DEL PILAR REYES VACAS

ROSARIO ROMERO JIMÉNEZ

ROCÍO ZÚÑIGA MARTÍNEZ

1 Introducción

El desarrollo y la implementación del modelo de asistencia comunitario impulsado por diferentes planes de reforma psiquiátrica, exige la responsabilidad de revisar y actualizar dicho modelo, para así mejorar la calidad asistencial, demandada por el servicio de salud mental, diversificando los dispositivos y prestaciones, así como un mayor aumento de los recursos humanos e infraestructuras, para poner a disposición de la atención y calidad integral, cuidados y tratamientos adecuados al paciente psiquiátrico, que abarca tanto, al que permanece institucionalizado como al que vive en comunidad y hace una vida en sociedad, con las ABVD lo más normalizadas posible. La estimación de recursos necesarios para una atención de calidad a los problemas de salud mental es una tarea compleja

que debería poder derivarse de los mejores datos acerca de la efectividad y eficiencia sobre la organización de servicios, dispositivos e intervenciones terapéuticas y profesionales, en función de los estudios de prevalencia geográfica de las distintas patologías mentales. Existe un crecimiento desigual de dichos recursos por poblaciones, que pone de relieve las disponibilidades presupuestarias, que condicionan los programas y la dotación de medios que se despliegan en cada comunidad, en función de dichos presupuestos y que redundan en beneficio o perjuicio, en definitiva, del enfermo mental y de la calidad asistencial.

2 Objetivos

- Describir los cuidados asistenciales en un recurso en salud mental.
- Analizar los cuidados al paciente psiquiátrico en el ámbito de enfermería y Técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para el desarrollo del actual trabajo, se ha efectuado una revisión bibliográfica relacionada con el ámbito de salud mental y de enfermería, en artículos de Scielo, Dialnet, así como Google y Medline. Utilizando términos de inclusión y palabras claves que incluyen: Paciente psiquiátrico, salud mental, dispositivos, comunidad, ámbito, entre otros.

4 Resultados

El equipo de enfermería teniendo como principal característica brindar y gestionar el cuidado, es decir conservar la vida, asegurando la satisfacción de las necesidades, permanente en el proceso asistencial, se destaca el grado de responsabilidad en el desarrollo de la cualificación profesional y da como resultados, una magnífica calidad asistencial al paciente psiquiátrico que redunda en beneficio de este y que va en consonancia con los instrumentos que se despliegan en los servicios de salud mental y en el ámbito psiquiátrico en general. Teniendo en cuenta que dicho equipo de enfermería, concretamente los técnicos, se ven sometidos a situaciones estresantes, tanto en centros asistenciales, como en el ámbito domiciliario y social, con la motivación intrínseca, que esto supone, de preservar la vida y evitar el sufrimiento, puede muchas veces dejar de lado su propio autocuidado, para brindar y reforzar herramientas a sus usuarios. Al estar presentes de una

forma constante ante el padecimiento del enfermo mental, se ven sometidos a una presión emocional y estrés continuo. Por ello las estrategias y recursos óptimos redundan y cubren las necesidades propias exigidas por los servicios. La relación con el paciente conlleva una interacción, de confianza, compromiso y respeto. La integración de los sentimientos compartidos, establece la posibilidad de dar o recibir ayuda. Se enfatiza en la integración de emociones y acciones en el encuentro, de tal manera, que la comunicación equipo de enfermería-persona, es cualitativamente diferente a un encuentro sin cuidado, desde esta perspectiva la interacción profesionales-paciente es la esencia del cuidado. Consecuentemente a estos principios, un despliegue de recursos adecuados, al alcance de los trabajadores de salud mental, redunda en beneficio de ellos y por ende en los pacientes psiquiátricos que se alimentan de los mismos, dando como resultado una mejora en su calidad de vida y bienestar psicológico.

5 Discusión-Conclusión

Los recursos humanos y la red de dispositivos ubicados en la comunidad, configuran el pilar de una asistencia a la salud mental basada en el modelo comunitario. Una adecuada dotación de profesionales y una amplia red de dispositivos comunitarios, suficientemente dotada de plazas para atender las necesidades presentadas por la población, particularmente por las personas con trastorno mental grave, es imprescindible para una atención de calidad en consonancia con la demanda y necesidades que precisa cada región y por añadidura, específicamente, los pacientes psiquiátricos que en ella residen. El papel que desempeña el equipo de enfermería es crucial en la mejora de una vida digna y más gratificante para el enfermo que padece una enfermedad o trastorno mental, que condiciona su vida de forma cuantificable.

6 Bibliografía

1. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUDMENTAL.SNS/PAG_WEB.
2. Bravo Ortíz, MF. (coord.) Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuadernos Técnicos, 4.Madrid

Capítulo 35

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PRIMEROS AUXILIOS

ANA MARIA ESCALANTE LORENZO

SANTA VIRGINIA ZAMBRANO ZAMBRANO

RAQUEL ABALO FERNANDEZ

ROSA ELENA MARTIN FERNANDEZ

LETICIA PRIETO PEREZ

1 Introducción

Los primeros auxilios son los cuidados inmediatos que realizamos a una víctima que acaba de tener un accidente o enfermedad repentina. Estos cuidados son de vital importancia, ya que los primeros auxilios que reciba van a ser muy importantes tanto para su recuperación como para las posibles secuelas que puedan aparecer.

Nos podemos encontrar con una persona que necesita que le prestemos ayuda en cualquier situación de la vida cotidiana, por eso es importante tener los conocimientos necesarios para ello, ya que una mala praxis podría tener una repercusión muy importante para la vida del paciente.

Los primeros auxilios se pueden clasificar en dos tipos:

- Primeros auxilios emergentes: la vida de la víctima corre serio peligro.

- Primeros auxilios no emergentes: no existe un peligro de mucha magnitud en la que corra peligro la vida de la víctima.

Ante cualquier accidente lo primero que deberemos realizar es llevar a cabo el protocolo PAS (proteger, avisar y socorrer) para que la situación no derive en más riesgos ni para la víctima ni para nosotros mismos. Deberemos mantener la calma, actuando de la manera más rápida y eficaz posible para que cuando lleguen nuestros compañeros del 112 la situación esté lo más controlada posible.

2 Objetivos

El principal objetivo en esta comunicación es saber cuáles son los primeros auxilios que deberemos de realizar ante una víctima de cualquier accidente o enfermedad repentina.

3 Metodología

Para la realización de esta comunicación se ha llevado a cabo una selectiva búsqueda a través de diferentes plataformas online y revistas científicas usando los siguientes descriptores: primeros auxilios, protocolo PAS, importancia de los primeros auxilios y cómo actuar ante un accidente.

4 Resultados

Los primeros auxilios son los primeros cuidados que se le realizan a cualquier persona que acaba de tener un accidente o una enfermedad repentina. Son muy importantes, ya que pueden salvar la vida de la víctima y reducir las posibles secuelas derivadas del accidente o la enfermedad.

El principal objetivo de estos primeros auxilios el salvar la vida de la víctima, pero también evitar posibles complicaciones psicológicas.

Cuando nos encontramos ante una situación así es muy importante mantener la calma, actuar de una manera rápida y eficaz dando confianza y calma al accidentado. Llevaremos a cabo el protocolo PAS:

- Proteger: debemos de protegernos tanto a nosotros mismos como a la víctima de poder sufrir cualquier otro peligro.
- Avisar: una vez que estemos todos protegidos, llamaremos al 112 para dar aviso y que vengan a ofrecer su ayuda.

- Socorrer: ayudaremos a salvaguardar la vida de la víctima. Deberemos de mirar si la persona presenta signos vitales, si está consciente o no, si existe alguna hemorragia visible… solo se realizará lo estrictamente imprescindible para la vida de la víctima y cuando no exista conocimiento no le realizaremos algo que pueda empeorar aún más su vida. A no ser que la vida del paciente esté en serio peligro, para él o para los demás, no se movilizará al paciente hasta saber bien cuál es su estado general. En todo momento se le intentará dar la calma a la víctima y no se le dejará solo en ningún momento.

Existe una clasificación de los primeros auxilios en la que podemos clasificarlos en dos tipos:

- Primeros auxilios emergentes: existe un gran peligro para la vida de la víctima.
- Primeros auxilios no emergentes: la víctima tiene un problema, pero no corre especialmente riesgo su vida.

5 Discusión-Conclusión

Los primeros auxilios son muy importantes y se debería de propagar mucha más información sobre ellos, no solo para los sanitarios, sino también para todo el mundo, ya que una situación en la que una víctima necesite ayuda te la puedes encontrar en cualquier momento de la vida cotidiana. Es muy importante saber unas nociones básicas que podrían salvar la vida de la víctima y minimizar las posibles secuelas derivadas de dicho accidente o enfermedad.

Es muy importante realizar los pasos de proteger, avisar y socorrer, ya que de ello dependerá que podamos controlar la situación sin que esta derive en que puedan aparecer más problemas tanto para la víctima como para el resto de personas allí presentes.

6 Bibliografía

Pérez, A. O., Vargas, F. D., & Barranco, M. A. (2001). Primeros auxilios. Editorial Universidad de Antioquia.

Angel, G. (1986). Primeros auxilios.

Capítulo 36

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL USO Y MANTENIMIENTO DE LAS AYUDAS TÉCNICAS JUNTO CON EL PACIENTE

MARÍA DEL JUNCAL MÁRQUEZ DELGADO

1 Introducción

La OMS califica el término discapacidad como una ausencia o restricción de la capacidad de realizar una actividad de forma autónoma que cualquier otro ser humano puede llevar a cabo sin incidencias ni complicaciones. Las ayudas técnicas son dispositivos de apoyo que una persona con cierto grado de minusvalía utiliza para realizar más fácilmente sus ABVD. Estos productos de apoyo compensan y la vez reducen las limitaciones y restricciones que una deficiencia física puede llegar a ocasionar. Para determinar de manera eficaz que ayudas necesita cada individuo, se recurre a la figura del terapeuta ocupacional. Es él quien valora que paciente necesita un tipo de ayuda u otro. Las circunstancias físicas de los pacientes con problemas de movilidad u otra patología de tipo incapacitante, cambian y fluctúan constantemente, por ello se necesita del asesoramiento específico de un especialista en el tipo de discapacidad, para que evalúe y confirme las complicaciones añadidas y así pautar nuevas medidas de dispositivos de apoyo a las ABVD. Este profesional planifica dichas ayudas técnicas y evita errores y gastos innecesarios, aportando lo más importante, calidad de vida al paciente. En

el momento que cada paciente tiene asignada su tipo de ayuda, sobre todo en el ámbito geriátrico, es el TCAE, quien juega un papel muy importante, ya que este se encarga de que todo lo relacionado en torno a las ABVD del paciente esté en correcto estado de funcionamiento y mantenimiento y listo para satisfacer las necesidades del usuario.

2 Objetivos

Determinar la actuación del TCAE en la interacción del paciente y las ayudas técnicas.
Analizar el resultado de la colaboración interacción paciente-TCAE

3 Metodología

Se ha realizado una recogida de datos y análisis del CIF (clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad) del CERMI (comité español de representantes de personas con discapacidad) del INE (instituto nacional de estadísticas) y de varias páginas web (Scielo, lilacs, Pubmed) con el operador boleano AND y como criterio de inclusión toda persona con algún tipo de discapacidad y criterio de exclusión residentes no censados o registrados en instituciones geriátricas.

4 Resultados

Datando al año 2008 en España se sumaban cifras de 3,8 millones de discapacitados, casi el 9% de la población. La edad media era de 64 años y más acusado en mujeres que en hombres. En 3,3 millones de hogares de España residía al menos una persona con discapacidad, es decir, un 20%. Los problemas de discapacidad más frecuentes son: de articulación un 39,3%, de oído un 23,8%, visuales un 21% y mentales un 19%. El INE tiene provisto actualizar estos datos para el año 2021, ya que no se revisan desde la contabilidad de 2007 y publicado en 2008. El 3 de Diciembre se celebra cada año el día internacional de las personas con discapacidad. Los resultados de la práctica del TCAE son efectivos en un 100% de la praxis. Todos aquellos pacientes que precisan de las ayudas técnicas realizan sus ABVD sin incidencias y con la máxima fluidez posible, haciéndoles sentir independientes y colaboradores. Tras esta independencia se encuentra la figura del TCAE, el profesional que prepara y mantiene todos los accesorios y aparataje

que el paciente precisa para su autonomía. En el aseo coloca el WC elevador, rellena el dispensador de jabón del cepillo telescópico de baño, secador de pelo ergonómico, silla geriátrica de baño. Si el paciente lo precisa, grúa, sarita o tránsfer. Al pie de cama el calzador, dispositivo para poner los calcetines, pinzas telescópicas para asir las cosas que se le pueden caer al suelo. Si el paciente utiliza silla de ruedas para deambular, se le ayudará en el pase. Recarga de baterías de los dispositivos de movilización. Si el paciente es portador de férulas protésicas, estas se deben mantener en perfecto estado de uso, y, si es necesario, ayudar al paciente a colocárselas. Se deja a mano el cepillo para limpiar la prótesis dental o lavar la boca.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito geriátrico la colaboración del personal auxiliar es básica y primordial, forma parte del día a día de los pacientes. Las ayudas técnicas mejoran la calidad de vida de las personas con grados de minusvalía, y los recursos humanos también. Haciendo conciencia de lo necesario para la autonomía de los pacientes, es el auxiliar quien siempre aparece en primera persona a pie de problema y solucionando cualquier barrera que el paciente pueda sufrir: física, mental, arquitectónica. Es de suma importancia que las personas conozcan la labor de los técnicos auxiliares, para que se les valore como la ayuda humana que impulsa a cada individuo a mejorar y superarse cada día.

6 Bibliografía

www.asemgalicia.com
www.ceapat.es
www.scielo.es
www.lilacs.org
www.cermi.es
www.cif.org

Capítulo 37

VÍA AÉREA COMPLICADA

MARÍA DEL JUNCAL MÁRQUEZ DELGADO

1 Introducción

Se define Vía Aérea Difícil, como la necesidad de tres o más intentos para conseguir la intubación oro traqueal o más de 10 minutos por una persona entrenada, diríamos que es aquella intubación en la que un profesional experimentado presenta cierta problemática y riesgo a la hora de aislar la vía aérea.
Diversas estrategias y guías para el manejo de la vía aérea han sido publicadas por sociedades americanas, germanas, francesas, canadienses, italianas y la más reciente por la Difficult Airway Society del Reino Unido, sin embargo, Norskov publicó un estudio en el año 2015 realizado en 188064 pacientes en Dinamarca, a los que valoró la vía aérea de forma preoperatoria y del que se extraen conclusiones decepcionantes sobre la capacidad de los métodos habituales o clásicos en la detección de la dificultad de las Vías respiratorias difíciles.
El equipo de enfermería que trabaja en quirófano debe conocer las diferentes situaciones que se pueden presentar con respecto a la vía aérea del paciente durante el periodo operatorio, así como ser capaces de identificar a los pacientes susceptibles de complicaciones, situaciones de urgencia y la actuación requerida para cada tipo de problema que pueda surgir.
Se considera intubación traqueal difícil la situación en la que (de forma independiente a la laringoscopia difícil):
-Son necesarios múltiples intentos o más de un operador.
-Es necesario usar un fiador o un introductor de tubo traqueal (FROVA) para facilitar la intubación traqueal.
-Se necesita un dispositivo de intubación alternativo.

2 Objetivos

- Explicar cómo se maneja una vía aérea difícil y determinar las diferentes opciones de abordaje para las complicaciones que puedan surgir en la técnica.

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.
Encontramos un total de 422 artículos en inglés y español relacionados Con las palabras clave: Vía aérea difícil, de los cuales seleccionamos 9 artículos científicos que reúnen las condiciones necesarias para ser tenidos en cuenta en nuestra revisión bibliográfica
Se usan las palabras clave: VÍA AÉREA DIFÍCIL, DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS,
INTUBACIÓN FIBROSCOPIO.

4 Resultados

La incapacidad para manejar la vía aérea representa el 30% de las muertes relacionadas con la anestesia.
Todo paciente sometido a una intervención quirúrgica programada, debe ser sometido a una visita a la consulta de anestesia. Donde se valorará la situación personal de cada paciente, revisando: antecedentes personales, pruebas complementarias realizadas, etc.
Los grados III y IV de Mallampati (84%) y la extensión limitada del cuello (99%) mostraron elevada especificidad para la predicción de la intubación difícil. Otros factores asociados fueron la micrognatia, la apertura limitada de la boca y los dientes con anormalidades anatómicas.
Complicaciones mayores 104 (34)
Parada cardiorrespiratoria 5 (2)
Alteración respiratoria 50 (16)
Alteración hemodinámica 14 (5)

El hecho de no poder intubar a un paciente tiene solución mientras pueda ventilarse con normalidad, sin embargo, si no podemos ventilar al enfermo de la forma que sea, el pronóstico puede ser letal.
La intubación traqueal fallida puede definirse como fracaso para lograr la intubación traqueal con éxito en un plazo máximo de 3 intentos, independientemente de las técnicas que utilizan.
Con un porcentaje de presentación de 1,2% a 3,8%. A mayor grado de dificultad en la intubación, mayor es la incidencia y severidad de las complicaciones.
Es necesario usar un fiador o un introductor de tubo traqueal (FROVA) para facilitar la intubación traqueal.
El mejor predictor de una laringoscopia difícil se correspondió con la apertura bucal. Los mejores predictores para la identificación de una laringoscopia fácil, fueron la apertura bucal, Mallampati, distancia tiromentoniana y extensión Atlanto-occipital.
La evaluación de la vía aérea incluye realizar una historia, una exploración física, revisar documentación clínica y realizar tests adicionales. Basándose en la información desprendida de la evaluación de la vía aérea debe desarrollarse una estrategia para manejar cada aspecto de la vía aérea del paciente.
Para detectar una intubación difícil hay que fijarse en:
- Antecedentes Personales: Antecedentes de intubación difícil, disnea, dificultad respiratoria, ronquidos, alergias, enfermedades importantes, problemas dentarios, obesidad.
-Exploración física de cara y cuello: Apertura de la boca, anatomía de la boca y cara, alineación oral- faringe- laringe, longitud esternomentoniana, extensión cervical, movilidad de mandíbula, posición de la tráquea, presencia de tumoraciones, masas o cualquier anomalía que pudiera interferir la intubación.
Siempre que la situación lo permita es necesario establecer un plan preoperatorio de manejo, que incluya técnicas específicas y equipo ajustado a cada paciente y proceso.
Los métodos clásicos de detección de dificultad de la Vía Aérea incluyen la meticulosa revisión de la historia, comorbilidades y anestesia previas y examen físico buscando enfermedades asociadas a Vía aérea difícil.
En la mayoría de los casos, la existencia de las vías aéreas difíciles no se sospechan y no han sido diagnosticadas con anterioridad a la cirugía, por tanto es importante detectarlas para tener todas las vías abiertas a la hora de realizar una intubación.
Existen diversos factores que hacen predecir una vía aérea complicada, como pueden ser: la obesidad, SAOS, pacientes gestantes o pacientes politraumatiza-

dos.

5 Discusión-Conclusión

Es primordial que el profesional encargado de la intubación valore correcta y exhaustivamente la vía aérea del paciente para que pueda indicar las medidas preventivas y resolver adecuadamente las dificultades que se presenten.
El manejo de la Vía Aérea Difícil incluye un proceso que comienza con la valoración llevada a cabo con anterioridad a la operación y que sirve para realizar un plan adaptado al paciente y para detectar pacientes con riesgo elevado de sufrir problemas durante la anestesia, algo que no podrá comprobarse, pero sí preverse. En el momento anestésico se aplicarán las diferentes técnicas necesarias para el mantenimiento de la ventilación y seguridad del paciente.
Para ello enfermería actuará ayudando al equipo de anestesia, a realizar las técnicas anestésicas ya citadas, tendrá a punto todo el material necesario y sabrá actuar en caso de cualquier situación inesperada, demostrando control y manejo de la situación para ayudar a solventar los problemas, lo más satisfactoriamente posible. Para ello debe conocer las diferentes técnicas anestésicas tanto de intubación, mantenimiento y extubación que pueden ser llevadas a cabo en quirófano dependiendo de la operación y características del paciente.
En la actualidad no existe un método infalible, que evite con antelación todos los problemas que se pueden presentar ante una intubación. Lo que provoca que debamos conocer a fondo y tener siempre presentes, todas las técnicas y procedimientos alternativos y de emergencia, que puedan llegar a ser requeridos inesperadamente y que debemos llevarlas a cabo con la mayor brevedad posible, para solventar de forma rápida y eficaz, cualquier inconveniente relacionado con la Vía aérea.

6 Bibliografía

1. Andrade Rebeca Gonelli Albanez da Cunha, Lima Bruno Luís Soares, Lopes Douglas Kaíque de Oliveira, Couceiro Filho Roberto Oliveira, Lima Luciana Cavalcanti,
Couceiro Tania Cursino de Menezes. Difficult laryngoscopy and tracheal intubation: observational study. Rev. Bras. Anestesiol. [Internet]. 2018 Apr [cited 2020 Jan 30] ; 68(2): 168-173.
2. González del Pino Ruz Israel, Bofill Gil Pavel, Liriano González María Isabel,

Suarez Servia Osiris, Valenzuela López Ketty, Ramos Domínguez Yoania. Máscaras laríngeas. Tres décadas después. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2018 Feb [citado 2020 Ene 30] ; 40(1): 129-143.
3. Nørskov, A.K., Rosenstock, C.V., Wetterslev, J., Astrup, G., Afshari, A. and Lundstrøm,
L.H. (2015), Diagnostic accuracy of anaesthesiologists' prediction of difficult airway management in daily clinical practice: a cohort study of 188 064 patients registered in the Danish Anaesthesia Database. Anaesthesia, 70: 272-281.
4. Arteaga Iván Mauricio. Update on difficult airway management with a proposal of a simplified algorithm, unified and applied to our daily clinical practice. Rev. colomb. anestesiol. [Internet]. 2018 Mar [cited 2020 Jan 30] ; 46(1): 55-64.

Capítulo 38

LA PÉRDIDA DE MASA MUSCULAR O SARCOPENIA

DORINDA SUÁREZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

Entre las muchas patologías que conlleva la vejez, haremos hincapié en una de las más discapacitantes: la sarcopenia o pérdida de masa muscular y fuerza por la degradación de las proteínas.
Se caracteriza por la pérdida progresiva y generalizada de masa muscular esquelética y la función muscular (fuerza o rendimiento) con un mayor riesgo de mala calidad de vida, discapacidad física, caídas y debilidad frecuentes y muerte. Es un síndrome generalmente relacionado con el proceso de envejecimiento, y que está asociada generalmente a la osteoporosis, siendo dos factores que determinan la calidad de vida y la longevidad en adultos mayores.Es distinto de la caquexia, en la que el músculo se degrada a través de la degradación mediada por citoquinas, y que se da en ciertas enfermedades como cáncer o de inmunodeficiencia.
Las posibles herramientas para reducir la sarcopenia incluyen una alimentación con alimentos ricos en proteína/aminoácidos (carnes, huevo, pescado, lácteos, legumbres) y micronutrientes (vitaminas y minerales), actividad física/ejercicio de resistencia adecuado para la edad, restricción calórica, antiinflamatorios y antioxidantes. La mejora de la capacidad física durante el envejecimiento podría contribuir no solo a la prevención de la sarcopenia y la osteoporosis, sino además a la prevención de fracturas del cuello del fémur y enfermedades cardiovasculares.

2 Objetivos

Determinar el enfoque terapéutico una vez detectada la sarcopenia para reponer las proteínas necesarias.
Analizar la administración y pauta de complementos necesarios para restablecer la masa muscular.

3 Metodología

En nuestro centro de trabajo realizamos un estudio sobre 15 pacientes, todos ellos con distrofias musculares y problemas de sedestación derivados de la sarcopenia. Participaron en este estudio un médico rehabilitador, Enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE), fisioterapeutas y un equipo de nutricionistas.
Se consultaron, a su vez, la página web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, y algunas bases de datos y motores de búsqueda, como PubMed, SciELO y Dialnet.

4 Resultados

Para el tratamiento nutricional de los pacientes incluidos en este estudio, se modificó la dieta de nuestros pacientes, aportando suplementos de aminoácidos (leucina, isoleucina) e hidratos de carbono para lograr un efecto positivo en la síntesis de proteína. El ejercicio con fisioterapeutas consistió en entrenamiento de resistencia en aquellos pacientes capaces de moverse y deambular.
Diez de nuestros pacientes puestos a estudio fueron tratados con la incorporación de proteínas de alto valor biológico y ejercicios de resistencia en los casos posibles, incentivando así un aumento de la masa y fuerza muscular.
Hubo 5 pacientes que, por su comorbilidad adherida de patologías endógenas, no pudieron realizar el ejercicio físico de resistencia y solamente han sido abordados con cambios en la dieta y suplementos de proteínas, siendo su movilidad aún reducida y dependiente del equipo técnico y facultativo.
La implementación de una dieta rica en proteínas ha sido la clave para reponer la musculatura y reiniciar la sedestación perdida en miembros inferiores. Para conseguir la adición de estas proteínas, resulta útil añadir suplementos, tomar gelatinas proteicas, etc.
La L-arginina es un aminoácido que se encuentra naturalmente en las carnes rojas, las aves, el pescado y los lácteos. Es necesario para producir proteínas y se

usa comúnmente para la circulación. La L-arginina se convierte en el cuerpo en una sustancia química llamada óxido nítrico.
Normalmente se obtiene a través de la dieta, especialmente a través de ciertos alimentos ricos en proteínas, como la carne roja, las aves, los lácteos, las nueces, los productos de soja y el pescado. Pero también se puede sintetizar como medicamento.
Fortalece el sistema inmunitario e interviene en la liberación y acción de algunas hormonas, como la hormona del crecimiento y la insulina. Esto hace que de forma indirecta este aminoácido prevenga la aparición de complicaciones de salud asociada a las infecciones bacterianas o víricas.

5 Discusión-Conclusión

Detectar a tiempo las distintas complicaciones de la salud en el anciano puede evitar otras complicaciones ajenas a su patología y mejorar su calidad de vida.
Las dietas ricas en proteínas y otros nutrientes concretos mejoran la fuerza y disminuyen el riesgo de que la sarcopenia progrese.
El entrenamiento es clave para contrarrestar la sarcopenia, mejorando la fuerza, la resistencia y el equilibrio.
Existe evidencia de que la L-citr puede funcionar mejor como ayuda ergogénica que la L-arg sobre el rendimiento físico, ya que la L-citr mostró un efecto positivo sobre la percepción subjetiva del esfuerzo y el dolor muscular, además de una disminución en las concentraciones de lactato y una disminución del tiempo en pruebas máximas. Sin embargo, aún falta evidencia para establecer la dosis de L-citr beneficiosa para el rendimiento físico.

6 Bibliografía

-https://www.scielo.com.
-https://www.ministeriodesanidaddeespaña.
-https://www.ministeriodebienestarsocial.es.
-https://www.medline.es

Capítulo 39

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EN EL PROCESO PERI-OPERATORIO Y QUIRÓFANO Y EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN

MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR

GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS

MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ

MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA

ÁNGELA GARCÍA ZAFRA

1 Introducción

La palabra esterilización, hace referencia a la ausencia de cualquier agente patógeno infectante o causante de una infección en un cuerpo, material o sustancia. Se esteriliza a través de dos tipos de métodos, por el método de vacío de aire o por óxido de etileno, siendo de ambas formas el mismo resultado, la esterilización, pese a que el vaciado de aire es menos peligroso y contaminante.
Un quirófano es aquel espacio médico-operatorio en el que se tratan una gran variedad de operaciones de distintas magnitudes y niveles de riesgo, ya sean por

mejoría del estado físico y recomendado médicamente, por gusto o por necesidad; además se trata de un espacio pulcramente limpio de cualquier agente patógeno que pueda causar una infección o enfermedad nosocomial, con uso de personal altamente cualificado el cual lleva a cabo el proceso quirúrgico que consiste en una serie de acciones manuales e instrumentales encaminadas a operar, curar o explorar, por medio de cirugía, cuando no es viable otra acción médica.

La unidad de esterilización y quirófano, van ligadas por higiene y necesidad entre ellas; a diferencia del resto de unidades hospitalarias existentes, en el quirófano hay una necesidad más alta en cantidad y rapidez de recepción del material quirúrgico, aunque en todas las unidades hospitalarias que nos podamos encontrar, hay necesidad de material quirúrgico como el instrumental, vendas, gasas, tomas de muestras, etc.

Para el desarrollo de una intervención quirúrgica se requiere una preparación y formación correcta del quirófano y el personal, adecuando los métodos de desinfección y esterilización y determinadas precauciones de seguridad que deben tomarse para que la sala de operaciones se convierta en un espacio altamente pulcro para la intervención del paciente.

En todo este proceso, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juega un papel muy importante; ya que este como miembro del equipo quirúrgico, trabaja en coordinación con las enfermeras, dando apoyo a su actividad, y realiza actividades de limpieza, colocación y reposición de material en quirófano.

En cuanto a la unidad de esterilización, el TCAE se encarga de una serie de pasos reglamentados que han sido parte de su formación para poder obtener el correcto estado del material esterilizado y la completa fiabilidad del uso del mismo.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del TCAE en el quirófano y en la unidad de esterilización.

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 punto en concreto a tratar es la importancia del papel del TCAE en el proceso peri-operatorio, quirófano y la unidad de esterilización, además del repaso de los detalles básicos y correctos procesos y protocolos de trabajo del TCAE en, pues aún con la formación proporcionada al personal y el cuidado y limpieza que se mantiene en el medio hospitalario, se ven algunos defectos y registros de protocolos en descuido; para evitar este tipo de consecuencias, repasaremos de una forma rápida, pero eficiente algunos protocolos de trabajo muy importantes para el trabajo del día a día del TCAE.

Así es, el TCAE tiene un papel muy importante en todos los procedimientos que se llevan a cabo en las unidades del proceso peri-operatorio, con lo cual es necesaria una estricta y completa formación para ocupar el papel del TCAE y un repaso de los procesos peri-operatorios siempre nos puede ayudar a asegurar los procedimientos de nuestro trabajo como TCAE.

Etapas del proceso perioperatorio:

Este comprende el tiempo transcurrido antes, durante y después del proceso operatorio, donde se distinguen los periodos preoperatorios, proceso intraoperatorio y proceso postoperatorio en los cuales el TCAE tiene una función diferente en cada proceso y se distribuye en varias unidades clínicas (UCI, quirófano, unidad de esterilización, unidad de consultas, unidad de endoscopias, etc.).

Periodo preoperatorio:

• Recepción y/o preparación del paciente: toma de constantes vitales, valoración de riesgos físico-psicológicos, firma de consentimientos para el acceso al quirófano y anestésicos, educación dietética (comprobar que el paciente ha llegado como se le ha indicado, ya sea en ayunas desde ciertas horas antes), y psicológica del paciente (a través de instrucción, conferencias, folletos, etc.), toma de muestras, electrocardiogramas, hallazgos radiológicos, revisión de HC (revisión de riesgos por enfermedades, alergias naturales o medicamentosas, discapacidades, limitaciones de comunicación y movilidad, etc.).

• Preparación del quirófano; hay dos caras de este proceso, la primera cara se encuentra en el papel del TCAE en la unidad de esterilización, donde esté prepara el material de intervención de una forma aséptica según protocolos y se reparte entre las unidades clínicas que lo necesiten.

La otra cara se encuentra en el quirófano, el TCAE se suele encargar de la reposición de material, orden y comprobación de las máquinas de trabajo (tomas de oxígeno, tomas de aspiración, etc.) además de comprobar que se encuentre todo del equipamiento necesario del equipo de cirugía (Como toallas de aseo, pijamas

y camisones, termómetros, tensiómetros, fonendoscopios, la solución jabonosa de clorhexidina al 4% con 10% de povidona yodada, ya sea líquida o en cepillo estéril, clorhexidina alcohólica al 2% y campo estéril ya sea de paquete estéril, paño verde normal estéril o fenestrado estéril, etc.)

Periodo intraoperatorio:

- Este comprende el tiempo que transcurre entre el comienzo de la preparación del material a utilizar en el quirófano, preparación del personal y la operación, incluyendo que durante el periodo de operación el TCAE tiene un papel de emergencia importante, ya que este durante la intervención, se encarga de pasar el material que se llegue a necesitar y/o llamar a la unidad de emergencias o reanimación por si se llega a precisar una reanimación de paro cardiaco; pues no es hasta el traslado del paciente a la zona de reanimación o UCA donde el equipo de enfermería (incluido el TCAE) se encargará de asistir correctamente al paciente.
- Controlar al paciente según la escala de la cirugía, la cual comprende el control de glucosa, profilaxis antibiótica, TA, FR, etc.
- Al finalizar cada intervención se debe comprobar que el quirófano esté limpio, ordenado y en buen estado en cuanto al espacio y aparataje como tomas de oxígeno y aspiración, incubadoras, tensiómetro, etc.
- Comprobar que los utensilios para la anestesia y las cajas de material quirúrgico estéril se encuentren en buen estado y en correcta posición (varía de puesto, pues puede hacerlo la TCAE o el enfermero quirúrgico)
- Apoyar psicológicamente al paciente; pues la ansiedad es uno de los problemas más importantes del paciente quirúrgico, por ello es muy importante paliar lo máximo posible esta inquietud. Para ello se informa al paciente del plan de cuidados, se informa a la familia del tiempo estimado de la intervención, dónde deben esperar y la unidad de destino postquirúrgica donde reencontrarse con el paciente.
- Protección de las pertenencias del paciente: si el paciente está consciente y no tiene familiares, se le garantiza el control de sus pertenencias.

Periodo postoperatorio: (Comprende las unidades de Esterilización, REA y UCA).

- De primera mano, el TCAE se encargara de llevar el material quirúrgico a la unidad de limpieza donde se enjuagara y limpiara según su estructura y material, pues puede ser lavado por ultrasonido o lavado obrero, a continuación será llevado a la unidad de secado, donde cada material se secara minuciosamente, pues hay materiales específicos de secado de material quirúrgico, después se le trasladara a la unidad de envasado y clasificación donde se envasara con un control individual según envase (Hay 3-4 tipos de controles de esterilización y uno ya viene en la parte trasera del envasado; además según sea la necesidad de cada

unidad o bandeja, se clasificaría en juegos oftalmológicos, de cesárea, se puede esterilizar una pieza sola como una cápsula, una venda recién cortada con fin de ponerla para una artroscopia en quirófano, sets de separadores o un solo separador Farabeuf a fin de ser necesitado por si solo en caso de emergencia, etc.); a continuación se estilizará en una autoclave, ya sea por vapor u óxido de etileno, la cual debe estar controlada por controles como el Test de Bowie o controles Biológicos para asegurar una correcta esterilización del material sometido a la misma. Una vez estéril se debe repartir y organizar, pues todo debe mantenerse en orden para su próxima utilización.

- Por otra parte, el TCAE también participa en los cuidados del paciente postoperatorio, desde que sale de la unidad de quirófano a la unidad de Reanimación o UCA y de ahí a la unidad de Traumatología donde se le asignará una cama para sus cuidados según sean sus necesidades y el tiempo según valoraciones médico-enfermeras. Incluso si el paciente no cuenta con ayuda para ir a su casa, en España tenemos la certeza de que el servicio de ambulancias sea gratuito como toda nuestra salud pública y según sea el caso y la situación del paciente se le trasladara hasta su casa o un lugar seguro.

5 Discusión-Conclusión

Una intervención quirúrgica es otro de los lugares donde es necesaria la labor de un auxiliar de enfermería. Si bien el técnico asistente no va a participar en la operación propiamente dicha, existen una gran cantidad de labores que necesitan de un personal cualificado para ser realizadas. Estas requieren conocer los protocolos apropiados así como la familiaridad con el instrumental y el entorno quirúrgico y comprobar así que la colaboración del auxiliar hospitalario en el quirófano es imprescindible para que el resto de los implicados pueda mantener su concentración al 100%. Todo el mundo ha de estar preparado para cumplir su papel. Y la formación recibida en nuestros cursos de técnico de auxiliar de enfermería en Madrid garantiza que sabrán cuáles son sus labores y desempeñarlas con eficacia

6 Bibliografía

1. https://www.auladae.com
2. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/
3. https://www.fp-santagema.es

Capítulo 40

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PROCEDIMIENTO ANTE UN PACIENTE QUEMADO

MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR

GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS

MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ

MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA

ÁNGELA GARCÍA ZAFRA

1 Introducción

La piel proporciona una barrera física de protección al cuerpo frente a infecciones e invasiones de microorganismos. Cuando la lesión por quemaduras rompe esta barrera los microorganismos invaden y atacan la piel por las heridas abiertas, alterando la barrera inmunitaria.
El cuidado del paciente con quemaduras es y seguirá siendo un reto para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) por la ansiedad que presenta el paciente ante el dolor, la deformidad y la limitación de la movilidad, así como por la inseguridad para reintegrarse a sus actividades cotidianas y ante la posibilidad existente al rechazo.

La agresión térmica da lugar a una respuesta hipermetabólica más marcada que en otros tipos de agresiones y traumatismos.La quemadura produce una degradación exagerada de proteínas mediada por la respuesta hormonal que está relacionada con la superficie corporal quemada, con el aumento de la escisión quirúrgica de la quemadura, con el gasto energético, la presencia de infección y va acompañado de un aumento del consumo de oxígeno.
Un aporte nutricional precoz es un pilar en el tratamiento del paciente quemado. Este aporte nutricional se realizará por vía gástrica, ya sea por sonda nutricional nasoduodenal o nasogastrica cuando se den varios factores que coincidan una situación de riesgo nutricional como son: Intensidad de estrés catabólico, disminución del apetito intubación endotraquel, etc.

2 Objetivos

El objetivo es describir la aportación del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en la tarea de alimentación e hidratación en el paciente quemado.

3 Metodología

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

4 Resultados

La nutrición del paciente quemado es una de las tareas asistenciales fundamentales del TCAE. Un aporte nutricional precoz es un pilar en el tratamiento del paciente quemado debido a la degradación exagerada de proteínas que producen las quemaduras y a una respuesta hipermetabólica muy marcada por la agresión térmica. Este tipo de pacientes requiere una dieta hipercalórica e hiperproteica, que será solicitada por el TCAE.
Existen diferentes vías para aportar los nutrientes necesarios que necesita el paciente. Las más habituales en el paciente quemado son:

- Vía parenteral: para pacientes que no pueden recibir nutrición enteral por intolerancia digestiva de la dieta o para aquellos que no alcanzan las necesidades nutritivas necesarias.
- Vía enteral: vía óptima para administrar los nutrientes necesarios, ya que suele ser bien tolerada por el paciente, preserva la integridad de la mucosa intestinal, mantiene el aporte calórico, reduce el grado de respuesta hipermetabólica al estrés, evita el fenómeno de traslocación bacteriana y produce menos complicaciones e infecciones.
- Vía oral: constituye la forma de nutrición más fisiológica y requiere la colaboración del paciente que debe tener un adecuado nivel de consciencia y reflejo de deglución.

La nutrición del paciente quemado es una de las tareas asistenciales fundamentales del TCAE, somos los encargados de:

Al ingreso, una vez terminada la cura y acomodado el paciente en la habitación, le preguntamos sobre sus gustos alimenticios. Verificar por orden médica la dieta prescrita. Si el paciente no sufre ninguna enfermedad lo más probable es que sea una dieta hipercalórica e hiperproteica. En nuestra unidad existe un programa informático para la petición de dietas en las que elegiremos el desayuno, comida, merienda y cena.

Preparación del paciente para la ingesta:

El TCAE incorporará la cama hasta conseguir una postura adecuada y cómoda para el paciente. Le preguntará qué le apetece comer. El TCAE se encargará de elegir los alimentos más convenientes y triturarlos si el paciente los requiere. En la ingesta se pueden dar cuatro situaciones según las zonas quemadas y el estado del paciente:

- Paciente autónomo: se le colocará un protector, para evitar que le caigan restos de comida en la cura y en la cama que le puedan incomodar. Se le pondrá la mesa y se colocarán los platos, cubiertos, pan, el agua, el batido hiperproteico y se le facilitará la medicación oral que tenga prescrita, colocándoselo todo a mano. Aprovecharemos para escuchar y hablar al paciente.
- Paciente parcialmente incapacitado: se realizará el mismo proceso que con el paciente autónomo, pero el TCAE le ayudará a partir la comida, pelar y trocear la fruta y a la vez se le enseñará a coger los cubiertos de la forma más adecuada para que no se le caiga la comida. Al principio estos pacientes se sienten frustrados, nuestra labor es darles confianza en sí mismos, animarles e intentar que coman solos. Al principio no podrán hacerlo todo ellos solos, ya que sufren dolor y los vendajes les impide la movilidad necesaria, por eso debemos estar con ellos para ayudarles, escucharles y animarles en esos momentos bajos que tiene el paciente.

- Paciente incapacitado totalmente: actuaremos de la misma forma que con el paciente parcialmente incapacitado, pero dándole el TCAE la comida. Comprobaremos que la temperatura de la comida es la adecuada, no le daremos mucha cantidad de una sola vez para evitar atragantamientos, le ofreceremos agua, evitaremos la sensación de tener prisa.
- Paciente traqueostomizado con cánula estándar (con balón de baja presión): se le pedirá la dieta prescrita por el médico, se incorporará la cama entre 45 - 60º para evitar regurgitaciones, comprobaremos que la presión del balón de la cánula esté a 30mmhg, mantendremos preparado y en funcionamiento el equipo de aspiración, tendremos siempre a mano una cánula limpia para qué, en caso de emergencia, nos permita una rápida sustitución y una eficaz ventilación. Comprobaremos la temperatura de los alimentos antes de dársela. Le explicaremos lo que va a comer, le ofreceremos agua, procuraremos qué el paciente se sienta cómodo. Mantendremos al paciente incorporado durante 20- 30 minutos después de finalizada la comida para evitar que se produzca una broncoaspiración.

Finalizada la ingesta, en todos los pacientes:

Retiraremos los platos de la mesa y los colocaremos en la bandeja. Limpiaremos la mesa y acercaremos los utensilios para la limpieza bucal. En los pacientes que no pueden realizarla por ellos solos lo realizará el TCAE. Acomodaremos al paciente en la posición funcional adecuada. Registraremos en la gráfica la ingesta, los líquidos y el batido hiperproteico tomados. Se comunicará a la enfermera responsable cualquier incidencia que surja.

5 Discusión-Conclusión

El aporte nutricional precoz en el paciente quemado es imprescindible para su curación. La nutrición del paciente quemado es una de las tareas asistenciales fundamentales del TCAE, en la que además de darle e informarle acerca de los alimentos necesarios para su curación, escucha y habla con el paciente, ya que es un momento relajado para él.

El cuidado del paciente con quemaduras es y seguirá siendo un reto para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) por la ansiedad que presenta el paciente ante el dolor, la deformidad y la limitación de la movilidad, así como por la inseguridad para reintegrarse a sus actividades cotidianas y ante la posibilidad existente al rechazo.

6 Bibliografía

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
2. https://www.scielo.org/es/
3. https://medlineplus.gov/spanis

Capítulo 41

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A PACIENTES CON COLOSTOMÍA

MARIA DEL MAR MERENCIANO ALCAZAR

GLORIA MARIA CORTES CAÑADAS

MARIA ESTHER MARTINEZ GOMEZ

MARÍA ASUNCIÓN LÓPEZ GARCÍA

ÁNGELA GARCÍA ZAFRA

1 Introducción

Hablamos de ostomía cuando nos referimos a una intervención quirúrgica en la que se realiza una apertura (estoma) entre dos órganos o una víscera y la piel del abdomen con el fin de que los desechos del organismo salgan al exterior. Esta intervención se lleva a cabo para aliviar una obstrucción, enmendar un defecto anatómico o tratar una infección del tracto urinario.
El término colostomía se utiliza cuando la ostomía se encuentra en el colón. Las alteraciones a las que se enfrenta el paciente colostomizado son tantos biológicas, psicológicas y sociales, entendiendo por ellos cambios higiénicos, afectación de la propia imagen o dificultad de la integración, entre otros muchos.
Si bien hablamos de los objetivos básicos que deben de llevar a cabo el TCAE cuando se expone a estos pacientes y sus cuidados, cabe destacar el tratamiento

y la prevención de los tejidos periostomales y la importancia de concienciar al paciente de su autocuidado.
El principal objetivo del TCAE frente al paciente ostomizado, es el intentar que lleve una vida normal, después de habérsele realizado una intervención quirúrgica, ayudarle en sus cuidados e higiene del estoma; y en la reinserción en su vida social.
Si el cuidado es muy próximo a la cirugía y la herida todavía no está cicatrizada, la cura y el cambio de bolsa lo hará el/la enfermero o enfermera en condiciones estériles.

2 Objetivos

- Definir el término colostomía y sus posibles complicaciones.
- Determinar el correcto cuidado de las ostomías y el papel del TCAE cuando se expone a estos pacientes.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos pertenecientes a estudios y protocolos de varios hospitales relacionados con el tema tratado a través de bases de datos como Medline, Scielo y Dialnet. Se emplearon las siguientes fórmulas de búsqueda: "colostomía", "ostomía" y "paciente colostomizado".

4 Resultados

La realización de la colostomía radica en una abertura abdominal que se llama estoma. La realización de este procedimiento se lleva a cabo debido a una resección intestinal o una lesión pendiente de ser temporal o permanente. Podemos hablar de varios tipos de colostomías teniendo en cuenta su temporalidad o localización, sin olvidarnos de que todas ellas necesitan unos cuidados para evitar las complicaciones. Dentro de las complicaciones que pueden surgir, podemos clasificarlas en menores, cuando se dan reacciones de tipo alérgico o infecciosas o mayores, cuando hablamos de necrosis, obstrucción intestinal, peritonitis…
El TCAE tiene un importante papel, ya que no solo se encarga de la limpieza de la misma, sino de enseñar y concienciar al paciente para su correcta autonomía, asi como de determinar que tipo de ostomía se ha realizado y su localización, el tipo

y tamaño de la bolsa que se debe usar y las sustancias que hacen de barrera para la piel. También se debe tener en cuenta las reacciones que se dan en el paciente (alergia al adhesivo, sangrado en el estoma, enrojecimientos en la piel…).
Se valora la importancia de hacer un seguimiento y anotación sobre la cantidad de heces evacuadas para controlar si presentan elementos anormales (pus, sangre…).
Debemos citar algunas de las precauciones que el TCAE debe tener en cuenta para conservar la integridad cutánea y del estoma:
-No usar soluciones con alcohol y agua oxigenada.
-No frotar la piel.
-Estar pendiente de la aparición de úlceras o hemorragias
-Evitar la presencia de estenosis en el anillo del estoma.
-Realizar los cambios de bolsa necesarios.
-Vaciar la bolsa cuando está llena hasta un tercio de su volumen total.
-Retirar la bolsa suavemente limpiando y secando la piel periostomal.
Es importante que el paciente ostomizado tenga en cuenta consejos como la realización correcta de su higiene corporal, el uso adecuado de ropa, la buena práctica de la actividad física y la alimentación que se debe de llevar a cabo.

5 Discusión-Conclusión

En relación con lo expuesto anteriormente debemos destacar la importancia de que el TCAE tenga adquiridos los conocimientos imprescindibles para el cuidado del paciente ostomizado así como, la higiene de la ostomía. Mantener una buena relación TCAE/paciente es un factor favorecedor, ya que ayudará a mantener una situación mas cómoda, a cuidar y favorecer la autoestima del paciente
A medida que el estado de salud vaya mejorando después de la operación, es conveniente comenzar con las actividades a nivel social Como pasear, nadar, bailar, trabajar e incluso poder practicar todos aquellos deportes que no sean agresivos para que no exista la posibilidad de dañar el estoma, dándole una mejor calidad de vida sin tener complejos por estar ostomizado.

6 Bibliografía

1. P.Farreras, C.ROZMAN (2012), Medicina Interna, Elsevier.
2. Crespillo Díaz, Antonia Yolanda, & Martín Muñoz, Begoña. (2012). La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado: Estudio cualitativo de un caso. Index de Enfermería, 21(1-2), 43-47.
3. Arenas Villafranca, José Javier, Abilés, Jimena, Moreno, Gloria, Tortajada

Goitia, Begoña, Utrilla Navarro, Pilar, & Gándara Adán, Norberto. (2014). Ostomías de alto débito: detección y abordaje. Nutrición Hospitalaria, 30(6), 1391-1396.

Capítulo 42

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS

BEATRIZ CAMPA FLÓREZ

CRISTINA GARCÍA SUÁREZ

MATILDE PADILLA BERROCAL

1 Introducción

La admisión del paciente en la sala de urgencias o emergencias empieza por registrar y triar al enfermo para su clasificación basada en sus necesidades según su patología.
Acompañaremos al enfermo según criterio de la enfermedad a la zona asistencial que se le ha adjudicado en la recepción. Llevará consigo unos papeles con toda la información necesaria de la anamnesis, para que, el personal sanitario, como la enfermera o el técnico en cuidados de enfermería, sean conscientes de su historia clínica, sus alteraciones y factores sociales. Esta información es esencial para el tratamiento y futuro diagnóstico del paciente.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es una figura muy presente en el equipo de la unidad de emergencias.

Se acomodará al paciente en una cama, camilla o sillón dependiendo de sus necesidades asistenciales y se reflejará la estancia del enfermo a un número asociado a una ubicación de la sala.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe prestar atención al tipo de enfermo y sus limitaciones a la hora de ofrecer sus servicios, como por ejemplo, colocarle un camisón, dificultades que pueda tener en la marcha o tomar todas las medidas preventivas hacia un posible diagnóstico que precise como, por ejemplo, un reposo por parte del paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer los conceptos teóricos necesarios para la toma de decisiones en la práctica de técnico auxiliar en cuidados de enfermería en urgencias y emergencias.

3 Metodología

Para conseguir los objetivos propuestos y el desarrollo de la comunicación, hemos realizado una revisión teórica.
Así como la búsqueda de diferentes artículos reflejados en el boletín oficial que plasma las funciones del auxiliar de enfermería en distintas áreas y servicios.

4 Resultados

La relevancia del técnico en cuidados de enfermería en el equipo conformado en la sala de urgencias se refleja a la hora de mejorar la calidad asistencial del paciente.
La eficacia en respuesta a las necesidades que reclama los servicios de urgencias que establecen múltiples criterios coherentes y semejantes para cada tipo de patología, no serían posibles sin un equipo multidisciplinar encargado de diferentes tareas.
Como anteriormente hemos reflejado el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tendrá la tarea de informar y observar, desde el inicio, todo el funcionamiento y procedimiento que vaya a precisar el caso a tratar según la posible patología del paciente y de las pruebas que soliciten.

Estableceremos contacto humano y de manera profesional ofreciéndole estabilidad emocional y psicológica predisponiendo así al paciente a una actitud terapéutica positiva.
Tomaremos las medidas protocolarias para preparar al paciente para las pruebas o tratamientos que va a realizar, anticipándonos al tipo de vestimenta que pueda dificultar la exploración, limitaciones del paciente por una enfermedad pasada o actual o complicaciones que puedan surgir.
Una vez el paciente haya finalizado el circuito propuesto por su facultativo asignado en el área de urgencias en relación a su asistencia estaremos pendientes de los resultados para indicar todo lo que el paciente ha de saber de cara a su estado clínico actual.
Si el paciente ingresa en el servicio de hospitalización seremos los encargados junto con el personal de enfermería de seguir pendientes de la clínica del enfermo y de todas las necesidades que este pueda precisar como dolor, necesidades biológicas etc. hasta que sea trasladado a su servicio asignado en el área de hospitalización.
Si el paciente es dado de alta indicaremos al paciente como proceder, indicándole la espera del informe de alta escrito por el facultativo, la retirada de las vías medicamentosas y su procedimiento, donde acomodarse o vestirse y el recorrido que ha de seguir hacia la salida.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos a través de esta revisión bibliográfica que la unidad de urgencias y emergencias se trata de un equipo multidisciplinar, formado por todo el personal sanitario conformado en el área de trabajo. Este equipo y su manera de trabajar conjunta resulta indispensable para la atención del paciente en un proceso de urgencias.
El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el profesional sanitario más cercano a las necesidades biológicas del paciente, teniendo consigo una obligación en el cumplimiento de las tareas y exigencias del paciente a tratar.
Nuestro trato brindado a la hora de proporcionar información y asistencia al paciente ante los procedimientos que va a realizar desemboca en una cooperación positiva profesional-paciente que hace la experiencia totalmente práctica y efectiva.

6 Bibliografía

Libro de Oposiciones editorial Mad. https://2evs.co/historia-del-triage/ p-santagema.es/la-figura-del-auxiliar-de-enfermeria-en-urgencias/ https://www.quironsalud.es/ es/comunicación /notas- prensa /importancia-enfermeria- triajeRevista Electrónica de PortalesMedicos.com – ISSN 1886-8924.

Capítulo 43

ANOREXIA NERVIOSA Y SUS CONSECUENCIAS 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 anorexia, también llamada anorexia nerviosa, es un trastorno alimenticio. Su principal característica, es el rechazo continuo que sienten por la comida, debido a la obsesión que padecen por la subida de peso llegando a realizar dietas extremas, uso de laxantes y diuréticos o ejercicio excesivo. Generalmente, es más común en mujeres que en hombres y más frecuente en la etapa de la adolescencia. La mayoría de personas que sufren esta patología, tienen una distorsión de la percepción real de su físico y niegan tener un trastorno alimenticio. Ésta enfermedad, se achaca al canon de belleza establecido por la sociedad y la presión que generan las redes sociales en la actualidad. Es una de las primeras causas de desnutrición en los países desarrollados. Existe un alto riesgo de mortalidad, debido a los problemas físicos y psicológicos que generan. Con frecuencia, se asocian a

depresión o trastornos obsesivos compulsivos. Para diagnosticar la anorexia, el especialista realizará un control del índice de masa corporal, examinará la piel, el pelo, riñones y corazón. Lo habitual, es que la anorexia sea tratada por un equipo multidisciplinar formado por psiquiatras, psicólogos, médicos.. en los casos más graves, necesitarán de internamiento hospitalario para restablecer su peso.

2 Objetivos

Dar a conocer uno de los trastornos alimentarios más comunes "anorexia nerviosa", en qué consiste, síntomas, consecuencias, tratamiento e internamiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo científico, 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 anorexia es un trastorno alimenticio y de salud mental, que se caracteriza por el deseo de mantener el peso corporal más bajo posible, teniendo una distorsión de la percepción real de su físico. Quienes la padecen, tienen un gran conocimiento sobre el aporte calórico de los alimentos que consumen. Ésta enfermedad tiene mayor repercusión entre las mujeres durante la adolescencia. Con la popularización del cine y el modelaje, las mujeres buscaban ese ideal de belleza que dejaba a un lado las curvas voluptuosas, por cuerpos cada vez más delgados. Los estándares de la belleza de los noventa, eran los de cuerpos extremadamente delgados, abdómenes planos y extremidades huesudas. Las consecuencias eran devastadoras para muchas de las adolescentes que se encontraban en la etapa de la adolescencia donde sus cuerpos se encontraban en pleno desarrollo. Diversos estudios afirman que durante la década de los 90 y el 2000, el aumento de los trastornos alimenticios se incrementó drásticamente. Existen dos subtipos, que están asociados a la anorexia nerviosa, son: subtipo restrictivo, la pérdida de

peso se asocia a la dieta, el ayuno y/o al ejercicio excesivo. En los últimos 3 meses, el enfermo no ha recurrido a atracones o purgas. El subtipo convulsivo/ purgativo, la persona sí que tiene episodios repetitivos de atracones o purgas: vómitos autoprovocados, utilización de diuréticos, enemas u otros. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, pueden afectar a los órganos del cuerpo y requieren de tratamientos intensivos y controlados que pueden durar años. Lo más importante, es iniciar el tratamiento en cuanto aparecen los primeros síntomas. El primer paso, y puede que sea el más difícil, es que el enfermo se de cuenta de que tiene un problema y necesita ayuda. Para ello, el apoyo de sus familiares y amigos resulta fundamental.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería, juega un papel importante en la detección y el tratamiento de la anorexia. En la mayoría de hospitales, hay una planta destinada para el internamiento de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Los internamientos pueden ser de dos tipo: voluntarios o judiciales en los casos más graves donde la salud del paciente corre peligro y éste ha perdido la capacidad de tomar decisiones por si mismo. Nuestra labor como parte del equipo multidisciplinar de esta unidad, es llevar un control exhaustivo de las ingestas, anotando la cantidad exacta que ingieren en cada comida. También, debemos de controlar los momentos en los que van al baño para evitar que se provoquen el vómito. Todo ello, lo haremos respetando lo máximo posible su intimidad y tratándoles con el cariño y respeto que merecen.

6 Bibliografía

1. https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/anorexia-nerviosa.
2. https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/anorexia.html.
3. https://cinfasalud.cinfa.com/p/anorexia/
https://idibe.org/wp-content/uploads/2018/11/44-85.pdf.

Capítulo 44

¿QUÉ TRABAJO DESEMPEÑA UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS?

ALBA MARIA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

Es de sobra conocido, que en todos los servicios hospitalarios se necesita de un equipo multidisciplinar para llevar a cabo los cuidados correspondientes. Muchas veces, esos cuidados son proporcionados por el personal de medicina, otras veces por el personal de enfermería solo o conjuntamente con el técnico auxiliar de enfermería, algunos son cuidados propios de la profesión, otros son funciones delegadas.

Para realizar nuestro trabajo de la mejor manera posible, con eficacia y eficiencia, debemos de conocer cuáles son esas funciones y su desarrollo, cómo realizarlas y con qué fin.

Es muy importante también registrar en la historia clínica del paciente las labores que llevamos a cabo, cómo y para qué fin, por ejemplo si recogemos orina cómo la recogimos y a quién se la entregamos, qué consistencia tenía… todo es útil en el diagnóstico y el tratamiento del paciente.

En un lugar como las urgencias, es importante mostrar seguridad, planificación y serenidad al paciente, para que así se sienta seguro y confié en los profesionales que tiene alrededor.

Es importante que el auxiliar de enfermería esté familiarizando con diversas tareas que se deben realizar en el servicio de urgencias, como por ejemplo asistir a la

inmovilización y transporte del paciente, ayudar a vestir o desvestir al paciente, chequear sus signos vitales, administrarle alimentos y medicamentos de acuerdo a las órdenes del profesional médico.
Además, su tarea como auxiliar implica supervisar y controlar los diferentes boxes de la unidad de urgencias; limpiar el material, instrumental y los aparatos clínicos; atender las exigencias de los pacientes y completar los registros.

2 Objetivos

- Conocer y desarrollar las funciones del técnico auxiliar de enfermería en la unidad especial de urgencias.

3 Metodología

Con el fin de obtener la información necesaria para realizar este trabajo se efectuó una revisión bibliográfica de la literatura disponible. En la revisión hemos desechado todos los artículos y fuentes de información no veraces, solo hemos optado por basarnos en los estudios con base científica contrastada, citados posteriormente en la bibliografía.

4 Resultados

Para resumir, esta sería una secuencia de las actuaciones llevadas a cabo por un técnico auxiliar de enfermería desde que el paciente entra por la puerta de urgencias hasta que abandona el box.
En primer lugar, el profesional se presentará ante el paciente y la familia si está presente y ayudará a transportarlo al box, camilla, inmovilizándolo si fuera necesario y lo preparará para la exploración que vaya a llevar a cabo el médico.
Se recogerán sus pertenencias, metiéndolas en bolsas y entregándoselas a su familia siempre que sea posible, si no es el caso, se identificarán siempre con los datos del paciente.
Se medirán las constantes vitales, y se monitorizarán siempre que así nos lo indiquen.
En el momento que el paciente necesite comer, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado de ayudarle con la alimentación, tanto si es autónomo, como si necesita ayuda para realizar esta tarea, por eso es muy importante conocer la dieta adecuada y la que tiene prescrita.

El TCAE se encargará de la toma de muestras (orina, esputo, heces, vómito), y del control de las excreciones, valorando y apuntando los valores según las órdenes médicas. También enviará o llevará las citadas muestras, u otras extraídas por el enfermero o por los facultativos, al laboratorio. En caso de pacientes incontinentes, es el responsable de su higiene. Así como de la administración de enemas.
Se mantendrá el perfecto mantenimiento de los boxes comprobando que tienen todo lo necesario a la llegada del paciente, así como se volverá a reponer y colocar a su salida.
En todo momento, es el responsable del instrumental utilizado, de su limpieza y de su posterior traslado a esterilización, así como de ir a recogerlo, y mantener ordenado el stock de material estéril.
Debe revisar el stock general de urgencias, y el de los boxes de los pacientes incluido el aparataje ubicado en el servicio, comprobando su funcionamiento, reponiendo y anotando cualquier incidencia existe.
Se realizará y supervisará cada alta o traslado que se produzca en la unidad, ayudando al paciente si lo requiere y retirando el material que haya utilizado, dejando el box listo para su limpieza, y prepararlo.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico auxiliar de enfermería en la unidad de urgencias, ha de saber cómo actuar en determinados momentos con fluidez pues como su nombre indica el tipo de paciente que llega a esta unidad precisa de una asistencia rápida en todo momento , por lo que trabajará en comunicación constante con el enfermero, al que comunicará cualquier cambio que se observe. Ha de saber priorizar sus tareas en función de las necesidades del servicio y en concreto de cada paciente, manteniendo la calma ante situaciones muchas veces vitales.
Debe de encargarse de que los boxes tengan disponible todo el material necesario, para en caso de urgencia vital, utilizarlo con prontitud, así mismo, debe de conocer la ubicación del nuevo material y siempre tener en cuenta su caducidad, tanto de la medicación como de los objetos esterilizados.

6 Bibliografía

1. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_enfermeria/T21-AE-SCS-2007.pdf.
2. https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-14/funciones-auxiliar-enfermeria-urgencias/.

3. https://www.ciencias.com/libros/libro/competencias-tecnicas-enfermeria-los-servicios-urgencias/.

Capítulo 45

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ELIA GARCÍA GALAN

ERNESTO JONATHAN GARCÍA QUINTANILLA

1 Introducción

El servicio de urgencias hospitalarias atiende a personas que precisan asistencia sanitaria inmediata y no pueden ser atendidas adecuadamente en otros centros sanitarios. Son ejemplos: sospecha de un infarto o paro cardíaco, sospecha de ictus, posibilidad de fracturas óseas, abundante pérdida de sangre y/o heridas profundas, pérdida de consciencia, dificultad para respirar, quemaduras severas o reacciones alérgicas severas.

Debe priorizarse su actividad en función de la gravedad del paciente. Para este fin se realiza el triaje, una vez finalizado el proceso de admisión. Consiste en una valoración, siguiendo protocolos establecidos, tras la cual se estima la necesidad de atención inmediata o la posibilidad de esperar un tiempo prudencial, mientras se interviene con otras emergencias, sin que ello provoque perjuicio para la salud. Es por tanto una jerarquización de los pacientes que acuden al servicio y suele ser llevada a cabo por el personal de enfermería.

Una vez el paciente ha entrado en la urgencia, es recibido por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, quien se encargará de recoger sus pertenencias personales, se asegurará de que se encuentre bien identificado y, si es preciso, le

ayudará a desvestirse y colocarse la ropa hospitalaria. También procurará que se acomode adecuadamente en el box y le proporcionará aquello que necesite.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones propias del TCAE en el servicio de Urgencias Hospitalarias.
- Explicitar la colaboración del TCAE con otros profesionales en el servicio de Urgencias.

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

Cuando un paciente es acogido en el servicio de urgencias habrá de observarse el grado de autonomía que posee, su movilidad general, si es continente de esfínteres y hasta qué punto es capaz de hacerse cargo de sus necesidades de evacuación mediante el uso de cuña o botella. También si, en el caso de ser autónomo, los dispositivos, tales como la vía venosa, o el monitor de constantes vitales, pudieran impedirle desempeñarse en estas tareas con la suficiente habilidad.
Es habitual que, en urgencias, el TCAE tenga que proporcionar apoyo al paciente en sus necesidades fisiológicas, bien en las mencionadas de evacuación, bien en las de ingesta, toma de medicación oral y administración de enemas, entre otras. Además se prestará a la recogida de muestras de orina, heces vómito o esputo, las identificará correctamente y avisará al personal celador para su transporte al laboratorio.
En el ingreso también deberá observarse la existencia de heridas, hematomas o contusiones así como si existen UPP o riesgo de sufrirlas. Cualquier incidencia de este tipo deberá ser comunicada a la enfermera de referencia.
En el caso de precisar un electrocardiograma, será el TCAE el profesional responsable de llevarlo a cabo, mostrar el resultado al facultativo y adjuntarlo a su

documentación de urgencias.
Las pruebas complementarias o técnicas que se pueden requerir los pacientes son variadas y precisan preparación tanto del paciente como del material por parte del TCAE. Un ejemplo sería la colocación de una sonda vesical. La asistencia a la enfermera en el procedimiento también corresponde al técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
La estancia reservada al paciente en urgencias debe encontrarse recogida. El TCAE se encargará de deshacerse de los sobrantes y desechos conforme a la naturaleza de los mismos, respetando el protocolo para la gestión de residuos.
Enviará el instrumental utilizado a esterilización y, una vez esterilizado, lo recepcionará y colocará en su lugar.
Repondrá el stock y limpiará el aparataje tras su utilización. Los carros de urgencias clasifican su material en bandejas. Será necesario recordar dónde colocar cada instrumento, equipo, contenedor, medicamento, etc.
Anotará y registrará toda la información que sea relevante y obtenga mediante observación.
Retirará todo aquel material utilizado, realizará el cambio de lencería de la cama y acondicionará el box para recibir al siguiente paciente.

5 Discusión-Conclusión

En el servicio de urgencias, toma aún mayor relevancia el trabajo en equipo entre los profesionales, puesto que la intervención requiere cierta premura y coordinación de funciones. Es importante que cada profesional conozca su cometido, se comunique de forma eficaz con el resto y actúe de forma organizada y eficiente.
El TCAE desempeña gran variedad de cometidos: de preparación, asistencia al paciente, organización, limpieza y clasificación, así como de asistencia al personal facultativo siempre que no contravenga el estatuto marco.
El TCAE es el profesional que procura con mayor celeridad las atenciones a las necesidades más básicas del paciente, supervisará que queden cubiertos sus requerimientos, y estará presente, tanto en la recepción, como en el alta del paciente, procurando que lleve consigo sus efectos personales y el informe de alta.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/tcae-servicio-de-urgencias/
2.https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias/

3. Noelia Díaz Rodríguez. El TCAE en el servicio de urgencias. Editorial Edita. 1ª Edición (2020)

Capítulo 46

EL PAPEL DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ANDREA GONZALEZ TATO

MARTA ESCALADA PERTIERRA

PATRICIA CABELLO IGLESIAS

ADRIAN REGUERAL FERNANDEZ

1 Introducción

Cuando un paciente acude al servicio de Urgencias de un Hospital se le atiende desde su llegada hasta su salida del servicio, bien sea por alta, ingreso o traslado. La colaboración del TCAE (Técnico de Cuidados de Enfermería) es esencial con los componentes del equipo de Urgencias, médicos, DUE y celadores.
Los pacientes cuando llegan a Urgencias, lo hacen primero a través de la unidad de admisión, donde se registran sus datos. A continuación pasarán por el triaje, en el cual se clasificará según la gravedad de la patología con la que acude y se le dará prioridad dependiendo del peligro que está pueda ocasionar.
Entendido y definido por la sociedad Española de Enfermería de Urgencias, como RAC (recepción, acogida y clasificación).

Una vez el paciente es llamado para su atención en el servicio, el TCAE dentro del box, es la encargada de acomodar al paciente en la camilla, identificarlo y ayudar en todo momento con el tipo de necesidad que tenga.
Junto con el DUE tomarán constantes vitales y estarán en constante comunicación.
El TCAE valorará el estado de autonomía, su grado de continencia y si este es dependiente. Según el grado de dependencia necesitará mayor o menor ayuda.
En toda la estancia del paciente en Urgencias, el TCAE se encargará de proporcionar el material y la ayuda necesaria para exploraciones, la toma de muestras y de la administración de medicamentos.
Todo lo que se le realice al paciente tendrá que ser registrado.
En el servicio de Urgencias la TCAE tendrá varias tareas que realizar.

2 Objetivos

-Exponer todas las tareas realizadas por el TCAE en Urgencias.
- Destacar la importancia del papel del Auxiliar de Enfermería como apoyo del paciente.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Realizando una búsqueda sistemática de libros y a su vez consultando como base de datos Medline, Pubmed, Scielo, así como protocolos a seguir.

4 Resultados

La comunicación entre el equipo de sanitarios que forman el servicio de urgencias, tiene que ser constante, con los planes a seguir, el cuidado necesario y los cambios que el paciente manifieste.
El TCAE es el profesional sanitario más cercano al paciente en su estancia en el servicio de Urgencias.
Las funciones que el TCAE tiene para con el paciente:
-Identificarlo, poniéndole una pulsera, con sus datos personales, número de historia clínica y hora de entrada. Asegurándose de que estos sean correctos.
-Acomodar, ayudar a desvestirse y vestirse.

-Guardar sus pertenencias e identificarlas con sus datos, para que no sean extraviadas.
-Preservar su derecho de intimidad siempre.
-Valorar autonomía, dependencia y continencia.
-Toma de constantes vitales.
-Prepararlo para su exploración o ayudar con pruebas por realizar.
-Atender, proporcionar útiles necesarios y recogida de las necesidades fisiológicas, que puedan tener.
-Mantener su higiene, siempre que sea preciso.
-Informar a sus acompañantes de su ubicación en el servicio. Visitas permitidas y número de acompañantes.
-Ayudar con la toma de medicamentos, dependiendo de la vía de administración.
-Envío de volantes y pruebas realizadas al laboratorio.
-Solicitar y comprobar dieta prescrita por el médico según su patología.
-Dar comida y ayudar en caso de no poder hacerlo por sí mismo.
-Supervisar el traslado o alta.
-Registrar siempre todo lo realizado.

El TCAE es encargado de diversas funciones en el servicio de Urgencias, siendo tales como:
-Mantener y limpiar el equipo hospitalario. También de avisar de cualquier anomalía.
-Mantener el orden, la reposición de material y el estado de los boxes en condiciones óptimas, para el próximo paciente.
-Reposición de carros de críticos.
-Rellenar las gráficas de control.
-Saber gestionar e identificar los residuos sanitarios de forma adecuada.
-Retirada de lencería usada.
-Limpieza, envío y recogida de material instrumental que precise esterilización.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE con el paciente, es fundamental a la hora de poder llevar a cabo una labor eficaz en un servicio tan importante como en el de Urgencias Sanitarias, así como el del resto del equipo de profesionales sanitarios.
Desde hacer un posible pronóstico, bien encaminado en el triaje a conseguir una buena organización, hacer un uso adecuado de los protocolos y funciones. Evitar despistes, tener comunicación fluida con los pacientes y agilizar su estancia en

el servicio de Urgencias. Conseguiremos una buena praxis y podremos prevenir posibles reclamaciones.
Impartir cursos que recalquen la importancia de trabajar en equipo, es importante a la hora de una buena atención y buenos resultados.

6 Bibliografía

1. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias/
2. https://www.euroinnova.edu.es/blog/que-hace-un-auxiliar-de-enfermeria-en-urgencias
3. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/

Capítulo 47

TRATAMIENTO DEL PACIENTE QUEMADO

TANIA POLO MORO

1 Introducción

La fisioterapia en pacientes quemados debe iniciarse cuando se encuentran superados los trastornos electrolíticos y el paciente está preparado. La fisioterapia junto con otros departamentos forman un equipo multidisciplinar para el tratamiento del paciente quemado y de las grandes temidas quemaduras. Dentro de las lesiones frecuentes encontramos la quemadura la cual podría tardar años en recuperarse y es conocida por limitar la movilidad del paciente.

Las quemaduras son atendidas por un equipo dentro de un proceso multifactorial siendo necesaria la rehabilitación, donde la recuperación del movimiento y las capacidades físicas es de lo más importante.

Es fundamental fomentar el ejercicio físico de forma terapéutica para la atención integral de las quemaduras. Una de las premisas fundamentales a la hora de fomentar la cultura de las quemaduras es la estimulación de los propios ejercicios físicos en la cicatrización de las heridas y en el prendido dela piel transplantada,todo eso sumado al incremento de reservas funcionales del organismo bajo acción de cargas físicas adecuadas.

Son necesarios programas específicos para planificar los propios ejercicios. El ejercicio y la actividad física desempeñan un papel extraordinario en la curación, rehabilitación y reinserción social. El diseño de dichos ejercicios es actualmente una de las urgencias asistenciales para la atención integral.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- conocer los objetivos de la fisioterapia en el paciente quemado
Objetivo secundario:
- Fases del trabajo de rehabilitación y fisioterapia

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha utilizado buscador Google académico, leído artículos de Elsevier, revista iberoamericana, de las principales bases de datos, haciendo una revisión bibliográfica. Utilizando como palabras de búsqueda, objetivo fisioterapia, el paciente quemado, cicactriz, adherencia.

4 Resultados

Objetivos de la fisioterapia:
- Impedir la contractura
- Mantener amplitud de movimiento articular
- Mantener tono muscular

Se comenzará por el ejercicio físico como rehabilitación, el cual se sustenta en criterios tipo:
- Diagnóstico del grado de quemadura, el sexo
- Organización del sistema de ejercicios, 3 sesiones por semana mínimo, aunque algunos acudan más veces.
- Tiempo de los ejercicios 30 min pudiendo llegar de 45 a 90 min,

La rehabilitación la podemos dividir en 3 fases:
- Fase aguda : donde las articulaciones de todo tipo deben colocarse en posiciones correctas, de forma opuesta a la postura donde el paciente se encuentra mas cómodo y con menos dolor. Cuello hiperextendido, codo en extensión completa, cadera a 25 grados, tobillo a 90 grados, muñeca ligera dorsiflexión, axilas en abduccion de 120 grados, rodilla en extensión.

Compresión: vendajes elásticos o vestidos elastizados cubriendo zonas curadas anteriormente.
Ejercicios: ejercicios pasivos y es necesario estimular el movimiento. Se encuentran indicados ejercicios respiratorios.

- Segunda fase (de recuperación):dura 60 días, mismas posiciones que las descritas en la fase anterior.
Compresión igual que en fase aguda aunque en esta ya habrá cicatrices cerradas mediante injertos o cerrado espontáneamente. Los vendajes podrán ser elásticos directamente sobre piel y manteniéndolos 24 horas. Solo los retirará para el baño.
Ejercicios: será beneficioso para el paciente realizar ejercicios activos y pasivos, dirigidos y espontáneos. Los dolores desaparecen y se encuentra de alta hospitalaria casi.
- Tercera fase (rehabilitación) dura un año a partir del alta hospitalaria.
Compresión lo mismo que en la fase dos suspendiéndola solo para el aseo y ejercicios.
Ejercicios, han mejorado los movimientos hasta casi la total normalidad.
Debemos tener en cuenta durante todo el tratamiento la necesidad de las atenciones emocionales y secuelas psíquicas, siendo controlado por el facultativo responsable.
Es fundamental que el fisioterapeuta conozca las contraindicaciones cuando sea el momento del inicio del ejercicio físico:
- Shock por quemaduras
- Infecciones
- Problemas en órganos internos
- Cuando hay problema de infarto de miocardio o edema pulmonar
- Quemaduras profundas en zona de grandes vasos y nervios.

5 Discusión-Conclusión

Una de las claves dentro de la atención integral es la rehabilitación, con el uso del ejercicio físico terapéutico totalmente relacionado directamente con la terapia física como factor de salud.

El diseño de un programa de ejercicios es fundamental para recuperar la movilidad y reintegrarlo en su vida útil.
Es necesario un trabajo en equipo para conseguir sacar al paciente adelante, el fisioterapeuta desempeña un papel importante en la recuperación, sin él los logros obtenidos en muchos aspectos no serían posibles.

Cada quemadura va acompañada de unas secuelas y debe tener su propia forma de tratamiento para conseguir una evolución positiva.

6 Bibliografía

1. Insua, C. M. (2004, 1 diciembre). Fisioterapia en los pacientes quemados. Quemaduras,tratamiento fisioterápico y aspectos relacionados | Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-fisioterapia-pacientes-quemados-quemadurastratamiento-fisioterapico-13068874

2. Enfermería, M. R. Y. de. (2020, 9 octubre). Abordaje desde la fisioterapia en pacientes con cicatrices por quemaduras. Revisión sistemática. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. https://revistamedica.com/fisioterapia-pacientes-cicatrices-quemaduras/

Insua, C. M. (2004, 1 diciembre). Fisioterapia en los pacientes quemados. Quemaduras,tratamiento fisioterápico y aspectos relacionados | Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-fisioterapia-pacientes-quemados-quemadurastratamiento-fisioterapico-13068874

3.Fisioterapia en pacientes quemados. (s. f.). FisioCampus https://www.fisiocampus.com/articulos/fisioterapia-en-pacientes-quemados

4.Investigación, R. S. (2021, 3 noviembre). Caso clínico: rehabilitación en el gran quemado. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-rehabilitacion-en-el-gran-quemado/

Capítulo 48

LA FISIOTERAPIA Y SU FUNCIONAMIENTO EN ARTROPLASTÍA DE RODILLA

MARIA ROSA GARCIA LEON

MARTA VELASCO JIMENEZ

RAQUEL GUARINOS LÓPEZ

MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO

BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ

1 Introducción

El equipo de fisioterapeutas explica que La artroplastia total de rodilla (ATR) es la cirugía con mayor tasa de éxito y resultados satisfactorios a largo plazo (90%+) en el tratamiento quirúrgico reconstructivo de las articulaciones femoro-tibial y femororrotuliana con sustitutos artificiales (prótesis), y serán pacientes con muy enfermedad articular degenerativa avanzada.
El propósito de la ATR es restaurar la función del paciente, como por ejemplo: mejorar el rango de movimiento, brindar mayor estabilidad articular y desplazamiento natural, y así brindar una mejor calidad de vida. De esta manera, la colocación de ATR puede prevenir complicaciones sistémicas y locales cuando fallan la medicación y la rehabilitación.

El éxito de la artroplastia total de rodilla no solo dependerá del procedimiento quirúrgico y sus efectos a largo plazo, sino que irá de la mano con la fisioterapia. El proceso de rehabilitación es exitoso mediante la aplicación de una gama de agentes de fisioterapia. Los ejercicios terapéuticos mejorar el rango de movimiento, el fortalecimiento y la tracción muscular estiramiento y movilización de tejidos blandos.
Es fundamental que este enfoque de fisioterapia para el reemplazo de rodilla sea realizado por un equipo multidisciplinario para reintegrar con éxito al paciente a las actividades de la vida diaria.

2 Objetivos

El objetivo de este artículo es realizar revisión bibliográfica sobre la artroplastia de rodilla por parte del equipo de fisioterapia 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

La articulación de la rodilla es una articulación compleja que consta de dos unidades estructurales funcionales distintas, una de las cuales es la articulación tibiofemoral, que consiste en el extremo distal del fémur separado por una incisión profunda en forma de U entre sus cóndilos. fosa intercondílea. Esta estructura estará conectada a la cara proximal de la tibia, una estructura asimétrica e incongruente que será restaurada fisiológicamente por el menisco. La otra articulación de la rodilla es la articulación femororrotuliana, que consiste en la rótula y el tendón del cuádriceps, y consta de 4 capas (medial, lateral, medial, anterior), la capa anterior o superficial se inserta en la superficie anterior de la rótula y la La capa medial-lateral se une al lado medial de la rótula. El vasto intermedio se une al borde posterosuperior de la rótula.
2 .Estabilizadores dinámicos

Conformado por los músculos y sus inserciones tendinosas que actúan sobre los movimientos de la rodilla. Por ejemplo: La extensión es un movimiento que se realiza por la acción del músculo cuádriceps; en cambio, la flexión es gracias a los tendones de los músculos flexores llamados isquiotibiales. Entre los músculos localizados en la parte medial se encuentran el tendón del semimembranoso y los de la "pata de ganso", quienes se oponen al valgo de rodilla. De igual forma, los músculos poplíteos y gemelos también intervienen en la estabilidad de la rodilla.
La alineación de la articulación de la rodilla está determinada por ejes anatómicos y mecánicos. El eje anatómico se definió como el canal espinal desde la ASIS (espina ilíaca anterosuperior) a través de la escotadura intercondílea hasta el punto de la escotadura intercondílea (centro de la rótula). El eje mecánico comienza desde el centro de la rótula hasta el tubérculo tibial anterior. La unión o intersección de los dos ejes forma un ángulo llamado "Q", llamado chaflán en valgo, de 10° o 15° para hombres y de 15° a 19° para mujeres.
3-biomecanica
3.1 Estabilizador estático
Consiste en los meniscos, que son estructuras fibrocartilaginosas ubicadas en la base de la meseta tibial, que a su vez consta de dos extremos laterales (medial y lateral) cuya función es distribuir las cargas de peso, reducir el desgaste inducido por fricción y ajustar la superficie articular.
La alineación de la articulación de la rodilla está determinada por ejes anatómicos y mecánicos. El eje anatómico se definió como el canal espinal desde la ASIS (espina ilíaca anterosuperior) a través de la escotadura intercondílea hasta el punto de la escotadura intercondílea (centro de la rótula). El eje mecánico comienza desde el centro de la rótula hasta el tubérculo tibial anterior. La unión o intersección de los dos ejes forma un ángulo llamado "Q", llamado chaflán en valgo, de
10° o 15° para hombres y de 15° a 19° para mujeres.
3.2 Artrocinemática
El movimiento articular de la articulación de la rodilla se debe a la ley cóncavoconvexa de la superficie articular; en este caso, la articulación femoral-tibial rueda hacia atrás y se desliza hacia adelante debido a la convexidad durante el movimiento de flexión, mientras que el menisco de la tibia se mueve ligeramente. dorsalmente; en extensión, por otro lado, la convexidad rueda hacia adelante y se desliza hacia atrás sobre la superficie cóncava, moviendo así el menisco ligeramente ventralmente. En esta articulación también encontramos movimiento de rotación. Durante la rotación externa, la base medial de la tibia se desliza ventralmente y la base lateral se desliza dorsalmente; por el contrario, durante la

rotación interna, la base medial de la tibia se desliza dorsalmente y la base lateral se desliza ventralmente.
En la articulación patelofemoral, el deslizamiento craneal de la rótula ocurre durante la extensión de la rodilla debido a la contracción del cuádriceps.
4 Osteocinemática
La articulación de la rodilla tiene 2 grados de libertad de movimiento. En la articulación femorotibial existen movimientos de flexión y extensión, realizados en el plano sagital y en el eje horizontal, a través de los cóndilos femorales. En la articulación femoro-tibial, también existe un movimiento de rotación axial debido a la incompatibilidad articular y la laxitud de los ligamentos; este movimiento ocurre alrededor del eje longitudinal y el rango de rotación depende del rango de extensión en flexión, por lo que durante el movimiento de extensión la tibia se orienta lateralmente, mientras está en flexión Durante el movimiento, la tibia se orientará medialmente. Cuando se inicia la flexión, la articulación de la rodilla se desbloquea bajo la acción del músculo poplíteo, que al tensar el ligamento cruzado anterior, rota externamente el fémur y rota internamente la tibia.
Los ligamentos laterales se relajan mientras que los ligamentos mediales se antagonizan con una flexión de 30°, mientras que el menisco se mueve hacia atrás, trayendo el fémur hacia atrás y la tibia hacia adelante. El tendón del bíceps femoral actúa como estabilizador lateral primario, y el poplíteo y el ligamento cruzado anterior permanecen tensos contra la retroversión del fémur.

5 Discusión-Conclusión

Determinamos como conclusión de este trabajo que el éxito de la ATR depende en gran medida de la fisioterapia, ya que es fundamental y necesaria para el paciente, ya que será un proceso clave en el desarrollo de su recuperación funcional y no solo es suficiente para el tratamiento quirúrgico. La artroplastia de rodilla se considera una alternativa quirúrgica satisfactoria, que implica el reemplazo de la rodilla por una articulación artificial, diseñada para mejorar significativamente la función general del paciente, permitiéndole reanudar sus actividades de la vida diaria y laboral, sujeto a los descritos Los efectos de los cambios degenerativos severos en las articulaciones

6 Bibliografía

1. Saito, T., Sasanuma, H., Iijima, Y., Kanaya, Y., Saito, T., Watanabe, H., Kikkawa,

I. and Takeshita, K. (2017). Short-term clinical results of frozen shoulder treated with shoulder manipulation under ultrasound-guided cervical nerve root block at outpatient setting: A case series. Journal of Orthopaedic Science, 22(2), pp.275-280.
2. Ammar, T. (2015). Monochromatic Infrared Photo Energy Versus Low Level Laser Therapy in Chronic Low Back Pain. Journal of lasers in medical sciences, 6(4), pp.157-161.

Capítulo 49

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS Y FISIOTERAPIA PARA COMBATIR EL DOLOR MUSCULAR

MARIA ROSA GARCIA LEON

MARTA VELASCO JIMENEZ

RAQUEL GUARINOS LÓPEZ

MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO

BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ

1 Introducción

El dolor es un concepto complejo y difícil de definir, ya que se trata de una percepción subjetiva, personal e íntima, integrada por un conjunto de pensamientos, sensaciones y conductas influenciadas por factores personales, ambientales y culturales; capaces de modelar el síntoma dolor y provocar reacciones y sensaciones diferentes en cada individuo. Por ello, cada persona tiene un umbral del dolor diferente que dificulta la evaluación del mismo.
La sensación dolorosa se produce en el Sistema Nervioso. Los dolores musculares pueden llegar a ser muy molestos y duraderos, causando alteraciones en actividades cotidianas, llegando incluso a convertirse en limitantes para realizar las actividades de la vida diaria. Los Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) pueden ser una alternativa terapéutica adecuada para aliviar el dolor muscular.

La función del antiinflamatorio es bloquear las sustancias químicas que genera el cuerpo y que son las responsables de la inflamación de los tejidos, inhibiendo ciertas enzimas del cuerpo llamadas ciclooxigenasa, que se libera durante el daño al tejido. Al bloquear los diferentes tipos de ciclooxigenasas (COX), entre ellas, la
COX-1 y la COX-2, los AINES pueden ayudar a reducir el dolor y la inflamación, y consigue ofrecer un mayor confort a las personas que padecen este tipo de dolores.

2 Objetivos

Describir los distintos tipos de antiinflamatorios no esteroideos y las distintas técnicas de fisioterapia para el alivio del dolor muscular.

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

Es imprescindible un diagnóstico preciso del dolor muscular y ahí se basará nuestro tratamiento. Una combinación de antiinflamatorios no esteroideos y tratamiento fisioterápico mediante técnicas analgésicas (termoterapia, electroterapia, láser, cinesiterapia, cinesiterapia). La inmensa mayoría de los dolores que se presentan a lo largo de nuestra vida responden a este tipo de antiinflamatorios.
Hay que seleccionar el más adecuado a cada tipo de dolor muscular y tomarlo siguiendo las indicaciones del profesional.
En el ámbito clínico de la fisioterapia, el examen y la evaluación del dolor muscular son pilares fundamentales de la historia del paciente y formando una de las categorías de test y de medidas que se deben de realizar en el examen inicial del mismo. Valorando así, intensidad, calidad, duración y características físicas del mismo.

Los tratamientos fisioterápicos serán determinantes en el caso de las lesiones musculares, ya que constituirán el tratamiento de rehabilitación principal de las dolencias.
Derivados del ácido acético:
- Indometacina: actualmente casi no se emplea por sus efectos adversos. Ketorolaco; tiene una elevada potencia analgésica y tiene la ventaja de poseer una forma farmacéutica por vía parenteral.
- Diclofenaco: elevada potencia analgésica, antiinflamatoria y antitérmica. Es el más potente antiinflamatorio que se puede encontrar hoy en día. Su eficacia lo hace adecuado para dolores muy potentes y recientes.
Derivados del ácido propiónico:
- Ibuprofeno: es antipirético, analgésico y antiinflamatorio.es especialmente efectivo en dolores musculares.
- Naproxeno; empleado en el tratamiento de dolor leve o moderado. Actúa inhibiendo la síntesis de prostaglandina.
- Ketoprofeno; potente actividad analgésica.
Paraminofenoles:
Paracetamol; como antitérmico y analgésico, es buen sustituto del ácido acetilsalicílico (AAS). Su uso apenas tiene efectos adversos.
Salicilatos:
AAS su núcleo fundamental es el ácido salicílico; conocido como la aspirina.
Tiene efecto inhibitorio de la ciclooxigenasa.
Diflunisal; indicado para el alivio del dolor y la inflamación.
Pirazolonas: Metamizol; puede provocar calor, hipotensión, rubor facial y palpitaciones. Propifenazona; tiene propiedades antitérmicas y analgésicas. Fenilbutazona; tiene mayor efecto analgésico que el Paracetamol.
Oxicams:
Piroxicam; tiene la ventaja de ser eficaces con una sola toma diaria.
Coxibes:
Selectivos (COX-2); celocoxib y etoricobix. Inhibidores alternantes de la enzima COX-2. Inhiben la producción de prostaglandina, reduciendo el dolor y la inflamación sin efectos adversos gastrointestinales.
Otros:
Nabumetona; actúa impidiendo la síntesis de prostaglandinas, mediante la inhibición de la actividad ciclooxigenasa.
Función:
Los antiinflamatorios son un grupo químicamente heterogéneo de fármacos. Sus acciones son tres:

- Acción analgésica; aliviar el dolor. Es un efecto periférico y está relacionado con la inhibición de la síntesis de prostaglandinas en el lugar donde se percibe el dolor.
- Acción antiinflamatoria.
- Acción antipirética; disminuir la temperatura corporal. La acción antifebril de los AINE es consecuencia de su capacidad inhibitoria de la síntesis de prostaglandina por la ciclooxigenasa a nivel central que regula la temperatura corporal.

Hay diferentes tipos de analgésicos, pero los más comunes son los que están en el grupo de los Antiinflamatorios No Esteroideos (AINE), son fármacos en su mayoría antiinflamatorios, con actividad analgésica y antitérmica.

Efectos secundarios:

Tanto los AINES como los analgésicos si se toman en dosis elevadas, o si se toman durante mucho tiempo, pueden causar efectos secundarios, serios. Entre ellos; dolor de estómago, úlceras, náuseas, problemas renales, retención de líquidos, estos riesgos pueden aumentar con la edad y con la presencia de otros problemas de salud.

Los factores predisponentes son; edad mayor de 65 años, antecedentes de úlceras péptica, uso de anticoagulantes, uso de varios AINES, el tiempo de duración del tratamiento, dosis elevadas, padecer enfermedades graves, entre otros.

Tratamiento de fisioterapia:

La fisioterapia es el arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución.

Las causas de la inflamación y el dolor muscular son muchas y variadas, desde un mal estiramiento, una contractura muscular, lesiones de fibras, lesiones por sobrecarga e incluso malestar general corporal que se sufre durante una infección que provenga de una gripe o un constipado.

Los problemas que más a menudo llevan a los pacientes a la consulta son; 56% dolor muscular de espalda; 22% dolores varios de sistema muscular esquelético; 20% estrés y otros problemas psicosociales.

Técnicas analgésicas:

Masaje:

Conjunto de manipulaciones sin ningún tipo de ayuda instrumental, sobre una parte o totalidad del organismo, con el objetivo de movilizar los tejidos.

Termoterapia:

Alivio transitorio en los trastornos antiinflamatorios, ya que aumenta el flujo sanguíneo y la extensibilidad del tejido conectivo. Disminuye la rigidez, el dolor y el espasmo muscular.

Hidroterapia:

Es la aplicación del agua en cualquier forma, estado o temperatura, con fines terapéuticos y como vector mecánico y químico (baños de Kneipp, Baños de contraste, baños galvánicos, compresas frías y calientes, envolturas, etc.). Sus efectos terapéuticos son, entre otros analgésicos y miorrelajantes.

Ultrasonidos:

Vibraciones acústicas o sonoras de una frecuencia superior a 16.000 Hz. Se propaga como un movimiento ondulatorio a una velocidad determinada.

Crioterapia:

Es la aplicación del frío con fines terapéuticos. Siendo uno de los métodos más potentes utilizados para disminuir el umbral del dolor y la inflamación en medicina física.

Electroterapia analgésica:

La electroterapia analgésica genera diversos beneficios; reduce el dolor de la zona a tratar, tiene efecto antiinflamatorio, mejora la recuperación de los tejidos.

- Corrientes diadinámicas.
- TENS (electroestimulación transcutánea).
- Interferenciales.
- Galvánicas.
- Trabert.

Estiramientos:

Los estiramientos son necesarios para tratar cualquier alteración de la musculatura que se encuentre acortada o en tensión.

Ejercicios:

El ejercicio es una terapia importante y necesaria porque fortalecer los músculos débiles, moviliza las articulaciones rígidas, mejora la función cardiovascular, la coordinación y mejora el confort del paciente.

Láser:

El láser contribuye a normalizar la situación iónica a ambos lados de la membrana despolarizada, repolarizándola y aumentando por lo tanto su umbral de excitación.

Movilizaciones:

Estas técnicas sirven para dinamizar articulaciones hasta posiciones a las que el paciente no podría llegar él solo y pretenden estimular los aferentes sensitivos que reducen la sensación dolorosa por mecanismos neurológicos normales.

Si persisten en el tiempo, uno de los problemas más comunes es la alteración de sueño, ya que impide el descansar. Engloba procesos físicos, mentales, sociales y conductuales, y todo ello compromete la calidad de vida. Por ello hay que tratarlo lo más precoz posible.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que sacamos es que la fisioterapia tiene una amplia gama de técnicas para utilizar frente a los dolores musculares y su capacidad de acción va desde el síntoma a las causas del síntoma.
La fisioterapia es requerida cada vez más para el tratamiento de procesos sin un tratamiento médico definitivo y que cursa con este tipo de dolor. Junto con los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), que son un grupo químicamente muy heterogéneo y variado de fármacos que su función principalmente son antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos.
Como sanitario, el tratamiento del dolor siempre debe que ser una prioridad.
Saber identificar qué tipo de causas crean este tipo de dolores musculares y a partir de ello abordarlo con los conocimientos que tenemos para ello.
Tenemos que conocer los fármacos a emplear, en este caso, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), tanto sus indicaciones, como reacciones adversas que puede ocasionar en el paciente. Todo ello para conseguir remitir o paliar el dolor muscular.
La fisioterapia tiene como propósito optimizar la salud y las funciones de los pacientes. Mediante diversas técnicas analgésicas y antiinflamatorias. Entre ellas; termoterapia, electroterapia, ejercicios, estiramiento. Formando parte de un equipo interdisciplinario (traumatólogos, rehabilitadores, geriatras, ortopedistas) que buscan todos los mismos fines. El buen estado general de salud.
Un tratamiento de fisioterapia se vincula a un tratamiento con AINES para reducir o paliar los síntomas o molestias ocasionados por un dolor muscular de manera más efectiva. Ambos con el propósito de optimizar la salud y las funciones del paciente.

6 Bibliografía

1. Pérez Cajaraville, Lafuente Jiménez, Moncada Durruti. Unidad del dolor. Clínica Universitaria de Navarra: 2.013.
Disponible en: http://www.cum.es/nuestros-profesionales/servicios-medicos/unidad-dolor.

2. Puebla Díaz. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Doloriatrogénico. Madrid; 2.005.

Capítulo 50

FISIOTERAPIA Y LA ARTRITIS REUMATOIDE

MARIA ROSA GARCIA LEON

MARTA VELASCO JIMENEZ

RAQUEL GUARINOS LÓPEZ

MARIA DEL MAR SANCHEZ SERRANO

BEATRIZ HERREROS MARTÍNEZ

1 Introducción

Nos centraremos en cómo los equipos de fisioterapia están manejando esta condición en los pacientes, especialmente en los adultos mayores, que lamentablemente la padecen y están pasando por momentos difíciles.Es una enfermedad autoinmune crónica.Suele afectar las articulaciones y puede afectar la piel, los ojos y la piel. .Los pulmones, el corazón y los vasos sanguíneos. La enfermedad causa dolor, hinchazón, rigidez y pérdida de la función articular. La prueba del factor reumatoide (FR) se usa más comúnmente para diagnosticar la artritis reumatoide, pero cuando se acompaña de otros tipos de pruebas para aclarar el diagnóstico, como ESR, proteína C reactiva, ácido úrico o serología, existe. Se desconoce la causa exacta de esta enfermedad, pero parece que el medio ambiente, los genes y las hormonas pueden jugar un papel y aumentar el riesgo de la enfermedad. El diagnóstico y el tratamiento tempranos de la artritis reumatoide son importantes,

ya que pueden aumentar el riesgo de otras afecciones, como osteoporosis, infecciones, ojo seco, ojo seco, enfermedades cardíacas e incluso cáncer y ganglios linfáticos. La AR no tiene cura. Sin embargo, los estudios clínicos han demostrado que el tratamiento temprano con medicamentos llamados medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD, por sus siglas en inglés) alivia más síntomas.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Tener conocimiento sobre la artritis reumatoide, así como de su posible diagnóstico.

Objetivos secundarios:
- Conocer las causas que pueden desencadenar la enfermedad.
- Reconocer los síntomas asociados a la AR.
- Saber qué tratamiento sería el más adecuado para retrasar o disminuir los síntomas.

3 Metodología

Nos interesa como nuestro equipo de fisioterapia trata esta condición a los pacientes, especialmente a los ancianos, que lamentablemente tienen esta condición y tienen que pasar por muchas dificultades. Piel, Afecta a los ojos, pulmones, corazón y vasos sanguíneos. La enfermedad causa dolor, hinchazón, rigidez y pérdida de la función articular. La prueba del factor reumatoide (FR) se usa más comúnmente para diagnosticar la artritis reumatoide, pero cuando se acompaña de otros tipos de pruebas para aclarar el diagnóstico, como ESR, proteína C reactiva, ácido úrico o serología, existe. Se desconoce la causa exacta de esta enfermedad, pero parece que el medio ambiente, los genes y las hormonas pueden jugar un papel y aumentar el riesgo de la enfermedad. El diagnóstico y el tratamiento tempranos de la artritis reumatoide son importantes, ya que pueden aumentar el riesgo de otras afecciones, como osteoporosis, infecciones, ojo seco, ojo seco, enfermedades cardíacas e incluso cáncer y ganglios linfáticos. La AR no tiene cura. Sin embargo, los estudios clínicos han demostrado que el tratamiento temprano con medicamentos llamados medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD, por sus siglas en inglés) alivia más síntomas.

4 Resultados

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad reumática crónica caracterizada por daño articular periférico que provoca dolor, inflamación y rigidez.
Además de dañar las articulaciones y el tejido circundante, puede reducir la movilidad y la función de las articulaciones y puede afectar a otros órganos como el corazón y los pulmones. La artritis reumatoide ataca el revestimiento de las articulaciones, causando una inflamación dolorosa que puede conducir a la erosión ósea y la deformidad de las articulaciones con el tiempo. Los síntomas pueden aparecer por un corto período de tiempo, aparecer y desaparecer, o durar toda la vida. Los síntomas que pueden desarrollarse en 1962 incluyen dolor en las articulaciones, fiebre e hinchazón. Rigidez, fatiga, fiebre y pérdida del apetito por la mañana o después de un descanso prolongado. el autor de
El cuarenta por ciento de las personas con artritis reumatoide también tienen signos y síntomas extraarticulares en áreas como la piel, los ojos, los pulmones, el corazón, los riñones, las glándulas salivales, la médula ósea y los pulmones. La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune, una enfermedad autoinmune en la que el sistema inmunitario ataca el tejido articular. Se desconoce la causa exacta de este proceso, pero parece haber un componente genético. Los genes no causan enfermedades por sí mismos, pero pueden mejorar las respuestas a factores ambientales, virus o bacterias que pueden causar enfermedades. La prueba más utilizada para diagnosticar la AR es la prueba del factor reumatoide.
(Padre.). El factor reumatoide es una proteína producida por el sistema inmunitario que ataca por error las glándulas, células y articulaciones sanas. Estas proteínas se encuentran en la sangre e indican la presencia de ciertas enfermedades como la artritis reumatoide, el lupus, la esclerodermia, la mononucleosis, la tuberculosis o ciertos tipos de cáncer (linfoma, leucemia, glóbulos blancos). La prueba en sí no indica AR, por lo que se deben realizar pruebas adicionales para confirmar el diagnóstico, que incluyen:
Péptido de citrulina anticíclico: Busque un autoanticuerpo específico llamado anti-CCP que está presente en el 60% de los pacientes con artritis reumatoide. Anticuerpos antinucleares (ANA): busque niveles altos de anticuerpos antinucleares (compuestos que atacan y destruyen el núcleo celular). Proteína C reactiva: determina la presencia de PCR, que se produce en el hígado en respuesta a la inflamación del cuerpo. Ácido úrico: Un producto de desecho presente en grandes cantidades en la gota, otra forma de artritis. La artritis reumatoide no tiene cura, pero existen medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos, los esteroides, los antirreumáticos o los que alivian los síntomas y retrasan la progresión de la

enfermedad.También es común la cirugía.

5 Discusión-Conclusión

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente a las articulaciones y puede afectar a otras partes del cuerpo. Es una enfermedad autoinmune grave que aún hoy en día es desconocida para el público en general y que a menudo se confunde con otras enfermedades reumáticas. En España, se estima que más de 200.000 personas padecen artritis reumatoide, la enfermedad reumática más debilitante. Es importante controlar los brotes y mantener el control de la enfermedad para evitar posibles complicaciones. Hoy, gracias al diagnóstico precoz y la disponibilidad de nuevos tratamientos, la mayoría de los pacientes tienen su enfermedad bajo control y mantienen una buena calidad de vida en las primeras etapas.

6 Bibliografía

1. Richey, M. (2018, March 26). "Understanding rheumatoid arthritis lab tests and results,".
2. Duckworth, H. (2018, September 17). "RA blood tests: What is normal rheumatoid factor?".
3. Matteson EL. (2018, December 31). "Overview of the systemic and nonarticular manifestations of rheumatoid arthritis."
4. Goldman L. (2019, January 5). "Rheumatoid arthritis. In: Goldman-Cecil Medicine."
5. Weisman MH, (2018, December 31), "Total joint replacement for severe rheumatoid arthritis."

Capítulo 51

MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE): PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS

MARTA DEL ROSAL LÓPEZ

1 Introducción

La alta tasa de prescripción de AINE para el control del dolor, a pesar de los graves efectos adversos que pueden derivar de mal uso o abuso de los mimos, hace que la comunidad científica haga prioritario el estudio de los efectos adversos provocados por los mismos.

Los efectos adversos de los AINE son dosis-dependientes, esto quiere decir que a menor dosis, menor riesgo de aparición de efectos secundarios, y a mayor dosis, mayor riesgo de aparición de efectos secundarios. Si damos dosis bajas, los efectos secundarios van a ser bajos y de poca intensidad, Si damos dosis altas, los efectos secundarios serán graves.

Los efectos secundarios se van a deber a la inhibición de prostaglandinas, a la aparición de radicales libres que son especies reactivas muy lesivas para las células y por último al daño mitocondrial.
Según el tiempo que la reacción adversa aparece, los efectos adversos pueden ser de aparición inmediata y de aparición retardada.

Los efectos adversos de los AINE afectan a todos los órganos, al aparato digestivo principalmente, pero no únicamente, al aparato circulatorio, producen hiperten-

sión con mayor o menor frecuencia, producen infartos de miocardio, pueden agravar la insuficiencia cardíaca.

Puede aparecer el shock anafiláctico y la hepatotoxicidad

2 Objetivos

-Conocer los principales efectos adversos provocados por el uso y abuso de tratamientos con AINE en pacientes que no acompañan la toma con medidas preventivas y en tiempo prolongado.

3 Metodología

Se consultan bases de datos sometidas a revisión científica y guías de prescripción hospitalaria y dispensación comunitaria.
Se unifican ideas y se sacan conclusiones conjuntas de varios artículos, se cuantifican resultados y se exponen los principales efectos secundarios derivados del uso de AINE de forma ordenada.

4 Resultados

Con dosis bajas prescritas de AINE, aparecen efectos secundarios débiles y de poca relevancia. La aparición de efectos secundarios es dosis-dependiente.
Los efectos adversos de los AINE se producen por la inhibición de la síntesis de prostaglandinas, también son inducidos por la formación de radicales libres, que son especies reactivas altamente lesivas para las células y también al daño mitocondrial por el bloqueo del complejo 1 de la cadena respiratoria mitocondrial, produciendo daño celular grave.
Los efectos adversos de los AINE son de aparición inmediata y de aparición retardada. Los de aparición inmediata representan un 30% de los efectos secundarios en general provocados por la toma de AINE.

Los efectos adversos digestivos van desde ligeras dispepsias, flatulencias, dolor abdominal y náuseas, hasta erosión digestiva, úlceras y hemorragias. Las hemorragias se ven agravadas por su efecto anti plaquetario.
El daño gástrico es muy frecuente, puede llegar a ser de un 50% de aparición en pacientes con uso de AINE. La media está en un 30%.

Está comprobado que la intensidad de los síntomas no se refleja daño en la mucosa.

El porcentaje de reacciones alérgicas de los AINE es superior a los de los antibióticos. El porcentaje es del 5%. Las principales reacciones alérgicas de los AINE son erupciones cutáneas, asma, shock anafiláctico y angioedema.
Una de las reacciones alérgicas retardadas del consumo de AINE es el daño renal, el cual aparece de forma silenciosa, sin dar apenas síntomas y tiene carácter irreversible a largo plazo. El daño renal se debe principalmente a una vasoconstricción renal que conlleva a una disminución de la filtración glomerular y a una elevación de la presión arterial, si se mantiene esta vasoconstricción en el tiempo, se puede producir una necrosis tubular que conduce a un fallo renal agudo.
El fallo renal agudo es la causa principal de muerte de personas que consumen AINE a dosis alta en periodos prolongados.

5 Discusión-Conclusión

El alto porcentaje de población que padece dolor hace que el consumo de AINE sea más alto de lo que es aconsejable y que su consumo se prolongue en el tiempo. Este consumo de AINE conlleva un peligro a veces poco considerado a la hora de realizar la prescripción y dispensación.

La aparición de efectos secundarios y daños puede ser rápida o retardada. Los efectos secundarios tienen intensidad alta o baja dependiendo de su dosis, sin embargo, la aparición de daños graves no avisa, y cuando aparece, el daño ya está hecho, por ejemplo los daños en aparato digestivo graves, no se reflejan en mucosa, por lo que es importante hacer controles de heces en pacientes con uso prolongado de AINE para detectar sangre en heces y así poder detectar el daño antes de que pase a ser irreversible.
Las reacciones alérgicas son otras de las reacciones a tener en cuenta en el uso de AINE, sin embargo por la población no se perciben como importantes, constituyendo un porcentaje superior a las alergias que despiertan grupos terapéuticos como los antibióticos.

El consumo de AINE en un periodo largo, produce efectos adversos de aparición retardada como por ejemplo el daño renal que aparece de un modo muy silencioso y es una de las principales causas de muerte en pacientes con uso prolongado y dosis demasiado altas de AINE.

6 Bibliografía

1. Flores, K. L. F., Ávila, L. E. L., Solorzano, L. B. D., & Fiallo, S. J. A. (2019). Hemorragia digestiva alta asociada a AINES. RECIMUNDO, 3(3 ESP), 128-145.
2. Táboas-Favorecido, A., González-González, Y., Alonso-Calvete, A., & Justo-Cousiño, L. A. (2022). Efectos de los antiinflamatorios no esteroideos en las tendinopatías. Revisión sistemática. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología, 36(2).
3. López, J. F. F., Vílchez, M. J. R., & González, B. A. C. (2022). Alergia a medicamentos. Conceptos básicos y actitud a seguir por el Médico de atención primaria. Avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades alérgicas, 62.

Capítulo 52

¿CÓMO SE MANIFIESTAN LOS EFECTOS O RESPUESTA AL ESTRÉS EN LOS TRABAJADORES SANITARIOS Y NO SANITARIOS?

MARIA PEON FERNANDEZ

1 Introducción

Existe evidencia científica sólida de cómo el estrés laboral afecta tanto a la salud y el bienestar de las personas como al desarrollo laboral.
En particular, los síntomas individuales más importantes del estrés son:
1. Manifestaciones emocionales: irritabilidad, ansiedad, trastornos del sueño, depresión, delirios, alienación, agotamiento, problemas familiares derivados del estrés).
2. Manifestaciones cognitivas: dificultad para concentrarse, recordar información, dificultad para aprender cosas nuevas, dificultad en la toma de decisiones.
3. Síntomas conductuales: abuso de drogas, alcohol, tabaco, conducta destructiva.
. Manifestaciones fisiológicas: problemas de espalda, defensas débiles, úlceras pépticas, problemas cardíacos, hipertensión arterial…
El ”síndrome de tristeza” o ”síndrome de agotamiento” (SQT) es un tipo especial de estrés. Es una respuesta al estrés laboral crónico. Sus principales características son la experiencia de agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de insuficiencia.
El agotamiento emocional es un elemento central del síndrome y se caracteriza por sentimientos crecientes de agotamiento físico y mental en el trabajo. La despersonalización se refiere a actitudes pesimistas, de aislamiento y sentimientos

negativos sobre las personas con las que se trabaja y el rol profesional de uno. La despersonalización se produce para protegerse del agotamiento emocional: por ejemplo, distanciarse de los compañeros, deshumanizar las relaciones personales con los usuarios, etc.

2 Objetivos

Con el presente trabajo científico se pretende determinar los efectos o respuestas del estrés tanto en el personal sanitario como en el 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 guias sobre la materia. Las variables de búsqueda utilizadas han sido "estres+consecuencias".

4 Resultados

En los últimos años, el estrés laboral ha sido muy común entre los trabajadores sanitarios y no sanitarios de diversas administraciones públicas y hospitales privados, debido principalmente a la pandemia de la COVID-19, que obligó a los empleados a acudir también a los lugares físicos. exigencias mentales e incluso sociales nunca antes vistas. Todo ello ha provocado un aumento de la incapacidad temporal inducida por el estrés y un aumento del uso de ansiolíticos.
El efecto del estrés sobre la salud se manifiesta a nivel físico, psicológico y social. En este sentido, cabe señalar que ante la exposición constante a estímulos estresantes, el organismo produce una serie de reacciones fisiológicas que incluyen la activación del sistema nervioso. La respuesta del cuerpo varía dependiendo de si se trata de una fase de estrés inicial o de una fase crónica o de estrés a largo plazo donde los síntomas se vuelven persistentes y se desencadena la enfermedad. Por ejemplo, los cambios causados por el estrés laboral incluyen:
• Supresión inmunológica y enfermedades autoinmunes…
• Enfermedades cardiovasculares como presión arterial alta, dolor de miocardio, aumento de la incidencia de infarto de miocardio y otras enfermedades cardiovasculares,…

• Trastornos digestivos . y enfermedades como acidez estomacal, indigestión, dispepsia, vómitos, diarrea, cólicos, dolor, colitis ulcerosa,…
• Enfermedades respiratorias como hiperventilación, tos, asma,…
• Enfermedades de la piel como sequedad, picor, erupción cutánea, prúrito,..
• Apoyo y enfermedades musculoesqueléticas desde la tensión muscular y el dolor hasta el reumatismo.
• Trastornos neurológicos como cefalea, migraña, trastornos del sueño, descanso no reparador y somnolencia…
• Trastornos ginecológicos: tales como trastornos menstruales, menstruación más dolorosa y abundante, dismenorrea, etc.
• O trastornos de salud mental como ansiedad, depresión, etc.

5 Discusión-Conclusión

De la información recopilada para la realización del trabajo científico, se puede concluir que es importante que las diferentes organizaciones y en especial el departamento de salud, tanto público como privado, debido a la pandemia antes mencionada, tomen las medidas necesarias para evitar el estrés de los empleados, porque sucede entonces, reducirlo o si no se puede evitar, el impacto en los empleados es lo más leve posible. Esto es de vital importancia porque una fuerza laboral que padezca estrés suele ser una fuerza laboral que sufre en abundancia discapacidades temporales, que por consiguiente, generan costos monetarios y para la organización.

6 Bibliografía

1. Ramírez, M. G., & Hernández, R. L. (2006). Síntomas psicosomáticos y teoría transaccional del estrés.Ansiedad y Estrés. 12(1), 45-61.

Capítulo 53

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX COMO METODO DIAGNÓSTICO

LUCIA FERNANDEZ TERRON

1 Introducción

La radiografía de tórax o radiografía torácica es un método muy empleado ante la sospecha de enfermedades pulmonares, cardiacas o de patología en zona torácica, ya que aporta imágenes de corazón, pulmón y huesos de tórax y columna vertebral.
En enfermedades pulmonares es utilizada para el diagnóstico y posterior evolución de neumonías, enfisémas, tuberculosis, derrames pulmonares etc.
En cuanto a patologías cardiacas detecta una gran variedad de enfermedades, ya que esta radiografía de tórax muestra cambio en el tamaño y contorno del corazón, así como también pueden apreciar los cambios de vasos cercanos al mismo. Las enfermedades cardiacas serían tales como insuficiencia cardiaca, derrame pericardio, aneurisma aórticos, etc.
También se visualizan fracturas óseas a nivel y costillas y vertebras.
Debido a la gran variedad de posibles enfermedades que se pueden determinar con la radiografía de tórax, todas ellas afectando a órganos vitales. Resulta de vital importancia el conocimiento del material a utilizar asi como de la técnica empleada en la misma por parte del técnico de rayos como personal sanitario encargado de la realización de la misma. Esta variedad posibles enfermedades diagnósticas con esta placa hace que la ecuación riesgo-beneficio resulte altamente positivas siendo por ello la prueba radiológica con diferencia más utilizada por el personal sanitario.

2 Objetivos

Dar a conocer la radiografía de tórax como método de diagnóstico.

3 Metodología

Para este estudio se ha empleado una mitología basada en la búsqueda en distintas web, libros y bases de datos como Medline, Dialnet, Scielo, así como una revisión bibliografía sobre la literatura científica actual existente, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas.

4 Resultados

El uso de una correcta ejecución de una radiografía de tórax nos sirve para evaluar el estado de órganos vitales tales como corazón, pulmones así como el estado de los huesos de la pared torácica.
Como técnico del servicio de radiodiagnóstico, seremos los encargados de recibir al paciente, al cual le explicaremos la técnica a realizar, resolución de dudas y posibles riesgos que puedan surgir durante la realización de la prueba, con esto. Logramos crear un clima adecuado necesario para la perfecta ejecución de la placa.
Para realizar una radiografía de toras hay que seguir las siguientes pautas:
El chasis deberá estar colocado a5 cm por encía de los hombros del paciente, el rayo central perpendicular al plano de la placa a nivel de la punta de la escápula (6ª vértebra) y el tubo a una distancia de 180 cm. Hacer una inspiración forzada y aguantar la respiración.
Las proyecciones varían dependiendo de la posición del paciente.
Proyección PA (posterioanterior) en bipedestación. Mentón extendido, codos flexionados, manos sobre caderas con palmas hacia afuera y pecho pegado a parrilla.
Proyección lateral en bipedestación. Lado izquierdo pegado a parrilla, mentón extendido flexionando codos y antebrazos por encima cabeza.
Proyección AP(rayo entra por la espalda) en sedestación, extender mentón y flexionar codos y hombros.
Proyección AP decúbito lateral. Se coloca el paciente sobre lado afecto elevando brazos encima de cabeza y flexión ligera de rodillas.
Existe una baja exposición a la radiación. Con lo cual la ecuación riesgo-beneficio resulta positiva siendo menor los riesgos que los beneficios, si bien, debemos

extremar precauciones en el caso de mujeres embarazadas (riesgo para el feto) y niños, ya que estos son más sensibles a los riesgos de la exposición a la radiación.

5 Discusión-Conclusión

La labor del técnico de rayos X es fundamental en el correcto posicionamiento del paciente y en la ejecución de la técnica radiológica, ya que de estas dos premisas depende la obtención de información correcta para el establecimiento de diagnóstico y evolución de patologías pulmonares, cardiológicas ya diagnosticadas. Es la radiografía de tórax el estudio de imagen más utilizada, ya que la relación entre radiación recibida por el paciente es mínima en comparación con las diversas patológicas que pueden establecerse todas ellas o en su inmensa mayoría relacionadas con el perfecto funcionamiento de órganos vitales tales como corazón (visualización de vasos y arterias) y pulmones.

6 Bibliografía

Revista sanitaria de investigación el papel de técnico superior en imagen para el diagóstico clínico.
Radiología de tórax.
Posiciones radiológicas (Editorial Masson).
Medlineplus.

Capítulo 54

FUNCIÓN DEL TÉCNICO DE RAYOS EN PLACAS DE RODILLA COMO PRUEBA DIAGNOSTICA

LUCIA FERNANDEZ TERRON

1 Introducción

Una radiografía de rodilla es una de las formas más prácticas y rápidas que tenemos para la evaluación de la estructura de esta articulación, este estudio nos permite visualizar a través de imágenes la condición de los huesos, tejidos y densidades óseas. Se trata de un estudio indoloro y que no requiere ninguna preparación previa.

Los especialistas pueden evaluar mediante una correcta placa de rodilla posibles fracturas, grado de deterioro producido por enfermedades óseas como osteoporosis, artrosis y también la presencia de tumores, si bien también refleja ligamentos y músculos que constituyen esta compleja articulación. Para obtener una buena imagen de la rodilla es imprescindible el conocimiento por parte del técnico de rayos tanto del material, como de la técnica radiológica pertinente. Al tratarse de radiaciones ionizantes debemos realizar la placa de forma adecuada y lo más ajustada posible para radiar lo mínimo, si bien la ecuación riesgo-beneficio resulta positiva, ya que al tener un diagnóstico correcto y tratamiento adecuado, los síntomas en un espacio más o menos corto desaparecerán o mejorarán de forma paulatina, influyendo en la mejora de calidad de vida del paciente, no debemos que la articulación de rodilla es parte del aparato locomotor que nos permite desplazarnos en nuestra vida cotidiana.

2 Objetivos

Exponer las actuaciones adecuadas para la correcta realización de las proyecciones radiológicas de rodilla.
Ayudar en el correcto diagnóstico de patología y vigilancia de la respuesta de tratamientos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 página web de organización mundial de la salud y Pubmed.

4 Resultados

El técnico de rayos es el personal sanitario encargado de recibir, informar y aclarar todas las dudas que el paciente pudiese tener antes de realizar la prueba, en el caso que nos ocupa, la radiografía de rodilla. Para obtener las imágenes deseadas, el técnico someterá la rodilla a una máquina de rayos X, que trabaja con haces de rayos a dosis controladas, estos son absorbidos por los materiales que entran en contacto, obteniendo las imágenes que varían de color; cuando se trate de huesos son blancos y en tonos grises si reflejan músculos.
Antes de hacer la prueba el paciente retira todas las joyas y metales para evitar alteraciones en las imágenes.
Las proyecciones más corrientes de rodilla son:
Proyección anteroposterior (AP) la radiografía va de arriba de la parte superior a la inferior de la rodilla. El paciente puede estar de pie o decúbito supino.
Proyección Lateral. La imagen se toma de lado. El paciente se recuesta boca arriba y con la rodilla doblada en un ángulo de 30º
Axial: se toma una radiografía de la rótula desde el fémur hacia la rodilla. Esta se dobla en ángulo de 40º a 45º
Semiaxial: la imagen se toma desde la espinilla hacia la rodilla, de esta forma, se visualizan los bordes de las cabezas del fémur y de la tibia.
Son estas proyecciones una vez ejecutadas de forma idónea las que permiten confirmar la ausencia o no de enfermedades origen óseo, asi como valorar la

evolución de las patológicas diagnosticadas, de lo que se desprende la importancia del grado de conocimiento en cuanto a material y ejecución de las pruebas radiológicas por el técnico adscrito al servicio de rayos X.
Una vez realizada la prueba radiológica el paciente no debería de mantener ningún tipo específico de cuidados

5 Discusión-Conclusión

La radiografía de rodilla es el estudio de imagen al que se recurre para el diagnóstico de patologías óseas como pueden ser fracturas, artritis, artrosis, osteoporosis y también refleja el estado de los músculos y ligamentos. Es un estudio indoloro, pero al tratarse de radiaciones ionizantes hay que intentar, en la medida de lo posible, radiar los mínimos, es decir, utilizar las técnicas adecuadas y lo más ajustadas posibles y de ahí la importancia del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico.
En ocasiones la placa de rodilla por si sola no es determinante en el diagnóstico definitivo y debe ser completado con estudios adicionales, como ecografías, resonancias, etc., correspondiendo también la ejecución de las mismas al técnico de rayos.

6 Bibliografía

Posiciones radiológicas (Editorial Masson) www. elsevier.com www.medlineplus.gov

Capítulo 55

CHR EN LOS RETICULOCITOS: DETECCION PRECOZ EN ESTADOS DE FERRROPENIA EN LOS LABORATORIOS DE HEMATATOLOGÍA Y BIOQUÍMICA

RAQUEL ESTEVEZ RODRIGUEZ

CONCEPCION PEDRAYES PEON

1 Introducción

CHr es el contenido celular de los reticulocitos, que son globulos rojos inmadurois. Como otras células sanguíneas se fabrican en la medula ósea y en pocos días pasan a circular por las venas. Se miden en el canal de los reticulocitos en los contadores hematológicos ADVIA 1120 y ADVIA 2120. Este para metro es la media del histograma reticulocitos CH para la población reticulocitos. Se utiliza como control de autodopping en atletas y porcentaje de los globulos rojos tienen menos color del habitual al verlos microscópicamente. El individuo que padece de esta patología su sangre no tiene suficiente oxigeno en los globulos rojos. Se llama hipocromía. Son parámetros exclusivos de estos hematimetros ADVIA.

La ventaja de este parámetro CHr es que nos permite establecer una relación, junto con otros índices hematológicos del estado del hierro corporal, resultando una herramienta útil para valorar el éxito o el fracaso del tratamiento oral o en

vena. Permite una valoración directa de la medula ósea a las terapias con hierro y con, en pacientes con diálisis (terapia sustitutiva a un fallo renalmediante la depuración de toxinas en sangre), con SIDA (personas con el sistema inmunitario dañado por un virus), oncológicos y transplantados de medula ósea. Es el primer parámetro en el que se detecta que el tratamiento funciona.
Hablamos de siderema como la cantidad de hierro que transporta nuestra sangre y hablamos de ferritina como la proteína que se almacena fundamentalmente en el hígado. Cuando el organismo necesita mas hierro en la sangre, lo extrae de los depósitos de ferritina, siendo transportado por una proteína llamada transferrina. El análisis de sideremia en sangre permite diagnosticar anemias y otras patologías hematológicas.

2 Objetivos

- Testificar el uso de CHr.
- Relacionar ferritina con el CHr.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se han consultado diversas bases de datos científicos entre las que se encuentran elsevier, google académico, pubmed, medlineplus y clínica mayo.
Para realizar la búsqueda se han utilizado diversas palabras clave entre las que se encuentran CHr, CHCR,Fr, sideremia, laboratorio.

4 Resultados

Durante un mes se recogen día a día, el resultado de los hemogrmas con hemoglobina menor o igual a 12 gr por litro, tanto enpacientes ingresados como ambulatorios, excluyendo transfundidos recientemente, embarazadas y niños.
Aquellos que tenían solicitada ferritina los seleccionamos.
En el ADVIA 2120 de Siemens se comparó la determinación del CHr (valor CHr menor a 28 pcg es igual al hierro funcional).
1)- Pacientes ambulatorios:394: 334 son mujeres y 60 hombres. De ello, el 34.01% les pedían la ferritina con una media de edad de 50 años.
2)-Pacientes hospitalizados: 531:320 mujeres y 211 hombres. Les piden ferritina al 24 %, con una media de edad de 59 años.

El tratamiento de hierro que actualmente se utilizaba para muchos problemas hematológicos es muy eficaz para corregir anemias, para personas con enfermedades renales crónicas. Se trata de inyectar una inyección intravenosa de sacarosa de hierro y llenar asi los depósitos de globulos rojos. Se inyecta durante unos 4 minutos mezclada con otro líquido.
Es una alternativa respecto a la transfusión de sangre. Se administra lentamente por perfusión esa es la forma idónea.
La industria farmacéutica tiene varios compuestos para administrar intravenos que a partir de una semana dan su resultado.
Los efectos secundarios durante la perfusión son hormigueos en manos y pies, a veces urticaria, sudoración, estreñimiento, fiebre, entumecimiento.
De esta forma, aparte de economizar transfusiones, los enfermos van al hospital menos veces.
En operaciones programadas lo ideal es poner el tratamiento con hierro antes de pasar por quirófano, asi la recuperación tras la operación es mas rápida.
Se evita el gasto de muchas bolsas de sangre.
Esta carencia de hierro puede ser causada por patologías inflamatorias, anemias mixtas, carencias alimentarias, ect.

CHr/ Fr AMBULATORIO HOSPITAL
CHr normal 26.86% 44.66% Fr alta (36/134) (67/150)

CHr normal 22.38% 6.66%
Fr baja (30/134) (10/150)

CHr bajo 39.55% 18.66%
Fr baja (53/134) (28/150)

CHr bajo 8.95% 30%
Fr alta (12/134) (45/150)
Tto: hierro intravenoso
+ EPO valor medio de
Fr 61.5µg/l 366.5µg/l IC 95% (1.25-5376)
IC 95% (1-475)

5 Discusión-Conclusión

La determinación de la disminución o deficiencia del hierro es difícil cuando se acompaña de una reacción de fase aguda, siendo mucho mas frecuente en los pacientes ingresados en el hospital.
Fueron mas elevados los niveles medios de la ferritina de estos pacientes hospitalizados, independientemente de las reservas de ferritina.
Muchas ferropenias no se detectan por el uso inadecuado de marcadores como la ferritina.
En los autoanalizadores Advia de Siemens se nos ofrece un parámetro clínicamente útil: El CHr, que es eficaz para influir tanto en la calidad de la vida de nuestros pacientes como en la mejora de la monitorización del tratamiento suministrado a nuestros pacientes (optimizando la terapia con eritropoyetina y hierro).
Gracias a esta determinación se reducen muchos costes, estancias prolongadas en el hospital y ahorramos hemoderivados.

El 30% de los pacientes ingresados se beneficiaron de este estudio suministrándole hierro y eritropoyetina combinados.

6 Bibliografía

Thomas C and Thomas L. Biochemical Markers and Hematologic indices in the Diagnosis of functional Iron Deficiency. Clinical Chemistry 2002, vol 48.7 pag 10066-76.
Clavill IA. Iron status indicators, hello new, good bye old. V 101; pag 372.
Brugnara et Ai. Indices de reticulocitos celulares, un nuevo enfoque del diagnostico de anemias y del control de la función eritropoyetica. Critical Reviews Cli , Lab. Sciences 2000,37 (2); pag 93-130.

A todo el personal del laboratorio de Hematologia y Banco de Sangre del Hospital Universitario de Cabueñes en Gijon.

Capítulo 56

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y ALERGIAS ALIMENTARIAS

BEATRIZ BALBOA MANJON

1 Introducción

La alergia alimentaria sobre todo a los frutos secos es una de las alergias más frecuentes hoy en día.
Afecta alrededor de 200.000 personas en España y condiciona mucho la calidad de vida, ya que son numerosos los alimentos que contienen trazas de frutos secos en su composición.
Hay distintos tipos de tratamiento (oral, sublingual o mediante parches sobre la piel) basados en la administración gradual creciente de proteínas de frutos secos que buscan desensibilizar al sistema inmunológico y ayudarle a tolerar estos alimentos.
Los síntomas pueden ser muy variados desde molestias leves tras la ingesta hasta reacciones alérgicas graves.
El cuadro clínico puede ocurrir tras el primer contacto o ir apareciendo de manera paulatina a ir aumentando tras el consumo repetido de alimentos que contengan frutos secos o trazas de frutos secos.
Los síntomas comienzan con picor en la zona de la boca y faringe, habones en la piel con un picor intenso (urticaria) en los casos más graves angioedema.
Son frecuentes también los síntomas respiratorios, como rinitis, conjuntivitis y crisis de asma.

Pueden aparecer de manera más tardía vómitos, dolor abdominal, náuseas o diarrea.
En los casos más graves se puede desarrollar u shock anafiláctico, viéndose comprometida la vida del paciente.
Algunos de los factores de riesgo son: la edad, las alergias alimenticias son más frecuentes en niños, especialmente en niños de 1 - 2 años y bebés; antecedentes familiares, sin en la familia existen personas con alergia a frutos secos y dermatitis atópica u otras alergias.

2 Objetivos

Dar a conocer un caso clínico de alergia alimentaria y su análisis en el laboratorio.

3 Caso clínico

Paciente varón de 39 años de edad, con antecedentes de rinoconjuntivitis durante la temporada de polen de árboles y de crisis asmáticas con infecciones y esfuerzo sin alteraciones de interés que acude a urgencias de su centro de salud tras presentar en la última hora estornudos, picor de ojos e hinchazón (angioedema) especialmente de los párpados, cara, labios y la lengua, con picazón de labios, lengua y garganta a los cuales tras una media hora de picor de palmas de las manos y plantas de los pies. El médico le hace una anamnesis completa y una exploración física y tras realizarle las analíticas correspondientes, se le administraron antihistamínicos y corticoides intravenosos y tratamiento para casa con un comprimido de polaramine cada 8 horas.
Al mes de lo sucedido le dieron una nueva cita para revisión con el alergólogo correspondiente.
Le realizaron test cutáneo con batería de alimentos ampliado a frutos secos profilina y abedul: positivo a almendra, avellana, cacahuete, nuez, pipas, pistacho, harina de trigo, harina de maíz, mostaza, lenteja, tomate, LTP (alergia alimentaria causada por unas proteínas que contienen los vegetales) abedul, profilina (proteínas que podemos encontrar en pólenes, alimentos vegetales, veneno de himenópteros (avispas o abejas) y en el látex), destaca nuez y tomate.
Test cutáneo en fresco con pistacho y anacardo: positivo a pistacho, tolerancia oral con anacardo: tolera.
En la actualidad está tolerando el tomate natural y en salsa y está tolerando las tortas de maíz.

Evitar cacahuetes y frutos secos. Tolera anacardo y vigilar maíz y tomate. Vigilar melocotón y frutas afines. Comer las frutas peladas. Se pauta jext 300 autoinyectable por si precisa. También tomará antihistamínicos orales durante la temporada de polen de árboles, así como un tratamiento sintomático con agonistas ß2 de acción prolongada inhalados y corticoesteroides.

4 Discusión-Conclusión

El diagnóstico se realiza un test cutáneo muy sencillo; se aplica sobre la piel del brazo unas gotas que contiene una cantidad conocida del alergeno causante a la alergia a la leche. El fundamento de esta técnica es reproducir en la piel la reacción que presentamos en otras partes del cuerpo.
Además es posible realizar análisis de sangre con lo que de una forma más precisa podemos cuantificar y demostrar la presencia de IgE específica frente a estas proteínas.
A veces hay que realizar una prueba de provocación que consiste en observar bajo control médico la reacción que se produce tras la ingesta del alimento.
La alergia alimentaria es un problema de salud pública en auge y puede tener consecuencias fatales para aquellos consumidores sensibles que entren en contacto de forma intencionada con un determinado ingrediente alergénico.

5 Bibliografía

_ https://www.quironsalud.es/blogs/es/alergologia-infantil/profilinas
_ https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/casos-clinicos-articulos/angioedema/
_ https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/alergia-cacahuete

Capítulo 57

BIOLOGÍA MOLECULAR, REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR)

BELÉN BRAVO PELÁEZ

1 Introducción

Esta técnica tiene como fundamento la replicación exponencial in vitro de una molécula de ADN genómico (gDNA) o ADN complementario (cDNA), mediante ciclos repetidos, que se realizan con tres temperaturas. En cada uno de los ciclos el ADN se duplica hasta que los reactivos se terminan.
La longitud del producto amplificado la delimitan los primers, cuyo diseño es fundamental para el éxito de la PCR.

La PCR se basa en una secuencia que le sirve de molde, y por complementariedad, sintetiza la cadena antiparalela. La síntesis de la cadena sigue la dirección 5´-3´, ya que necesita de un nucleótido con el extremo 3´libre que proporcione el grupo OH para la adición de siguiente nucleótido, con lo que se genera el enlace fosfodiéster. Para que la PCR pueda realizarse se necesita una cadena de ADN genómico o ADN complementario que sirva del molde, una enzima que es la ADN polimerasa, cofactores necesarios para que la ADN polimerasa realice correctamente su función, desoxinucleótidos (dNTP) para la síntesis del producto de PCR y primers. Todos estos componentes son necesarios para completar la PCR en el termociclador. Hay que tener en cuenta que lo último en añadirse será la ADN polimerasa, debido a que es un producto lábil.

2 Objetivos

Conocer las técnicas empleadas habitualmente en un laboratorio de biología molecular.
Estudiar aspectos básicos sobre la reacción en cadena de la polimerasa

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

Para realizar una PCR se emplea un equipo denominado termociclador. El termociclador nos va a permitir controlar los parámetros necesarios para realizar un PCR. Los pasos a realizar son los siguientes:
1. Desnaturalización.
Para realizar la desnaturalización del ADN se necesita una temperatura de 95ºC. La duración de esta etapa es de 5-10 minutos.
2. Amplificación.
Para realizar la amplificación es necesario utilizar tres temperaturas diferentes:
-Desnaturalización a 95ºC durante 30 segundos. Tiene como objetivo desnaturalizar la doble cadena de ADN, de esta manera los primers tienen acceso a la cadena molde de sus secuenciar complementarias.
-Alineación a 55º-60ºC durante 30-40 segundos. Permite la hibridación de los primers. A esta temperatura se forman los puentes de hidrógeno con la cadena molde, dejando libre el extremo OH y listo para agregar los nucleótidos consecutivos por las ADN polimerasa.
-Extensión a 72ºC durante 60 segundos (en 60 segundos se añaden 1000 nucleótidos). Temperatura óptima de acción de la ADN polimerasa. Es la temperatura óptima de la Taq polimerasa.
Estas temperaturas se repiten durante 30-40 ciclos.
Después de los ciclos anteriores es necesario realizar un ciclo más a temperatura de extensión (72ºC) con una duración de 5 minutos, lo que permite la extensión

de los productos de PCR que se quedaron incompletos. Una vez acabada la PCR los productos se pueden conservar a 4ºC durante horas
La técnica de PCR ha ido evolucionando con el paso del tiempo. Actualmente, debido a la evolución tecnológica existen diferentes sistemas de detección.

-PCR convencional.
Identifica el producto de amplificación mediante una electroforesis en gel de agarosa o acrilamida. El producto amplificado se visualiza mediante una banda. La intensidad de la banda se considera directamente proporcional al número de copias de producto amplificado, cuanto más fuerte más número de copias. La longitud del producto se verifica empleando marcadores de peso molecular. La PCR suele tener una duración de 30-40 ciclos, se analiza mediante un gel de electroforesis.

5 Discusión-Conclusión

Este tipo de PCR permite una medición semicuantitativa de las bandas de los productos de PCR obtenidos en diferentes muestras.
La PCR convencional tiene varias limitaciones:
1. Precisión mala para diferenciar la cantidad de productos de PCR.
2. Rango dinámico corto de <2 log.
3. Baja resolución en la discriminación del tamaño de las bandas.
4. Deficiente sensibilidad cuantitativa del agente intercalante y procesamiento posterior al PCR.

La PCR suele tener una duración de 30-40 ciclos, se analiza mediante un gel de electroforesis. Este tipo de PCR no se aconseja si se quiere realiza una cuantificación.
Debemos recordar que las muestra se cargan en la cubeta de electroforesis (gel de agarosa) en el cátodo negativo, cuando pasa la corriente eléctrica las muestras corren hacia el ánodo positivo.

La PCR en tiempo real aparece para subsanar las desventajas que presenta la PCR convencional. El fundamento de la amplificación de la PCR es el mismo, lo que cambia es la técnica de identificación del producto amplificado y su temporalidad. Se detectan de las copias del producto de PCR al mismo tiempo en el que se realiza a amplificación, intercalando compuestos fluorescentes en los productos de PCR recién amplificados. Un láser detecta los fluorocromos unidos a los primers o a una sonda que hibrida en medio de los primers y se degrada al liberar

su fluorocromo por acción de la exonucleasa 3´-5´ de la polimerasa. Gracias a la lectura de la fluorescencia puede conocerse la cantidad de ADN sintetizado en cada momento. Los métodos de detección utilizados en la PCR en tiempo real pueden ser:

- Fluoróforos (primers LUX).
- Sondas específicas marcadas con fluorocromos.
- Agentes intercalantes fluorescentes.

6 Bibliografía

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15207124/
https://es.khanacademy.org/science/ap-biology/gene-expression-and-regulation/biotechnology/a/polymerase-chain-reaction-pcr
http://www2.inecc.gob.mx/publicaciones2/libros/710/pcr.pdf

Capítulo 58

VENTAJA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIÓN TENDINOSA O MUSCULAR DE EXTREMIDAD INFERIOR

MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES

MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS

MARÍA LUISA MERA MOLEDO

1 Introducción

Hasta finales del siglo XX no existían medios que permitieran ver el interior del cuerpo humano que no fuese de forma invasiva. Esta situación cambió radicalmente gracias a una serie de trabajos de investigaciones realizadas por un grupo de científicos en los que destacaban Crookes, Hittorf, Hertz y Lenar.

Los mismos fueron parte fundamental en el descubrimiento de los Rayos X, el 8 de noviembre del año 1895 por el ilustre científico alemán Roentgen; es en ese momento que el campo de la medicina inicia una constante evolución con el pasar de los años.

Luego del descubrimiento de los rayos X, vino el uso de la Tomografía Axial Computarizada (TAC), método de diagnóstico por imagen que utiliza rayos X para generar imágenes exhaustivas de los órganos del interior del cuerpo humano. Es un método rápido, preciso, no invasivo e indoloro.
El desarrollo de esta técnica es atribuido al ingeniero Goodfrey Hounsfield, permitiendo solucionar muchos de los problemas presentado en el estudio del cerebro, ya que la misma permite ver las partes blandas. Al utilizar radiaciones ionizantes como la radiografía, representa su principal desventaja con relación a otras técnicas.

Después de una ardua labor de investigación de médicos, ingenieros, físicos y matemáticos que buscaban poder corregir las técnicas anteriores llega la "Resonancia Magnética" que es un método no invasivo que permite poder generar imágenes de las estructuras anatómicas del organismo sin utilizar radiaciones ionizantes, es aquí su principal ventaja, ya que puede ser utilizada en casi todos los pacientes, siendo este un método de exploración de máxima complejidad, ya que emplea señales de radiofrecuencia (RF) en presencia de un campo magnético controlado.

Se define Resonancia Magnética a la capacidad que poseen cientos de átomos de absorber y emitir energía de radiofrecuencia cuando son ubicados en un campo magnético. Esta técnica tiene un valor añadido que es el uso de contraste que permite mejorar la visualización de dichas lesiones facilitando a los facultativos poder realizar un diagnóstico claro y preciso.

En 1946 Félix Bloch en la Universidad de Stanford y Edward Purcell en Harvard, comunicaron sus primeras experiencias en el estudio de RM aplicados a líquidos y sólidos. En 1967 Jasper Jackson obtuvo las primeras señales de RM en animales vivos. En el año 1972 P. Lautebur realizó la primera imagen de RM en una muestra de agua, cuatros años después, en 1976 en la Universidad de Nottingham se produjeron las primeras imágenes de anatomía humana con RM. Desde 1984 se comenzó a evaluar el menisco en RM.

La RM como modalidad de imagen no invasiva ha reemplazado la artrografía convencional en la evaluación de meniscos y ligamentos cruzados como así también a la artroscopía no terapéutica. Esta técnica ha permitido en la última década diagnosticar patologías de la rodilla gracias a la tecnología avanzada y a la constante mejora que atañe a los equipos.

La rotura de los ligamentos es un problema que hoy en día afectan a una gran

parte de la población sobre todo jóvenes deportistas, además de personas mayores o con sobrepeso. La Resonancia Magnética es la técnica de primera elección por los facultativos para diagnosticar este tipo de patologías, ya que permite generar imágenes muy claras de diferentes partes de la anatomía humana.

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Conocer las ventajas que posee la técnica de la Resonancia Magnética en el diagnóstico de lesiones Tendinosa sobre otras técnicas, como los Rayos X o la Tomografía Axial Computarizada.

Objetivos secundarios:
-Explicar el protocolo de exploración ante una lesión tendinosa
-Exponer las medidas de seguridad al realizar una Resonancia Magnética

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos efectuado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: SciELO, PubMed, Medline.

- Criterios de inclusión:
Documentos escritos solo en el idioma español.
Documentos publicados los últimos años.

- Criterios de exclusión:
Documentos escritos en otro idioma, distinto al español.

- Palabras claves:
Lesión tendinosa, Ligamento Cruzado Anterior, Rayos X, Resonancia Magnética, Tomografía Axial Computarizada (TAC).

4 Resultados

1. Ventajas de la Resonancia magnética sobre otras técnicas como la radiografía o la Tomografía Axial computarizada
El sistema sanitario ha sido revolucionado gracias a la imagenología, ya que hoy por hoy, el diagnóstico por imagen es considerado un pilar fundamental en el

manejo del paciente. Actualmente el campo de la Resonancia Magnética científicamente hablando, se encuentra en su máximo esplendor, ya que, gracias al trabajo de científicos, físicos y matemáticos a lo largo de años, se consiguió desarrollar una técnica de imagenología que permite ofrecer diagnóstico claro sobre diferentes patologías que muchos años antes los médicos solo eran capaces de diagnosticar gracias a técnicas invasivas.

La resonancia Magnética es la técnica que ha desarrollado los avances tecnológicos más brillantes, siendo hoy en día la herramienta más útil para el diagnóstico de diferentes enfermedades en estado precoz como la esclerosis múltiple y enfermedades en el campo de la oncología. Gracias a esta técnica los facultativos pueden diferenciar los tejidos de partes blandas, la médula, el canal espinal, ligamentos cruzados, bursitis, etc. Además, que permite realizar estudios de cuerpo entero y fusión de varias técnicas.
En el campo de la medicina se utilizan campos magnéticos de entre 1,5 y 3 Teslas, la calidad de la imagen está directamente relacionada con la intensidad del campo magnético, a mayor intensidad la señal será mejor y una proporción reducida aparecerá de ruido en las imágenes obtenidas.

La calidad de los equipos de Resonancia Magnética depende de cuatro características principales: la potencia del campo magnético, la magnitud de las gradientes, el tipo o número de bobinas y el software es por estos puntos que en el momento de adquirir un equipo nuevo los facultativos siempre se preguntan cuáles serán las utilidades que aportarán estos equipos a los resultados diagnósticos.

La mayor parte de los avances actuales en RM están ligados al desarrollo de nuevas bobinas y software.
Esto nos lleva a pensar que en un futuro los equipos creados se inclinaran a utilizar campos magnéticos mucho más potente que permitan obtener una calidad de imagen con un porcentaje ínfimo de ruido. En países como E.E.U.U. y Europa ya se utilizan equipos de 7 Teslas e incluso en el campo de investigación se están realizando ensayos con equipo de ultra alto campo (UHF) de 11,7 Tesla, estos permiten poder visualizar imágenes con una resolución espacial que permiten mostrar fragmentos anatómicos nunca descriptos, reduciendo la necesidad del uso del contraste para obtener mejor nitidez, mejora la relación señal-ruido y reducen los tiempos de adquisición.

El Comité de Innovación de la Fundación IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad), puso de manifiesto que se estima que el 20% del consumo de helio, un gas escaso y difícil de conseguir que no sea de forma natural es con-

sumido por los equipamientos de Resonancia Magnética.

El grupo de especialistas de la empresa Philips Ibérica presentaron un proyecto encaminado a contribuir a la sostenibilidad ambiental que consiste en un equipo que reduce considerablemente el volumen de helio requerido para el funcionamiento del equipo. Además de conseguir un ahorro en los costes de instalación y una tecnología de sellado que no precisa de conductos de ventilación ni extracción de emergencia ante emergencias generadas por el uso del helio.

Actualmente la resonancia magnética estudia los átomos de hidrógeno presenten en el agua y la grasa de los tejidos, sin embargo, otro campo está investigando poder utilizar la técnica con otras moléculas, como las moléculas encontradas a base de carbón, que son componentes básicos de los tejidos del cuerpo. Esto permitiría poder sustituir los contrastes actuales por sustancias inocuas como el agua. De esto entendemos que los científicos actualmente están encaminando sus investigaciones tanto a encontrar nuevas moléculas además de las de hidrógeno presenten en el cuerpo humano como a la mejora de los equipos de resonancia magnética y sus instalaciones.

2. Protocolo de exploración ante una lesión tendinosa

Colocaremos al paciente sobre la mesa de exploración en decúbito supino con las piernas en extensión, ingresando a la máquina de RM con los pies primeros (feet-head). La pierna para estudiar se colocará con una angulación de 10-15º de rotación externa para poder visualizar por ejemplo el Ligamento Cruzado Anterior (LCA).

Usaremos una antena acoplada en fase (pase-array) envolvente o circular, realizando el centrado en el borde inferior de la rótula. Es importante mantener la otra pierna lo más distante posible y así evitar artefactos de solapamientos. El estudio de la articulación de la rodilla se realizará de forma unilateral como en los casos de hombro, codo, carpo al no ser estructuras mediales.

El centrado del paciente lo realizarán de dos formas distintas, dependiendo del equipo de RM:
- En el caso de un equipo cerrado, la luz del centrado longitudinal deberá encontrarse con la línea media del cuerpo del paciente y la luz de centrado horizontal con la línea media de la articulación o de la antena utilizada.
- Si el equipo es abierto, la luz del centrado longitudinal deberá coincidir con el eje longitudinal de la extremidad inferior y la luz de centrado horizontal con la

línea media de la articulación.

Se utilizarán una serie de planos y secuencias que permitirá al facultativo diagnosticar el grado de la lesión a estudiar.

3. Medidas de seguridad en la Resonancia Magnética

Aunque pueda parecer que la Resonancia Magnética es inocua al no utilizar radiaciones ionizantes, presenta ciertos riesgos relacionados con los campos electromagnéticos que pueden afectar tanto a pacientes como a los trabajadores. En España no existe una legislación que regule los riesgos a los que está expuesto un trabajador, aunque existen unas recomendaciones elaboradas por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo sobre la exposición laboral a los campos magnéticos.

Por ello se deben tomar una serie de precauciones encaminadas a evitar los daños que se pueden derivar del manejo de equipos de RM. Los principales riesgos que debemos tener en cuenta son:

- Los pacientes que porten implantes o prótesis de algún material ferromagnético no pueden realizar una exploración con RM, ya que podrían poner en riesgo su salud si este se desplazase al someterse al campo magnético. Por eso es muy importante la historia clínica del paciente, donde debe constar el tipo de dispositivo y si es compatible o no con la realización de la prueba.

- El ruido que originan los campos de gradiente puede llegar a alcanzar los 80 dB, por tanto, los pacientes deben ser provistos de tapones acústicos o auriculares e insonorizar la sala de exploración a fin de proteger a los trabajadores.

- La atracción del imán también es un riesgo que se debe tener en cuenta y por ello no se debe introducir dentro de la sala ningún elemento que pueda ser atraído por él (efecto proyectil), por ejemplo, sillas de ruedas, bombonas de oxígeno, tijeras, etc.

- Las lesiones térmicas producidas por la radiofrecuencia también deben ser tenidas en cuenta en aquellos pacientes que porten algún material interno ferromagnético o por ejemplo tatuajes con tintas de pigmentos ferrosos.

- Los medios de contraste pueden ocasionar reacciones alérgicas o extravasaciones.

- Para refrigerar los equipos se utiliza helio, que en caso de fuga desplazaría el

oxígeno del interior de la sala provocando asfixia a quien lo inhale. Este fenómeno es conocido como efecto Quench. Las personas encargadas de la reparación y mantenimiento deberán ir provistos de equipos de seguridad adecuados.

Para evitar accidentes y daños personales se deben seguir las siguientes normas de seguridad:

 Se debe formar al personal implicado en los equipos de resonancia.
 Previa a la realización de la prueba, los pacientes deben firmar el consentimiento informado y el cuestionario de seguridad.
 Se le preguntará e informará al paciente acerca del estudio a realizar.
 El técnico conocerá que tipo de dispositivos porta el paciente y cómo manejar la situación, así como comprobar que el paciente no porte ningún elemento metálico como pendientes, anillos, etc.
 Se monitorizará a los pacientes que hayan precisado de sedación y se les vigilará en todo momento.
 Se vigilará a los pacientes especiales, a través de la ventana de la sala de control.
 En caso de emergencia se detendrá la adquisición y se acudirá a la sala del imán.
 Junto a la sala del imán se dispondrá de carro de paradas, desfibrilador, ambú, medicación y oxígeno.
 Si fuese necesario suprimir el campo magnético se pulsará la seta de emergencia.
 Toda la instalación deberá estar correctamente señalizada

5 Discusión-Conclusión

El descubrimiento de la Resonancia Magnética no solo ha sido importante en el campo de la física, sino también ha jugado un papel importantísimo en otras áreas como la química, ciencias médicas y biológicas, la farmacia, la geología y otras más.

La RM tiene un porcentaje elevadísimo de aceptación gracias a sus propiedades no invasivas y por tanto no destructivas en comparación con otras técnicas. El éxito de esta técnica desde sus inicios en los años cuarenta del siglo XX, se debe a que ha estado experimentado continuos avances en la tecnología e instrumentación. Se puede afirmar que es la técnica que más ha evolucionado en los últimos años, además de ser la prueba por excelencia utilizada por el personal médico para diagnosticar lesiones tendinosas como por ejemplo ligamentos, tendones, etc., el diagnóstico de enfermedades en estado precoz como la esclero-

sis múltiple y en el campo de la oncología, permitiendo el abordaje de nuevos tratamientos que mejoran la calidad de vida de los pacientes.

La principal ventaja de la RM es su inocuidad, ya que no utiliza radiaciones ionizantes situándola por delante de otras técnicas, como son los RX o TAC, permitiendo su uso en cualquier tipo de pacientes como podría ser una mujer gestante o un menor de edad. Además de esta, otra ventaja, es la calidad de las imágenes obtenidas de cualquier parte del cuerpo humano. Hasta aquí podemos decir que es una técnica casi perfecta, pero que supone un alto coste económico y limitaciones técnicas.

Obtener las imágenes gracias a esta técnica requiere mucho tiempo y es una prueba de alta sensibilidad, el paciente debe colaborar en todo momento en no producir movimientos de ningún tipo, es decir, estar inmóvil en el transcurso de la obtención de las imágenes. Al ser una prueba que requiere mucho tiempo las listas de espera son enorme en los centros públicos y muchas personas optan por los centros privados.

El desarrollo de nuevas técnicas y las mejoras en los equipos de Resonancia Magnética permiten reducir de forma significativa el tiempo de exposición, pero todo esto conlleva un elevado coste, ya que mientras mejor sea el equipo mayor será el coste de instalación y mantenimiento.

En conclusión, los equipos de RM han evolucionado de una forma abismal y aunque muchos de los parámetros vienen establecidos por defecto en los equipos, la programación del protocolo de exploración siempre dependerá del técnico de imagen para el diagnóstico y del médico radiólogo, por tanto, podemos decir: "no existe imagen buena, si detrás no existe un equipo capacitado".

6 Bibliografía

1. Ferrari, Roberto. Recepción de los rayos X en el Rio de la plata (mar.1896) Saber y tiempo, v8, p 73-80, 1999.
2. Rodriguez, A.R. Rojas y F.A. Barrios (2001), "Year 2000 status of MIR in Mexico", Journal of Magnetic Resonance Imaging, 13(5):813-817.
3. David W. Stoller, W. Dilworth Carmon Jr., Lesley J. Anderson. Principios de la Resonancia Magnética Nuclear. Capitulo VII, pág. 203-360.
4. Dr. Jaime Gili Planas, Dr. Antoni Capdevila Cirera. Resonancia Magnética 1993. Páginas (9-85, 156-164).

5. Dr. Ricardo Román. Escrito sobre Resonancia Magnética paginas (1-7, 9-11).
6. David D. Stark, William G. Bradley, Jr. Magnetic Resonance Imaging, pág., (2355-2419) Volume Two-second Edition.
7. Poynton AR, Javadpour SM, Finegan PJ y col. The meniscofemoral ligaments of the knee. J Bone Joint Surg 79-B: 327-30, 1997.
8. Duda GN, Schneider E, Chao Ey. Internal Forces and moments in the femur during walking. J Biomech 1997; 30:933-941
9. Heegaard J, Leyvraz PF, Curnier A, Rakitimanana L, Huiskes R. The biomechanics of the human patella during passive Knee flexion. J Biomech 1995; 28: 1265-1279.
10. Hirokawa S. Biomechanics of the Knee joint: A critical review. Crit Rev Biomed Eng 1993; 21:79-135.
11. Gupte CM,Smith A, Mc Dermott ID y col. Meniscofemoral ligaments revisted. Anatomical study, age correlation and clinical implication J Bone Joint Surg. 84B.846-51, 2002

Capítulo 59

AUTOPSIAS: HISTORIA A LO LARGO DE LOS TIEMPOS Y TIPOS DE AUTOPSIAS

VALERIA ALVAREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Autopsia, llamada también examen post mortem o necropsia, se define como procedimiento médico que emplea la disección de los cuerpos muertos con el fin de obtener información sobre las causas por las que se produjo la muerte, procedimiento que incluye tanto la revisión de aspecto externo como de los órganos. Usualmente, es llevada a cabo por un médico especialista: anatomopatólogo.
Deriva del griego: autos que significa "uno mismo", Opsis que significa observar = ver por uno mismo.
El griego Galeno Pérgamo fue el primer célebre en realizar una autopsia en Roma (121-201). El derecho romano prohibió esta práctica durante gran parte del imperio romano,
Sobre el S.XV la autopsia fue autorizada en casos de muerte sospechosa. Al Papa Alejandro V, por muerte súbita, se le practicó en 1410.
Andrés Vesalio, médico licenciado en 1537, parece ser el fundador de la autopsia moderna. Su obra maestra es De Humanis Corporis Fabrica.
William Harvey hizo que la autopsia pasara por primera vez de un estudio anatómico a ser fisiológico. En 1628 publica Estudio Anatómico del movimiento del corazón y de la sangre.
Actualmente, las autopsias son fundamentales en medicina legal y una herramienta indispensable para estudiar la epidemiología médica. Es difícil encontrar una definición completa de lo que en realidad abarca todo este procedimiento.

Wagner la citó así: La autopsia es la evaluación completa de la muerte de un individuo y de todas las circunstancias que la rodean. Incluye un examen total del cadáver en lo que se ha llamado el último examen físico.

2 Objetivos

-Diferenciar entre autopsia clínica y autopsia judicial o médico-legal.
-Conocer los procedimientos de solicitud de autopsia clínica y en qué casos está contemplado que se haga.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo la recolección de información sobre el tema a tratar en varias fuentes de la temática como SEAP o REVISTA ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA. También artículos en las bases de datos de Scielo, Science Directy y en estudios de Google Académico.

4 Resultados

Las autopsias se dividen en 3 categorías: autopsias clínicas, fetales y judiciales.
Las autopsias legales o judiciales están reguladas en España por la Ley de Enjuiciamiento Criminal (art.343,349,353 y 778). Es solicitada por el juez, ante una muerte sospechosa de tipo criminal y no puede ser rechazada por los familiares. Generalmente, la realiza un médico forense adscrito al Instituto de Medicina Legal y siempre por orden de un juez. Se lleva a cabo siguiendo el siguiente método:
1. Levantamiento del cadáver
2. Examen externo
3. Examen interno
Posteriormente, se remiten las muestras de los órganos al servicio anatomopatólogo.
Las muertes violentas son producidas por causas externas, ya sean suicidio, homicidio o accidente, pero una muerte sospechosa de criminalidad es un concepto jurídico. En este caso las circunstancias de la muerte son desconocidas independientemente del agente causante (endógeno o exógeno) y debe hacerse en cualquier caso la autopsia judicial cuyo estudio determinará si fue muerte violenta o natural. Si se trata de una muerte natural hablamos de: muertes sin asistencia médica, muertes en el curso de una enfermedad de evolución atípica y en muertes súbitas.

Las autopsias clínicas son autopsias de pacientes que fallecen por causas naturales o enfermedad. Está regulada en España por la Ley 29/1980, de 21 de Junio y el Real Decreto 2230/1982, de 18 de Junio y tiene como objetivo establecer la correlación clínica-patológica, estudiar el curso y la extensión de un proceso, su posible modificación tras los tratamientos indicados y servir de apoyo para la formación del personal sanitario. Es necesario en consentimiento familiar. Este procedimiento estudia las alteraciones morfológicas de los órganos y tejidos como consecuencia de la enfermedad con el fin de:

- Comprobar la naturaleza de la enfermedad y su extensión
- Investigar la causa principal de la muerte y los procesos contribuyentes a la muerte
- Estudiar procesos secundarios
- Comprobar la efectividad del tratamiento médico o quirúrgico
- Estudiar enfermedades contagiosas o hereditarias

Por lo tanto, las autopsias clínicas están indicadas, según el CAP (colegio americano de patólogos) en:

- Muertes en las que la autopsia pueda ayudar a explicar las complicaciones médicas existentes.
- Todas las muertes en las que la causa de la muerte o diagnóstico principal no sea conocido con certeza
- Casos en los que la autopsia pueda aportar a la familia o al público en general datos importantes
- Muertes no esperadas o inexplicables tras procedimientos diagnósticos, médicos o quirúrgicos
- Muertes de pacientes que han participado en protocolos hospitalarios
- Muertes naturales no esperadas o inexplicables que no estén sujetas a jurisdicción forense
- Muertes por infecciones de alto riesgo y enfermedades contagiosas
- Todas las muertes obstétricas perinatales o pediátricas
- Muertes por enfermedad ambiental u ocupacional
- Muertes de donantes de órganos
- Muertes ocurridas en las primeras 24h de un ingreso hospitalario y/o en aquellas que puedan estar influidas por su estancia hospitalaria.

Las autopsias clínicas pueden ser hospitalarias o extrahospitalarias. Las autopsias fetales también se considera clínica aquí en España, aunque en otros países se contempla dentro de la patología padiátrica.

Solo podrán realizarse en los centros que reúnan las condiciones adecuadas de locales, personal y medios, como viene indicado en el Real Decreto arriba citado:

1. Hospitales dotados con servicio de anatomía Patológica
2. Hospitales que cuenten con sala de autopsias dotada adecuadamente y con un personal médico y auxiliar plenamente capacitado para el desarrollo de estos procedimientos
3. Los centros regionales de Patología adscritos a un hospital en los que se centralicen las funciones de esta materia de un área geográfica con el objetivo de obtener ventajas económicas y científicas de la concentración en un solo centro de múltiplex recursos.

¿Qué se necesita para la realización de este estudio?

Se necesita de manera obligatoria el certificado de defunción. Se pondrá a disposición del cónyuge o de los familiares de primer grado de consanguinidad y en él consta la muerte y la comprobación de la misma. Una vez recibido el documento, los familiares podrán oponerse a la práctica de la autopsia en un plazo de 4 horas. Esto viene indicado en el Real Decreto 2230/82 art.6

La autorización de la autopsia es imprescindible para poder iniciar el procedimiento. Se realiza según un modelo formalizado de 3 hojas de calco. Una hoja para el servicio de Anatomía patológica, otro para la historia clínica y otro para los familiares

El protocolo de autopsia, que es el documento que debe rellenarse después de la autopsia en el que se indican todos los datos referentes al cadáver y que sirve de apoyo para describir los hallazgos encontrados en la autopsia. Cada hospital tiene su propio protocolo.

En ningún caso, la realización de estos estudios y el traslado de cadáveres, si fuese necesario, sería gravoso para los familiares.

Cuando los familiares lo soliciten, tendrán a su disposición un informe del resultado de la autopsia realizada, emitido por el servicio de Anatomía Patológica que la haya practicado.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos visto, definimos autopsia como examen de un cadáver, de sus órganos y estructuras para determinar la causa de la muerte, u observar la evolución o efectos de una enfermedad.

La realización de una autopsia se realizará en los lugares que reúnan las condiciones adecuadas, en cuanto a locales medios físicos y personal idóneo.

La realización de estudios autópsicos solo podrá hacerse previa constancia y comprobación de la muerte, y para ello es necesario extender un certificado médico especial en el que se constate la muerte y será válido exclusivamente para ello.

Es importante que se rellenen bien los documentos una vez finalizada la autopsia con el fin de evitar errores y olvidos, puede utilizarse grabadora o la ayuda de un técnico.

6 Bibliografía

-Libro Blanco de Anatomía Patológica 2009. SEAP
-American College of Pathologist
-Boletin Oficial del Estado RD2230/1982, de 18 de Junio
-Necropsias , Formación Continuada logoss
-Técnico Especialista en Anatomía Patológica. Campus MAD

Capítulo 60

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

ENRIQUE DEL VALLE ÁLVAREZ

1 Introducción

La protección radiológica es el conjunto de medidas destinadas a proteger a los individuos, sus descendientes y el medio ambiente de los efectos perjudiciales de las radiaciones ionizantes. La PR general la podríamos definir como el conjunto de medidas establecidas por organismos nacionales e internacionales para el uso seguro de las radiaciones ionizantes.
La protección radiológica es fundamental, ya que tiene como objetivo proteger a las personas contra los efectos perjudiciales que pueden resultar de la exposición a radiaciones ionizantes. Por tanto, su finalidad es la utilización segura de las radiaciones ionizantes garantizando siempre la protección de los individuos, de sus descendientes, de la población en su conjunto, así como del medio ambiente, frente a los posibles riesgos que se deriven de la exposición a las radiaciones ionizantes. Tiene que ser todo sin limitar su utilización, pues suponen un beneficio importante. Es clave proteger a los pacientes que se hacen las pruebas diagnósticas con radiaciones ionizantes y también a los profesionales que las realizan.
En España, la norma básica que regula los aspectos de la PR, el Reglamento de Protección Sanitaria contra las Radiaciones Ionizantes (RPSRI, aprobado por el RD 783/2001) será derogada por la Directiva 2013/59-EURATOM, publicada en el Diario Oficial de la Unión Europea el 17 de enero de 2013.

2 Objetivos

Explicar en qué consiste la Protección Radiológica y porque es tan importante.

Hablar sobre las principales normas en las que se basa y definir las diferencias entre “prácticas” e “intervenciones”.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica buscando en la página web RadiologyInfo y en American College of Radiology. También en el libro ‘Radiología’ (publicación de la sociedad española de radiología médica). En todos los sitios se encuentra más o menos la misma información. Muchas de ellas aparecen en inglés así que se realiza la traducción.

4 Resultados

La Protección Radiológica se basa en las diferencias entre “prácticas” e “intervenciones”, y en la aplicación de diferentes formas y grados de control a cada uno de los tipos de exposición (ocupacional, médica y del público).Dentro de la PR, se utiliza el término práctica para describir aquellas actividades que aumentan la exposición global a la radiación.
Habrá que considerar como prácticas:
• La producción de fuentes y el uso de radiaciones o de sustancias radiactivas con fines médicos, industriales, veterinarios, de enseñanza o de investigación.

• Todas las actividades relacionadas con la producción de energía nucleoeléctrica, incluidas las correspondientes al ciclo del combustible y la gestión de los residuos radiactivos.

• Las actividades laborales con presencia de fuentes naturales de radiación que supongan un aumento significativo de la exposición de los trabajadores o miembros del público que no pueda considerarse despreciable desde el punto de vista de la protección radiológica.

Las medidas de protección radiológica se basan en tres conceptos: distancia a la fuente de radiación, tiempo de exposición y blindaje para absorber la radiación. La clave es obtener la prueba diagnóstica o terapéutica con la menor dosis posible. Medidas en el paciente → Necesario el uso de protectores gonadales en aquellos estudios que tengan una larga duración; los equipos de rayos X deben llevar un correcto blindaje para evitar la radiación a los pacientes; la colimación también es muy útil. Medidas en el profesional → Deben llevar dosímetros (de termoluminiscencia directa), procediéndose a su lectura cada mes en el Centro

Dosimétrico Nacional, a través de los Servicios de Radiofísica. El límite de dosis nunca debe superar más de 20mSv/ año. También es importante el blindaje de zonas específicas. Además, siempre deben llevar delantales plomados, gafas y protectores tiroideos.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy tenemos varias medidas protectoras tanto para el paciente como para el profesional, aunque es verdad que el profesional sigue pudiendo estar expuesto a dosis no recomendables, ya que debe portar un dosímetro para confirmar que no supera la dosis perjudicial. En resumen debemos tomarnos la PR muy en serio, ya que la seguridad tanto de los pacientes como de todas las personas que trabajan expuestos a la radiación es lo más importante. Y también se debe seguir trabajando para actualizar las medidas de protección que existen hoy en día porque con el avance de las técnicas pueden ir quedando en desuso.

6 Bibliografía

Protección Radiológica [Libro][citado 30 nov. 22].
Disponible en: 'Radiología' (publicación de la sociedad española de radiología médica)
Protección Radiológica [Internet][citado 30 nov. 22]. Disponible en: https://www.radiologyinfo.org/en/info/safety-radiation.
Radiation safety.

Capítulo 61

ACTUACIÓN DE LOS ELECTRICISTAS EN EL ÁMBITO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

DAVID SASTRE RAMOS

1 Introducción

Un Electricista diseña, ensambla, instala, prueba, determina los fallos y repara cableado, elementos fijos y dispositivos de control electrónicos, entre otros tipos de equipos relacionados. En tal sentido, los Electricistas deben resolver inconvenientes tomando en consideración desde variables concretas, hasta situaciones estandarizadas. En ocasiones, estos profesionales deben responder a llamadas de emergencia y realizar las reparaciones requeridas.

Un corte de electricidad es un imprevisto que hay que evitar a toda costa en los hospitales. En estos entornos, y especialmente en áreas críticas como la Unidad de Cuidados Intensivos, el fallo del suministro eléctrico puede poner en riesgo la vida de los pacientes. Por ello, como expertos en seguridad eléctrica, en este artículo queremos abordar una serie de requisitos y recomendaciones para la gestión del sistema eléctrico en los hospitales.

Un corte de electricidad es un imprevisto que hay que evitar a toda costa en los hospitales. En estos entornos, y especialmente en áreas críticas como la Unidad de Cuidados Intensivos, el fallo del suministro eléctrico puede poner en riesgo la vida de los pacientes. También abordaremos la cuestión de la eficiencia energética hospitalaria, que ayuda a mejorar el rendimiento de los equipos médicos, al tiempo que reduce el consumo y, por lo tanto, el impacto ambiental de los centros.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel de los electricistas en el servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Lo primero que debemos de hacer, ya que es de vital importancia, es la realización de todo tipo de inspecciones para probar el correcto funcionamiento de los equipos médicos en los sistemas eléctricos. Una vez realizadas, también debemos conservar toda la documentación sobre las pruebas y sus resultados.
La gestión de la seguridad eléctrica es un aspecto a valorar desde el momento de compra del equipo médico. En ese momento hay que estudiar todos los estándares y normativas en cuanto a compras, pero también en relación a la seguridad. Asimismo, es importante conocer a los fabricantes y proveedores más reconocidos del mercado. Por otra parte, se recomienda probar todos los dispositivos nuevos antes de instalarlos en él y usarlos en el hospital.

4 Resultados

Una correcta gestión eléctrica y energética en las instituciones de salud debe estar organizada, estructurada y contar con la implicación de todo el personal del centro. Solo así será posible lograr la eficiencia energética en relación al uso y consumo del suministro eléctrico. Se trata de realizar un uso responsable de la electricidad, reduciendo su consumo sin perder productividad y calidad desde un punto de vista operativo y de atención al paciente.
Entre las medidas que pueden ejecutar los centros médicos y hospitalarios para reducir su impacto medioambiental y mejorar su eficiencia energética, encontramos algunas medidas básicas:
* Controlar las condiciones térmicas naturales en el hospital.
* Revisar periódicamente las instalaciones eléctricas y los sistemas eléctricos, así como realizar labores de mantenimiento.
* Usar luces de bajo consumo, especialmente recomendable usar LED.
* Activar la opción “ahorro de energía” en aquellos equipos médicos que dispongan de esta funcionalidad.
También hay otras medidas que requieren cierta inversión por parte de los hospitales:
* Disponer de ventanas y puertas con protección térmica.
* Aislamiento de las plantas de electricidad.

* Mantener limpias las tuberías encargadas del suministro eléctrico.
* Reducir el alumbrado e incorporar el uso de temporizadores eléctricos.

En algunos casos concretos es posible que sea necesario tomar medidas de seguridad que requieren una inversión mayor, ya que implica llevar a cabo obras o reconstrucción de ciertos espacios:

* Aislar pisos, techos y paredes.
* Instalar redes de agua caliente para las zonas de duchas.
* Mejorar la calidad de la energía eléctrica.
* Apostar por la energía solar para la producción de energía.

En definitiva, la gestión del sistema eléctrico en los hospitales no es un asunto que debamos de dejar de tenerlo totalmente controlado y con personal que no esté altamente cualificado. Requiere conocimiento, experiencia y contar con los mejores asesores y los mejores equipos y soluciones tecnológicas para garantizar el buen funcionamiento de la institución hospitalaria y la seguridad y los cuidados del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los aspectos fundamentales para el buen funcionamiento de cualquier tipo de instalación hospitalaria es la gestión del sistema eléctrico. Se trata de un aspecto que está muy regulado a nivel nacional e internacional, por lo que hay toda una serie de requisitos y normativas que los centros de salud y hospitalarios deben cumplir a fin de garantizar que el personal hospitalario pueda trabajar con todas las garantías y, al mismo tiempo, que los pacientes no corren ningún tipo de riesgo, especialmente en situaciones críticas o de emergencia.

Las instituciones del sector de la salud, como decíamos, deben cumplir una serie de requisitos que normalmente quedan detallados en un programa de seguridad y gestión del sistema eléctrico en los hospitales.

6 Bibliografía

- olerdola.org
- magnowatts.com
- hospitecnia.com

Capítulo 62

BARRERAS DE LA COMUNICACION EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE.

BEATRIZ AGULLEIRO BOBIS

1 Introducción

Según la Real Academia de la Lengua, comunicación es:
- Acción y efecto de comunicar o comunicarse.
- Trato, correspondencia entre dos o más personas.
- Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor.

Los elementos en la comunicación:
- Emisor (profesional -que emite el mensaje- informa al paciente).
- Receptor (el paciente).
- Código o lenguaje (es el conjunto de signos: el idioma, puede ser verbal o no verbal).
- Mensaje (la información).
- Canal de información (es el medio físico mediante el que se emite el mensaje, cara a cara. Otros medios: teléfono, el correo…).
- Ruido (interferencias en el mensaje).

Partiendo de la premisa de que, aunque el paciente y el trabajador sanitario y no sanitario comparten el mismo código de comunicación: la lengua. Pueden encontrase con barreras comunicativas tales como:
- Que el paciente no domine bien el idioma, España es un país que recibe un flujo importante de inmigración de todas partes del mundo. No todos los pacientes que necesitan acceder a la sanidad de desenvuelve con soltura para verbalizar sus necesidades.

- Dificultades funcionales: problemas de audición, de visión, discapacidad intelectual..etc.
- Todo ello añadido a la dificultad de comunicarse con la mascarilla obligatoria en centros sanitarios desde la reciente pandemia de Covid-19.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son la principales barreras en la comunicación trabajador-paciente para paliar sus efectos y conseguir así una exitoso intercambio de información tan necesario en el ámbito de la sanidad.
- Desarrollar herramientas que nos permitan empatizar con el paciente para reducir la ansiedad que le provoca que lo que quiere transmitir se escucha.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha investigado en la literatura existente, la base de datos Scielo, diferentes temarios de oposiciones elaborados por el Colegio de Trabajo Social del Principado de Asturias. Así como diferentes publicaciones encontradas en buscadores de internet.

4 Resultados

Tras la revisión de la lectura sobre el tema se trata de comprender la importancia de establecer un coloquio que favorezca la correcta transmisión del mensaje.

Actualmente la mayoría de las personas tenemos acceso a cantidad de información, cosa que ha contribuido al cambio que ha experimentado el perfil de los pacientes, que piden más información sobre su estado de salud porque tienen más conocimientos.

También es un factor a tener en cuenta como posible barrera en la comunicación la edad del paciente, así como su nacionalidad, en el caso de personas extrajeras que no dominen el idioma o cualquier discapacidad que merme las capacidades comunicativas del individuo.
Los nervios y la ansiedad ante la preocupación que supone su estado de salud, como un factor que dificulta seriamente la comunicación clara.

Cabe destacar los beneficios de poner en práctica la escucha activa: una de las

estrategias más importantes de la comunicación. Se trata de centrarse completamente en el mensaje que nos está trasmitiendo el paciente haciéndole ver que tiene nuestra atención plena.
Estos son algunos de los beneficios de esta practica:
- Confianza.
- Permite conocer las prioridades y necesidades del paciente así como cómo se siente al respecto.
- Hace disminuir la ansiedad del paciente, entendiendo esta como una fuerte barrera en la comunicación.
A continuación se presentan algunas técnicas que hacen ver al paciente que el profesional pone en práctica la escucha activa:
- Explicar con sus palabras el mensaje que acaba de transmitir al paciente. De esta manera el profesional le demuestra que realmente ha entendido bien el mensaje que quería transmitirle el paciente. Esta técnica se conoce como parafraseo.
- Realizar preguntas sobre el mensaje que el paciente acaba de transmitir, el profesional podrá demostrarle que le ha prestado atención y ha comprendido sus sentimientos. Hacer preguntas es importante para aclarar dudas en relación con lo que se quiere transmitir.
- Realizar un resumen de la información que acaba de exponer el paciente. Para que el paciente vea que se ha comprendido lo esencial de su mensaje.
- Expresar empatía resulta indispensable para establecer una buena comunicación, se trata de ponerse en el lugar de los pacientes y tratar de percibir la realidad como ellos la sienten.
- Cuidar la comunicación no verbal. Estos los aspectos a considerar:
- Contacto visual: mirar a la cara, a los ojos. Sin intimidar.
- Expresiones faciales: sonrisa
- Gestos: es asentir con la cabeza.
- Postura y orientación corporal: evitar darle la espalda o mirar hacia otro lado mientras se le habla…

5 Discusión-Conclusión

Es necesario establecer pautas para que la comunicación entre paciente y trabajador sea efectiva, mediante estas pautas se dota de herramientas a los trabajadores para la escucha activa y para comunicar su propio mensaje de manera clara y concisa.

Para facilitar la compresión del mensaje debe de tener las siguientes características:

- Relevante: el contenido deberá ser significativo y estar relacionado con el estado de salud y las necesidades del paciente. Se evitará divagar en la medida de lo posible a fin de que el paciente mantenga atención plena.
- Apropiado: deberá adaptarse a las características de cada paciente teniendo en cuenta su edad, sus conocimientos, su cultura y su idioma entre otros aspectos. Se debe evitar el uso de palabras técnicas que dificulten la comprensión del mensaje. Es muy importante el tono en el que se transmite el mensaje para transmitir confianza y tranquilidad.
- Conciso: El mensaje deberá ser concreto y se utilizarán frases breves. Es muy importante dejar tiempo suficiente para que el paciente pueda asimilar la información.
- Lenguaje no verbal: Es importante tener en cuenta la posición corporal y la distancia interpersonal con el paciente. Se trata de manifestar profesionalidad sin perder la empatía y la cercanía.

6 Bibliografía

- Resvista Inesem. Revista digital: /comunicacion-con-el-paciente/.
- Temario de Oposiciones de la escuela de Trabajo Social de Asturias. Lectura de varios temas sobre La comunicación, sus barreras y cómo mejorarla. La escucha activa.

Capítulo 63

IDENTIFICACIÓN INCIDENTES SEGURIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO

CONCEPCIÓN MARTINEZ ALVAREZ

1 Introducción

Al hablar de riesgos en centros sanitarios, es sabido que existen muchos que afectan tanto a personal sanitario como no sanitarios (Psicosociales, ergonómicos, químicos, biológicos, etc.), pero no se nos pueden olvidar que existen otros que pueden afectar además a los pacientes y usuarios que se encuentren en el centro sanitario, me refiero a los peligros de incendios o explosiones, algo imprevisto, imprevisible y con consecuencias muy graves, ya que aparte de que los trabajadores y trabajadoras deben tener en cuenta su salud, no se puede olvidar en el momento de proceder a una evacuación si fuera necesaria que están los pacientes. No es tarea fácil, ya que muchos de ellos no son válidos por sí mismos y una de las primeras reglas en caso de evacuación es no usar los ascensores con lo cual el centro sanitario tiene que tener un protocolo y un plan de evacuación bien estructurado, además de contar con la infraestructura necesaria para que la evacuación sea lo más rápida posible y muy bien organizada. Las personas deben estar preparadas para que reaccionen frente a una situación de emergencia real o un acontecimiento que genere peligro. Se trata de evacuar las instalaciones en caso de que fuera necesario. Controlar la emergencia. Acción de extinción. Contención de derrames. Primeros auxilios. Evitar daños mayores. Proteger los bienes materiales y las instalaciones.

2 Objetivos

Analizar todas aquellas situaciones que puedan poner en riesgo la salud de los trabajadores y trabajadoras, además de las de los pacientes que se encuentran en un centro 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

Es necesario destacar las medidas de prevención y protección de incendios, puesto que los hospitales son centros muy complejos de evacuar en su totalidad. El objetivo principal debe ser el de prevenir el incendio y, en caso de que se origine, evitar su propagación en el interior del edificio. La extinción de incendios comienza con el diseño del edificio y continúa con la adopción de medidas preventivas adecuadas. La detección de incendios es el único sistema que avisa automáticamente a tiempo para escapar de un edificio mediante detectores y sistemas acústicos y luminosos de aviso. Seguir las instrucciones y sobre todo en orden. Mantener la calma. Transmitir la alarma al personal de la empresa. Seguir las indicaciones. Respetar la señalización y dirigirse al punto de encuentro estipulado. Una práctica efectiva importante para saber cómo actuar en caso de emergencia es la realización de simulacros de evacuación y emergencia, que no dejaría a nadie sin saber cómo actuar si se produce esa situación de riesgo real. Los extintores son equipos importantísimos para el plan de protección contra incendios de cualquier centro de trabajo. Si se detecta un incendio, es lo primero que se usa para intentar controlarlo. Por eso sus características, su localización y el uso que se haga de él son determinantes para conseguir evitarlo, o no, la propagación del fuego. Un extintor se usaría para incendios pequeños; no han sido fabricados para combatir incendios grandes o que se propaguen. Si esto sucede se debe evacuar el lugar inmediatamente. Resulta primordial tener cuidado al utilizar un extintor, comprobando su estado previamente y el personal adecuado que sepa

manejarlo. La ubicación del mismo debe ser lugar visible y accesible de la manera más rápida.

5 Discusión-Conclusión

Saber cómo usar un extintor es probablemente algo que la mayoría de nosotros nunca nos hemos planteado. A pesar de vivir rodeados de extintores contra incendios, mucha gente no sabe cómo utilizarlos correctamente. Y deberían, ya que es un recurso muy importante que en un momento extremo puede salvarnos la vida. Es por tanto de vital importancia que todo el personal del centro sea conocedor del plan de emergencias que exista, quienes son las personas responsables del mismo, que pasos hay que seguir en caso de que exista una emergencia de este tipo y sobre todo e imprescindible llevar a cabo simulacros para saber cómo mantener la calma en caso de emergencia, son factores determinantes a la hora de surgir una verdadera situación que entrañe peligro para poder llevar a cabo una evacuación rápida y eficaz.

6 Bibliografía

https://www.sergas.es/Calidade-e-seguridade-do-paciente/Documents/6/SISTEMA%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20Y%20GESTION%20DE%20REISGOS-SERGAS_castellano.pdf
https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety
http://mediespecialistas.com/wp-content/uploads/2016/04/programa_seguridad_paciente.pdf

Capítulo 64

ACTUACIÓN EN CASO DE INCENDIO

LAURA MIGUÉLEZ SARMIENTO

1 Introducción

El fuego es uno de los elementos más utilizados en el trabajo humano.
La nutrición y el bienestar, y los riesgos asociados a él, se conocen desde hace mucho tiempo desde tiempos inmemoriales. Por ello, este fenómeno se considera útil y positivo siempre que se controle, pero puede causar daños importantes y muy graves, incluyendo daños personales, incluso con pérdida de la vida, y daños materiales si no se controla el incendio, se define como un incendio descontrolado que debe ser extinguido para evitar daños mayores.

El fuego se define entonces como la luz y el calor producidos por combustión, o combustión caracterizada por la liberación de calor acompañada de humo, llamas o ambos.

Un ejemplo de fuego es una cerilla encendida, un fuego controlable en el espacio (combustible limitado) y en el tiempo (extinguir cuando se desee). Por otro lado, como ejemplo de incendio, podemos mencionar un incendio forestal o un incendio de empresa, que no está controlado ni por el espacio ni por el tiempo.

El fuego requiere 4 elementos:
- Combustible, es decir, cualquier cosa que entre en contacto con el combustible. El fuego puede quemar, por ejemplo, un trozo de papel o madera.
- Comburente, se considera alcanzable. Quemarlo o acelerarlo como el oxígeno.
- Calor, ya sea de la propia reacción o del calor previo que promueve la presencia del fuego.

- Una reacción en cadena, una reacción que ocurre como el mecanismo principal del fuego, también ayuda a que se propague a través del combustible.

2 Objetivos

El objetivo básico es tener una comprensión general de los peligros del fuego y cómo protegerse en caso de un incendio y los métodos de extinción de incendios mediante los cuales se puede controlar, comprender y mantener el fuego.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado 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

1. PRODUCTOS DE UN INCENDIO

Un incendio o incendio descontrolado produce varios productos, algunos de los cuales pueden ser altamente tóxicos, mientras que otros pueden generar altas temperaturas, por lo que el contacto con personas o animales puede provocar quemaduras.

Entre estos productos tenemos:

1. Gases de combustión, tales como:
El monóxido de carbono (CO) es altamente tóxico.
El dióxido de carbono (CO2) también es tóxico y contaminante.
Oxígeno (O2), que es el responsable de la propagación del fuego y de la combustión acelerada.
Sulfuro de hidrógeno (H2S), muy tóxico.
La acroleína no solo irrita los ojos y las mucosas, sino que también es tóxica, especialmente a nivel de los pulmones.
El amoniaco (NH3) también es muy irritante.
Ácido cianhídrico (HCN), muy tóxico.

Dióxido de nitrógeno (NO2).

2. Llamar:
Es la energía luminosa producida por el calor de combustión de los gases liberados durante la combustión. Para producir combustible, deben desprender gases inflamables en presencia de oxígeno.
3. caliente:
Al arder, es la principal causa de propagación del fuego.
4. Humo:
El color del humo de un incendio puede dar pistas sobre su naturaleza:
Si es blanco o gris claro, significa que el fuego puede arder libremente con mucho oxígeno.
Si es negro o gris oscuro, el fuego en estas condiciones carece de oxígeno y produce mucho calor.
Si es de color amarillo o púrpura rojizo, indica la presencia de gas tóxico.
5. Tipo de fuego:
Es un tipo de clasificación de fuego que se utiliza para identificarlo y qué lo provoca:
- Clase A: Son incendios que suelen involucrar materiales sólidos
De naturaleza orgánica, donde se produce carbón al quemarse (madera, tela).
- Clase B: Incendios de líquidos o sólidos líquidos (gasolina, grasas)
- Clase C: Son fuegos de gas (butano, acetileno)
- Clase D: Son fuegos de metales (aluminio, sodio)
Existe la categoría E, que es un incendio eléctrico, pero suele ser un incendio anterior que se produce en presencia de tensión.

2. ACTUACIÓN ANTE UN INCENDIO

Cuando se produce un incendio, hay unas reglas de juego que hay que adelantarse, teniendo siempre presente que avisar a los bomberos debe ser una prioridad.

Estos estándares son:
Si se dispone de métodos, pero se mantiene la integridad personal en todo momento, se harán esfuerzos para contener el fuego sin correr riesgos innecesarios.
Además de la alarma, se mantendrán en todo momento las vías de escape para evitar la propagación del fuego.
Nunca apagarás un incendio solo, busca ayuda de otros trabajadores.

Una vez fuera de control, se abandonará el lugar del incendio, se avisará al resto del personal y se cerrará la puerta, que actuará como barrera natural para evitar que el fuego se propague.
Sonará una alarma y se notificará al número de emergencia local.
Siempre se debe evitar el humo y el gas, y si es muy denso, se debe continuar agachado.
Como se mencionó, todas las puertas estarán cerradas para evitar la transmisión.
Nunca se utilizará el ascensor.
Si la ruta de escape está bloqueada o llena de humo, se encontrará un área libre de humo, se cerrarán las puertas y se sellarán las grietas.
Los servicios de emergencia serán avisados a través de la ventanilla o cualquier medio posible.

3. MÉTODOS DE EXTINCIÓN

El objetivo de este apartado es resumir los distintos métodos de extinción de incendios que se pueden encontrar en una empresa o centro de trabajo, así como la gestión y mantenimiento en una situación de incendio.

Los más importantes son:

3.1. El extintor de incendios.

Un extintor es un dispositivo que permite rociar y dirigir un chorro de agente extintor hacia un incendio y permite extinguirlo.
El equipo suele incluir:
Contenedores con extintores para la extinción de incendios.
Un conjunto de elementos que permite iniciar, dirigir y detener la pulverización de agentes extintores (manguera, difusor)
Dispositivo de seguridad.

Hay varios modelos de extintores:
Extintor de incendios de autopresión: La presión de impacto del material extintor es generada por el propio agente extintor.
Extintores de presión extra: estos tienen una botella incorporada que proporciona presión de impacto.
Extintores de presión incorporado: el combustible es
Integrado en el extintor.

Los extintores estarán enganchados sobre postes o soportes fijos, deben estar
Mantenimiento regular.

Antes de usarlos, los empleados deben saber:
Su ubicación en el trabajo.
Para qué tipos de fuegos son adecuados.
Lea la etiqueta específica del extintor de incendios.
Control de todo tipo de extintores en el centro.

Durante la extinción:
Compruebe el tipo de incendio y utilice el extintor más cercano para cada tipo de incendio.
En caso de incendio en presencia de tensión, se debe tener cuidado de desconectar la fuente de alimentación del área afectada. Si esto no es posible, utilice un agente extintor no conductor (polvo, dióxido de carbono, halón).
Se quitarán las juntas y los pasadores de seguridad del dispositivo.
Se realizará un disparo de prueba antes de acercarse a la fuente del fuego.
Ataca el fuego en la misma dirección en que se mueve el fuego. Esto significa refugio al aire libre, viento de cola interior.
Dirigir el chorro del extintor hacia la base de la llama, barrer ligeramente en zigzag, retirar el fuego y no avanzar hasta estar seguro de que el anterior se ha apagado.
Utilizar tantos extintores como sea posible, pero siempre en la misma dirección para evitar posibles interferencias.
Cuando se dé por extinguido el fuego, se soltará el extintor, pero siempre atento a si se ha reactivado o si todavía tiene brasas o residuos.
Nunca le dé la espalda al fuego cuando se aleje, incluso si cree que el fuego está apagado.
Deténgase inmediatamente si ve gases tóxicos, se siente mareado o tiene problemas para respirar.
Los extintores solo son efectivos en la primera etapa de un incendio.
Intente agitarlo antes de activarlo.
No se acerque demasiado a la fuente de fuego para evitar quemaduras.
Los extintores que usan dióxido de carbono (CO_2) sujetarán la boquilla por el mango para evitar que se congele.

Una vez completada la erradicación:
Es necesario asegurar una buena ventilación en el lugar donde se realiza la operación.
Los supervisores dejarán los extintores encendidos para evitar la reactivación de fuentes potenciales de incendio.

Los extintores usados se dejan en la empresa para su carga, pero nunca en el lugar original para evitar errores.

Mantenimiento de extintores (según legislación, aunque puede haber ligeras diferencias en las diferentes comunidades autónomas debido a la legislación adoptada por los respectivos consejos sectoriales, las normas generales son las mismas en todo el país):
El extintor como recipiente a presión debe ser sellado por una empresa de mantenimiento autorizada cada 5 años, hasta 3 veces desde la fecha de fabricación.
Los controles anuales de peso y presión deben ser realizados por una empresa autorizada, y los extintores con cilindros de impulsión se revisan en cuanto al estado del agente extintor y el aspecto de las botellas, así como una inspección visual. mangueras, boquillas o pistolas, válvulas y componentes mecánicos.
Cada 3 meses, el personal o una empresa autorizada debe verificar disponibilidad, señalización y buen estado de conservación aparente, inspección visual de seguros, sellos e inscripciones, control de peso y presión, si es necesario, inspección visual del estado de las partes mecánicas, boquilla o lanza, válvula y parte mecánica.

3.2. La boca de incendios equipada (B.I.E.)
La boca de incendios equipada es un extintor semirrígido que consta de los siguientes materiales:
Una lanza.
La manguera.
El racor, que es un accesorio que es la conexión entre la manguera y la pistola de agua.
Válvula.
Manómetro para medir la presión del agua descargada.
El soporte.
El armario en el que está situado.
Disponible en boca de 45mm y 25mm.
Como se mencionó anteriormente, los extintores de incendios deben instalarse sobre soportes firmes y mantenerse regularmente.
La forma en que se utiliza depende de si es de 45 mm o de 25 mm.

BIE 45mm: Su uso adecuado requiere de 3 personas, una para operar la pistola, otra para apoyar a la primera y la tercera para abrir la válvula. Se seguirán las siguientes reglas:
Cubra con cuidado la ventana o abra la tapa con un paño o pañuelo, golpee el

centro con un objeto sin filo, luego retire el vidrio roto y rompa el vidrio suavemente.
El carrete de la manguera girará y se desenrollará toda la manguera.
La manguera se desplegará por completo y garantizará que no haya torceduras ni dobleces que detengan el flujo de agua.
Cuando se extiende la manguera y se coloca una persona en la punta de la lanza, el tapón se abre por completo.
La válvula de escape se abrirá y ajustará el patrón de chorro. Entonces podemos hacer:
- Un chorro o cono abierto es más eficiente y crea una cortina de agua protectora, pero tiene un alcance más corto.
- Los jets compactos brindan un largo alcance, brindan una excelente seguridad, pero son menos eficientes.

Nunca deje la pistola abierta para abrir la válvula, ya que este descuido puede provocar accidentes, especialmente cuando se utilizan inyectores compactos.
Los que toman la delantera atacarán el fuego.
Debe recordarse que el agua es peligrosa en presencia de electricidad, por lo que, al igual que los extintores, debe apagarse inmediatamente antes de extinguir un incendio.

EIB de 25 mm: aquí se necesitan 2 personas o incluso 1 y seguiremos estas reglas para una intervención efectiva:
Se expondrán las mangueras necesarias para llegar al lugar del incendio.
Se abre el grifo, luego la válvula.
El hombre de la lanza atacará el fuego.

Reglas de seguridad:
Siempre se dejan vías de escape como extintor de incendios.
Se detendrá la propagación del fuego. No se utilizarán chorros compactos para extinguir fuegos que involucren líquidos o sólidos dispersos.
Cuando se utilicen boquillas abiertas o cónicas, se debe utilizar un efecto cortina (rociado de agua) para evitar la ignición.
El agua se aplicará de acuerdo con la llama y se rociará tanto como sea posible.
Como se mencionó anteriormente, se debe evitar el uso de agua en maquinaria e instalaciones eléctricas.
El atomizador se utilizará para enfriar el combustible líquido y enfriar el ambiente.

Si el fuego es excesivo, no se debe arriesgar, por lo que se deben hacer esfuerzos para evitar su propagación hasta que lleguen los bomberos.

Servicios de bomberos o rescate.
Los trabajos de mantenimiento del BIE son los siguientes:
Las mangueras deben ser inspeccionadas por una empresa autorizada cada 5 años.
Una empresa de reparación autorizada realiza una inspección general cada año.

Cada 3 meses, personal o empresas autorizadas deberán verificar accesibilidad, señalización y buen estado de conservación aparente, inspección visual de seguros, precintos e inscripciones, inspección visual del estado de partes mecánicas (boquilla, válvula y manguera).

4. PREVENCIÓN DE INCENDIOS

Al final de esta lección, se explicarán algunas reglas generales y básicas sobre la seguridad contra incendios y algunas reglas para prevenir la propagación de un incendio.

Además de cumplir con las normas pertinentes, en tales casos todos los empleados deben observar las áreas de no fumadores.
No tirar colillas o cerillas en papeleras, papeleras o al suelo, utilizar ceniceros, asegurarse de que estén bien cerrados, extremar las precauciones al final de la jornada laboral, recordar que está prohibido fumar en las zonas de trabajo por ley.

Se debe mantener el orden y la limpieza adecuados. Todos los residuos, envases y materiales inservibles deberán almacenarse en lugares y contenedores adecuados, teniendo en cuenta que el centro de higiene o empresa debe cumplir estrictamente la legislación vigente en materia de residuos higiénicos.

Los materiales inflamables como disolventes o gasolina deben almacenarse en recipientes y lugares adecuados, siempre alejados de fuentes de calor para evitar su ignición.

En cualquier caso, evite la acumulación innecesaria de materiales inflamables como periódicos viejos, trapos, restos de disolventes, etc.
Todas las instalaciones eléctricas, especialmente los elementos de protección como fusibles o diferenciales, deben mantenerse en buen estado.

Las instalaciones eléctricas no deben sobrecargarse.

Todos los aparatos eléctricos que no estén en uso deben apagarse y desenchufarse para evitar incendios y proteger el medio ambiente.

Todas las características de seguridad contra incendios, como los extintores de incendios y los BIE, deben mantenerse en buen estado de funcionamiento con revisiones periódicas de acuerdo con las reglamentaciones aplicables.

Todos los pasillos y salidas de emergencia deben estar despejados para evitar acumulación de material en las primeras o taponamientos.

Todas las puertas contra incendios o puertas de mamparos deben mantenerse cerradas en todo momento, ya que esto evita la propagación del fuego y evita que se bloqueen.

5 Discusión-Conclusión

La propagación del fuego podría tener graves consecuencias para el hospital. Para evitar esto, debemos seguir algunos códigos de conducta que todos tenemos o debemos seguir para evitar este tipo de comportamiento.
Se recomienda que todo el personal haya recibido formación práctica y teórica en Plan de Emergencias para minimizar o prevenir la aparición de incendios.
La propagación de incendios en hospitales puede tener graves consecuencias. Para evitar esto, debemos esforzarnos por cumplir con nuestro código de conducta diario, como no fumar en la habitación, ya que se trata de un comportamiento de alto riesgo.

El fuego es una situación estresante que presenta una variedad de peligros. No solo hay que tener en cuenta que los pacientes y el propio personal del hospital pueden sufrir quemaduras, intoxicaciones por inhalación de humo durante la evacuación, sino lesiones, ataques de pánico e incluso paros cardiopulmonares que pueden requerir asistencia durante la evacuación.

Creemos que es esencial que todos los empleados tengan una formación básica en primeros auxilios y un conocimiento profundo de los planes de protección contra incendios y las estructuras del lugar de trabajo.

Además, se debe conocer la gama de extintores utilizados y tener en cuenta qué tipo de extintor utilizar para cada tipo de incendio.

Asimismo, se debe capacitar a los empleados en técnicas de evacuación, movilizar pacientes en caso de siniestro y realizar simulacros periódicamente para asegurar la actuación adecuada en caso de incendio.

6 Bibliografía

http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-19-plan-de-emergencias-ante.html
http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-21.html
Herrera Embid, J. NPT 282: Hospitales: protección contra incendios. Instituto Nacional de seguridad e higiene en el trabajo

Martorell Oller, M. (1982) El plan de emergencias contra incendios. Asociación Española de Ingeniería y Arquitectura Hospitalaria.

Orden Ministerial 24/10/79 sobre Protección antiincendios en Hospitales.

Orden Ministerial 29/11/84. Manual de autoprotección, guía para el desarrollo del plan de emergencias contra incendios y evacuación de locales y edificios.

Capítulo 65

URGENCIAS DE LOS HOSPITALES Y FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ESTAS

MARIA PILAR SANCHEZ PARRA

ALBERTO HUETE GONZALEZ

YOLANDA MORENO VIZCAINO

MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

1 Introducción

Cuando un paciente después de haber sido atendido por los centros de atención primaria no ha podido recuperar por completo su salud, es necesario acudir a la atención especializada, que se realiza en las consultas externas de los centros hospitalarios, por tanto, el servicio de consultas externas, es un servicio ambulatorio donde acuden los pacientes que han sido derivados desde el servicio de atención primaria o de post-hospitalización. Es un sistema orientado a la prevención, curación y rehabilitación de los pacientes. En las consultas externas se encuentran diferentes especialidades médicas, donde el usuario es explorado, se le expedirán recetas médicas para su tratamiento, se le resolverán todas las dudas sobre su estado de salud, se le realizarán diferentes pruebas, análisis y se gestionarán las citas posteriores.

Cuando el problema de salud haya sido resuelto, el especialista dará el alta al paciente y será derivado de nuevo a su centro de salud para que sean ellos quien le hagan un posterior seguimiento para observar su evolución. El auxiliar administrativo es el encargado de gestionar la atención sanitaria ambulatoria de las diferentes especialidades en las consultas externas del centro hospitalario, llevarán la gestión de las citas de los pacientes, así como cualquier procedimiento que deban realizar. Gestionarán las agendas de las consultas llevando un registro de toda la actividad realizada.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer una a una las diferentes funciones que realizan los auxiliares administrativos en el área de consultas externas de los centros hospitalarios. Desarrollar estas y exponer de manera muy clara cuáles son las funciones en el servicio de consultas externas de cualquier centro hospitalario.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

A pesar de la gran variedad de consultas tan diferentes que se llevan a cabo en las consultas externas de un centro hospitalario, las funciones que desempeña el auxiliar administrativo en este ámbito son las mismas para las diferentes consultas ambulatorias. Las funciones que realiza el auxiliar administrativo en las consultas externas de un hospital son las siguientes:

- Atención al paciente solucionando cualquier duda sobre su cita.
- Expedir documentos y justificantes sobre las consultas médicas que puedan solicitar los usuarios.
- Realizar la atención telefónica para la gestión de las consultas.
- Se encargan de gestionar la información, datos y documentación de los usuarios siempre manteniendo la debida confidencialidad.

- Gestionar la agenda de fechas y horarios de las consultas.
- Gestionar la programación de las operaciones de los pacientes.
- Gestionar el registro de las listas de espera de las operaciones quirúrgicas, así como la inclusión de los usuarios en dichas listas.
- Se encargarán de la digitalización de los datos para posteriormente introducirlos en el historial del paciente.
- Establecer una coordinación entre los diferentes niveles asistenciales del centro hospitalario para la continuidad en la atención de los pacientes que lo requieran.
- El personal administrativo deberá gestionar una serie de datos para la identificación del paciente como nombre y apellidos, fecha de nacimiento, teléfono, número de la seguridad social, edad etc.
- También los datos sobre el médico que ha solicitado la cita en las consultas externas, identificar el área que solicita la consulta y qué servicio solicita, además de gestionar los datos médicos (historia clínica) y clínicos del paciente, así como fechas y horarios de las consultas.
- Gestionan los motivos de salida del registro de las consultas, como la no presentación, el aplazamiento, tanto el solicitado por el propio paciente como por el médico, renuncia voluntaria, etc. En resumen, gestionan la documentación clínica, la información asistencial y la gestión de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto en el anterior apartado, como el auxiliar administrativo en el área de las consultas externas hospitalarias tiene una serie de funciones (que son comunes en las diferentes consultas de las que se componen las consultas externas hospitalarias), muy importantes para el correcto funcionamiento de dicha área hospitalaria, hemos visto como el auxiliar administrativo se encarga de la atención al paciente, expide documentos tales como justificantes y otros de las consultas médicas, gestionan la documentación del paciente, gestionan la agenda de fechas y horarios de las consultas, también gestionan los datos personales de los pacientes (nombres y apellidos, etc.) y otra serie de funciones que hemos visto anteriormente que son extremadamente importantes para el correcto funcionamiento de las consultas externas de los hospitales.

6 Bibliografía

1. Estatuto del personal no sanitario de las instituciones sanitarias públicas de la Seguridad Social.

2. Gestión de pacientes en el hospital. El servicio de admisión y documentación clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
3. Guía de gestión de consultas externas en atención especializada.

Capítulo 66

PROTOCOLOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN DOCUMENTACIÓN SANITARIA EN MATERIA DE JUBILACIONES

MARIA PILAR SANCHEZ PARRA

ALBERTO HUETE GONZALEZ

YOLANDA MORENO VIZCAINO

MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

1 Introducción

El auxiliar administrativo es el que realiza todo o casi todo el trabajo en cuestión de documentación, jubilaciones, invalidez, citas médicas o documentos de prescripciones médicas, informes médicos etc.
La prestación de la jubilación es una modalidad de tipo contributivo, cubre la pérdida de ingresos que sufre una persona cuando, alcanzada la edad establecida, cesa en el trabajo por cuenta ajena o propia, poniendo fin a su vida laboral, o reduce su jornada de trabajo y su salario en los términos legalmente establecidos. Estas personas entran en el régimen general de jubilación cuando, afiliadas o y en alta o en situación asimilada al alta, como por ejemplo excedencias forzosas,

excedencias por cuidados de hijos, y por supuesto que reúnan las condiciones de edad, período mínimo de cotización y hecho causante, legalmente establecido.
También formarán parte de la prestación de jubilación los que, aunque no estén dados de alta, cumplan con los criterios de años cotizados y si la edad de esta persona es acorde también a la prestación.
Generalmente, por las manos del auxiliar administrativo pasan numerosos contratos o documentos de personas que solicitan la jubilación, pero no saben cómo se genera ese proceso o qué pasos han de seguir para solicitarla. El auxiliar administrativo es el encargado de ayudar a este tipo de personas para poder llegar a tener esa prestación.

2 Objetivos

- Conocer el proceso que realiza el auxiliar administrativo para generar una solicitud de prestación por jubilación, documentación que necesita o precisa para realizarla y qué procesos tiene que pasar esa documentación para ser aceptada como jubilación.
- Describir qué complicaciones puede encontrar el auxiliar administrativo al gestionar las prestaciones.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

La revisión bibliográfica que hemos realizado es un tema que lleva peso de mucha información, la cual el auxiliar administrativo debe de enseñar al usuario para que pueda solicitar correctamente la prestación de jubilación. El usuario se puede encontrar ante la duda de como poder realizar la solicitud.
En el caso de acudir al auxiliar administrativo, este comenzará en primer lugar, a abrir el proceso con un número de referencia, que va a ser muy importante en

todo el procedimiento para todos los trámites. El auxiliar administrativo tramitará toda la documentación a través del departamento de atención al usuario, con todas las fotocopias o documentación que se necesita como: vida laboral, fotocopia del documento nacional de identidad y tarjeta de seguridad social. Esta documentación se presentará en el registro y llegará al auxiliar administrativo, que registrará todos los datos y realizará la petición del usuario.
La Seguridad Social tendrá un mes para recopilar todos los documentos y, en menos de seis meses, la Administración deberá contestar. Si no lo hace, se considerará silencio administrativo positivo, que es como aceptar como válida la solicitud que ha presentado el usuario.
Todo usuario que presente la solicitud, tanto por vía electrónica como de forma presencial, debe realizarla por escrito, para que quede constancia de la misma y se le pueda facilitar un informe adecuado.
- Las complicaciones que puede llegar a encontrar según los autores que hemos encontrado, en cuanto a la gestión de esta documentación por los auxiliares administrativos, es que el usuario no presente todos los documentos, o que estos documentos no sean los originales, sino una copia, por lo que no se acepte la solicitud. También puede ocurrir que el usuario no sepa escribir ni leer, por lo que tendrá que realizar toda la solicitud de la prestación el auxiliar administrativo.
- También se puede dar la situación de encontrar usuarios que tienen la jubilación anticipada por la empresa, la cual tiene un convenio con los empleados.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que sacamos en este capítulo es que la jubilación es una etapa en la cual la persona ha cumplido la edad y los años trabajados requeridos para tramitar la solicitud de la prestación. Se trata de personas ya con una edad, a las que no se les puede considerar mayores, pues en hace unos días estaban desempeñando su jornada laboral con destreza y buena actitud, pero sí que, en algunas ocasiones, no están actualizadas en el tema de tramitación de documentos. Por ello, el auxiliar administrativo es el encargado de ayudar en todos los trámites para poder llegar a obtener una pensión por los años trabajados.
El usuario deberá acudir con la suficiente antelación para solicitar esta prestación para que, una vez que cumpla la edad requerida y deje el trabajo, continúe recibiendo unos ingresos.

6 Bibliografía

1. www.riesgos-laborales.com.
2. Ergonomía – M. Inmaculada Girón Cónsul y Ricardo Fernández García.
3. "La ergonomía en tareas administrativas" Universidad Politécnica de Valencia.
4. Página web del INSST.

Capítulo 67

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ORGANIZACIÓN DE LA AGENDA MÉDICA DE LOS CENTROS DE SALUD

MARIA PILAR SANCHEZ PARRA

ALBERTO HUETE GONZALEZ

YOLANDA MORENO VIZCAINO

MARÍA JOSÉ MORCILLO RUBIO

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

1 Introducción

Los médicos de Atención Primaria se ven desbordados por la elevada presión asistencial a la que se ven sometidos a diario en el desempeño de su labor, por lo que se ve necesaria la implantación de un modelo que satisfaga al usuario, facilite su función a los profesionales sanitarios y en definitiva haya una mejor organización.
En la década de los 80, el modelo de la atención primaria cambia su fórmula en cuanto a la organización del trabajo. Para ello se establece el modelo de cita previa.
Se implantan estrategias dirigidas a la optimización de las consultas, una de ellas la gestión de las agendas de las consultas de Atención Primaria, cuyo objetivo es racionalizar la demanda y mejorar la accesibilidad para conseguir mejorar la

dinámica de la consulta. Para ello se establece un plan de intervención que consiste en organizar la cita y evaluar la actividad asistencial.
Con toda la instauración del sistema de cita previa, el usuario puede programar con antelación sus visitas al médico reservando una hora de consulta. De igual forma, el profesional puede disponer de una agenda donde sabe con antelación los usuarios que va a atender y consultar las historias clínicas, al igual que reprogramar consultas a los pacientes.
Como consecuencia de todo esto, el usuario mejora el acceso a la atención primaria y se racionaliza la actividad asistencial, aumentando la sensación de calidad en el servicio. En todo este procedimiento es fundamental la labor del auxiliar administrativo, ya que se encarga de gestionar todo el proceso.

2 Objetivos

- Dar a conocer el actual sistema de citación que existe en la sanidad.
- Visualizar la importancia que cobra la labor del auxiliar administrativo en la gestión de agendas del personal sanitario en la atención primaria

3 Metodología

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

4 Resultados

La informatización de las agendas permite clasificar las citas en función de las necesidades del usuario.
Algunas de las citas que nos podemos encontrar en una agenda de un médico de Atención Primaria son las siguientes:
- Demanda: cuando el usuario necesita una consulta presencial que puede programarse en el tiempo. Esta consulta es a solicitud del paciente y puede solicitarla bien por teléfono, online o en el propio centro de salud.
- Teleconsulta demanda: cuando el usuario necesita hablar con el médico y no necesita que la consulta sea presencial. También son a petición del usuario y

pueden solicitarla bien de carácter presencial, online o telefónicamente. En este tipo de consulta se suelen tratar temas más burocráticos como gestiones de bajas laborales ya en curso, etc.
- Administrativa organizada: receta. Debe solicitarla el paciente cuando estime que va a quedarse sin tratamiento para que su médico le active la receta electrónica. Este tipo de citación solo se utiliza para la actualización de medicamento.
- Programada: este tipo de cita se da para visitas periódicas que el médico pauta al usuario con carácter presencial.
- Teleconsulta programada: consultas programadas por el médico para hacer un seguimiento a un usuario, de carácter no presencial, es decir, telefónica.
- Sintrom: control de sintrom a un paciente. El médico es el que se genera este tipo de consulta para saber que tiene que pautar el sintrom al paciente.
- Domi-demanda: el paciente solicita una consulta a su médico, pero no puede acudir al centro de salud por motivo de su situación personal. Este tipo de consultas son a petición del paciente y, normalmente, el médico llama al paciente antes de desplazarse al domicilio para hacer una primera valoración.
- Domi-programada: el médico programa una consulta al domicilio del paciente, ya que previamente conoce la patología de este y considera que es necesario el desplazamiento a domicilio.
- Urgente: aquellas consultas que por la urgencia del proceso no pueden esperar a programarse en la agenda.

Y las citas que nos podemos encontrar en un enfermero de Atención primaria son:
- Demanda: el usuario necesita una cura, un inyectable o ser atendido de manera presencial. Este tipo de consultas son a petición del usuario.
- Sintrom: cita para realizar al paciente el Sintrom en el mismo centro de salud.
- Domi-Sintrom: el paciente necesita que se desplace el enfermero a domicilio para realizarle el sintrom, ya que esté está incapacitado para acudir al centro de salud.
- Programada: citas ya programadas anteriormente por el profesional de enfermería para el seguimiento y continuidad de la patología del paciente.
- Domi-programada: este tipo de citación consiste en lo mismo que la citación programada, pero con la diferencia que el profesional se tiene que desplazar al domicilio del paciente por la incapacidad de este para acudir al centro de salud.
- Domi-demanda: el paciente pide al enfermero ser atendido en su propio domicilio por no poder asistir él mismo al centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos destacando que no es buena idea que las agendas de los profesionales sanitarios desglose a mayor carga de trabajo con los diferentes efectos negativos que esto conlleva, como por ejemplo, pérdida de calidad en la atención al paciente, estrés del profesional y en general una progresiva pérdida de calidad en el sistema.
Con el sistema de cita previa se ha realizado un gran avance en la organización del sistema sanitario y un mayor control en la gestión de los centros. El auxiliar administrativo tiene un gran peso para que se lleve a cabo la buena gestión de todo este sistema y el centro sanitario funcione correctamente.
En la actualidad todo usuario o paciente conoce el sistema de citas médicas y también depende de ellos el correcto funcionamiento de los centros sanitarios, ya que no se debe saturar el sistema ni abusar de las citaciones.

6 Bibliografía

1. Gestión de la demanda: agendas médicas de calidad de Atención Primaria. Disponible en www.elmedicointeractivo.com.
2. El desarrollo de la Atención Primaria en el INSALUD: un análisis del cambio organizativo. Disponible en www.scielo.isciii.es.
3. Modelo de Innovación Organizacional de Atención Primaria. Organización asistencial www.fundacionsigno.com.

Capítulo 68

OBLIGACIONES DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN RELACION A LA PROTECCIÓN DE DATOS DE LOS PACIENTES

JESSICA ARGUELLES LORENZO

1 Introducción

Los datos personales referentes a la salud han de ser tratados como datos especialmente sensibles y tener mucha precaución y protección con ellos. Los centros sanitarios son obligados a establecer las medidas, acciones y pautas que sean necesarias para garantizar la confidencialidad de los datos de los pacientes y por su puesto garantizar el acceso legal a esos datos.

Los auxiliares administrativos accedemos a los datos a través de la historia clínica, siendo esta el conjunto de documentos que contienen datos, exploraciones, pruebas, agendas, evoluciones clínicas, etc de un paciente a lo largo de sus visitas y procesos con la sanidad.

La historia clínica incorporará toda la información relevante que deba dejarse constatada y actualizada para saber el estado de salud de un paciente. Desempeña una importante labor también en otros ámbitos, como puede ser el jurisdiccional, también en la investigación, en la docencia, etc.

El personal administrativo en relación a la protección y tratamiento de los datos de los pacientes debe seguir unos principios básicos que aseguren la confidencialidad de los datos con los que trata. Por ello el personal de administración y

gestión de los centros sanitarios solo podrán acceder a los datos de los pacientes que estén relacionados con sus propias funciones.

2 Objetivos

-Determinar las obligaciones del personal administrativo en relación a la protección de datos de los pacientes.
-Conocer los derechos y limitaciones sobre su uso y las medidas que garantizan la custodia y seguridad de los mismos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se han realizado consultas de manuales, guías, leyes y decretos sobre la protección de datos y en especial sobre la protección de los datos personales relativos a la salud, con palabras clave, como por ejemplo, seguridad, secreto profesional, transparencia, historia clínica.

4 Resultados

El tratamiento y la recogida de los datos de los pacientes por parte de los auxiliares administrativos deberá ser de manera segura y transparente, siempre dentro de la legalidad, utilizando solo los mínimos y necesarios para prestar la mejor atención.

Se guardará secreto profesional para garantizar la confidencialidad de los datos que tratemos. Usando de forma adecuada el usuario y las claves con las que trabajamos que serán de uso personal. Es muy importante mantener actualizadas las bases de datos sanitarias, suprimiendo o rectificando los datos personales que sean necesarios.

Según 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, toda persona tiene derecho a conocer la información que hay disponible sobre su salud, salvo excepción por ley. Se le deberá proporcionar una información verdadera y adecuada a las necesidades del paciente. El cual podrá solicitar copias.

La población tendrá derecho a conocer los problemas sanitarios de la población

cuando sean un riesgo para la salud pública o para su propia salud, como por ejemplo la información sobre brotes, variantes etc de la Covid-19. Información que lógicamente deber verdadera y de fácil comprensión.

Los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho a recibir información sobre los servicios, acciones, planificaciones, unidades asistenciales disponibles en la organización de sus centros sanitarios y así poder hacer un uso adecuado de ellos.

Los centros sanitarios adoptarán las medidas, acciones, pautas que sean necesarias para garantizar el carácter confidencial de los datos de los pacientes, usuarios o acompañantes referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder ellos sin autorización amparada por la Ley. Elaborando por ejemplo, guías, normas actuaciones, protocolos que garanticen el acceso legal y la confidencialidad de los datos de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La confidencialidad y la protección de los datos sanitarios de los usuarios, pacientes o acompañantes es un derecho del paciente y un deber de la administración, que requiere el compromiso de todos. La administración debe garantizar la formación del personal, que dispongan de las actualizaciones legislativas, de guías, de protocolos de actuación, etc.

El control de los datos, su gestión, tratamiento y la seguridad de los mismos debe llevarse a cabo por los centros sanitarios. Realizando la máxima protección y prevención de dichos datos, ya que la filtración de cualquier dato o la vulneración de cualquier derecho de un paciente, usuario o acompañante, podrá ser penado y conllevará sanciones administrativas, civiles o penales.

6 Bibliografía

1-Guía para pacientes y usuarios de la Sanidad. AEPD
2-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.
3-El administrativo de la salud: conceptos básicos para alcanzar la excelencia profesional. Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad.

Capítulo 69

EL TRATO AL CONJUNTO DEL PACIENTE POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

RAQUEL ESCOBEDO PARDO

MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ

MARI CARMEN ORTIZ CASAS

CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ

INMACULADA ROPERO MOLINERO

1 Introducción

En nuestro trabajo como personal no sanitario y siendo auxiliar administrativo, bien a través del teléfono o cuando los usuarios acuden a las instalaciones sanitarias, estamos en contacto permanente con personas que pueden sentirse con una percepción diferente a la nuestra en cada situación y debemos de ser conscientes de ello y estar preparados.

Debemos partir de la base de que los usuarios desconocen muchas veces el funcionamiento interno, por lo que no siempre entienden los procedimientos establecidos y que, a veces, no encaja con sus demandas. Esto puede originar una fuente de conflicto en nuestra interacción diaria y es por ello que la comunicación se torna muy sensible en este contexto.

También debemos de entender que estas interacciones se producen con personas con problemas de salud, lo que puede tener asociadas otras implicaciones emocionales para el paciente y su familia. Entro otras, podemos encontrar: invalidez, dolor, incertidumbre, inseguridad, vulnerabilidad, indefensión, decaimiento, irritabilidad. Dependiendo de la situación, en el entorno sanitario u hospitalario, cada usuario reaccionará y afrontará los hechos con diferentes reacciones.

Cuando se pierde el control podemos encontrarnos con una sobre-reacción "agresiva" o una ausencia total de reacción, es decir, un bloqueo. Todo esto dependerá exclusivamente de la personalidad de cada persona y de las circunstancias que lo acompañen en ese momento.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

Conocer cómo debe ser el trato con el paciente y la familia por parte del auxiliar administrativo.

Como objetivo secundario:

Mostar la necesidad de formación del auxiliar administrativo en este campo.

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

En un sistema sanitario amplio y complejo, el papel del personal no sanitario, como los celadores o auxiliares administrativos, puede resultar crucial. Se trata del primer contacto que se encuentra el usuario cuando requiere de atención sanitaria.

En ese momento, la imagen de la institución depende de ese momento en el que nosotros como profesionales representamos a esa organización desempeñando nuestro trabajo. Este aspecto cobra relevancia en estos tiempos dónde tratamos de mantener y mejorar la calidad en la atención al paciente.

El personal no sanitario en primera línea de atención somos, en cierto modo, responsables de que esa calidad sea siempre percibida. Es importante destacar nuestro papel en la acogida, orientando, atendiendo y comunicando tanto al usuario como a la familia.

También informando acerca 1884 del acceso a determinados servicios, ya que en todo momento somos la primera recepción del paciente. Cuando interactuamos con un usuario, en el desarrollo de nuestras funciones, la satisfacción de esa persona vendrá dada por las expectativas que tenga sobre lo que necesite y lo que finalmente obtiene. Es importante que seamos conscientes de esas exceptivas mínimas para prestar la mejor atención posible.

Entre ellas destacan:

- Ser atendidos con la urgencia requerida

- Intervenciones rápidas

- Información

- Que se les escuche para poder entender su demanda

- Trato respetuoso, cordial y personalizado.

Aparte de la importancia de la comunicación para la organización y para el paciente y su familia, es importante para los profesionales cuidar este aspecto, pues nos puede proporcionar cierta ventaja:

- Una buena comunicación garantiza mayor confianza del usuario y su colaboración.

- Colaboración de las familias, pues ellas tienen influencia sobre el paciente y pueden ayudar en que el paciente colabore en las pautas establecidas.

- Prevención de los conflictos y situaciones estresantes con el paciente y su familia. Estas situaciones pueden derivar en reclamaciones, demandas judiciales y situaciones dónde la situación del profesional puede ser muy delicada si no sabe cómo defenderse o no se siente respaldado. Además, esta situación desemboca

en un aumento del estrés e insatisfacción, desmotivación y una actitud negativa.

- Reconocimiento del desarrollo profesional por parte del paciente y familia. Esto siempre supone una gratificación profesional y que previene síndromes como el burnout. No solo debemos tener en cuenta el estímulo económico. Se hace necesario recurrir a experiencias positivas que den sentido a nuestro quehacer profesional.

- Ética profesional, asumiendo el principio de hacer con los demás lo que nos gustaría que hicieran con nosotros mismos. También nuestras experiencias personales y familiares con la enfermedad pueden aportar un gran valor en cuanto a la empatía con los enfermos que se atienden. Las cualidades profesionales que más valoran los usuarios y que, por tanto, facilitan su colaboración son las siguientes:

- Cordialidad y mostrar interés.

- Respeto, ausencia de juicio moral y tener una visión positiva del paciente.

- Empatía y poner en valor las demandas y preocupaciones de los usuarios.

Uno de los aspectos más relevantes en los que debemos centrarnos es en la comunicación interpersonal, que es lo que hace que nos podamos relacionar adecuadamente y contactar con las personas. Este es el instrumento principal que tenemos y lo que puede hacer que se desarrolle una buena o mala relación con la consecuente influencia en la otra parte.

Los elementos que intervienen en la comunicación son muchos y diversos y pueden surgir dificultades en cada uno de ellos, por eso es importante que nos centremos en el proceso comunicativo cuando desarrollamos nuestras funciones. En este sentido debemos de tener en cuenta una serie de habilidades básicas de comunicación que se han demostrado válidas para desarrollar una eficiente comunicación y así facilitar la colaboración de los usuarios.

A continuación, enumeramos algunas de ellas:

- El primer contacto: Es fundamental tener especial cuidado en el momento de la acogida al paciente o familiar. Se trata del primer contacto y es un momento delicado para el paciente y dónde desarrolla especial importancia la comunicación no verbal. Debemos diferenciar que no es lo mismo atender a un paciente, que despachar. Nuestros esfuerzos irán enfocados a prestarle una atención de calidad

lo que influirá considerablemente en una mejor calidad de la atención.

- La actitud frente a la escucha: Partiendo de la evidencia que, escuchando es como entendemos lo que el usuario demanda, también la escucha proporciona mensajes positivos al paciente. Puede percibir que es importante lo que piensa, necesita, que le entendemos, que se es riguroso en el desempeño de sus trabajos, manifiesta respeto. Son innumerables los mensajes que se perciben a través de una escucha activa y facilitan la relación de ayuda (acuerdo, confianza, aceptación…) Otro de los beneficios es entender las demandas y objetivos y así evitar malos entendidos, lo que hace que se prevengan los conflictos.

- La empatía: Se define como la capacidad de ponerse en lugar de la otra persona. Esto facilita la compresión de porque la otra persona hace lo que hace. Esto aumenta los niveles de tolerancia y flexibilidad. A su vez, al paciente le genera confianza al sentir que se le entiende.

- Aceptación, respeto y cuidado: La aceptación significa que no le juzgamos y se puede demostrar a través de los buenos modales y una buena escucha. El cuidado lo podemos desarrollar desde el saludo inicial, hasta preguntas interesándonos por su situación.

- Informar: Además de un derecho, es una herramienta que reduce el miedo e incertidumbre que genera el desconocimiento de los procedimientos y protocolos dentro de las instalaciones sanitarias. De ahí la importancia de que los profesionales informen de manera clara y comprensible sobre que se va a hacer y el porqué.

- Responder a las peticiones de los usuarios: frente a dichas peticiones se darán varias alternativas, desde la aceptación hasta el rechazo, alternativa o retraso. Alguna de ellas se podrá satisfacer y habrá otras que no podamos cumplir. De ahí la importancia de responder siempre ante una petición y no ignorarla o rechazarla porque no podamos cumplirla. También sería apropiado, frente a una negativa, ofrecer alguna alternativa.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de las estrategias para el manejo de conflictos, destaca la prevención cómo la mejor herramienta para el manejo de los mismos, bien a través de una relación colaboradora y de confianza, es decir, poner la venda antes de la herida.

También destacan aquellas técnicas asertivas que contribuyan a responder frente a los conflictos de manera pacífica. Es importante evitar actuaciones dónde se le quite importancia al usuario, eximir nuestra responsabilidad, mantener una relación impersonal y responsabilizarles de que comprendan lo que deben de hacer.

Debemos de tener siempre presente la importancia de personalizar la relación con el usuario y su familia y, a su vez, recordar nuestras funciones dentro de la organización, manteniendo una actitud coherente y explicando siempre lo que vayamos a realizar o los pasos a seguir.

6 Bibliografía

1 - Formación de Personal Celador en su trato con el Paciente y la Familia - Instituto Asturiano de Administración Pública Adolfo Posada, Gobierno del Principado de Asturias (www.asturias.es/iaap)
- Actualizado septiembre de 2011

2 – https://revistamedica.com/papel-personal-administrativo-atencion-paciente/

3.- https://congresosicepa.com/auxiliar-administrativo-funcion-atencion-paciente/

Capítulo 70

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA INFORMACIÓN EN CRISIS SANITARIAS

RAQUEL ESCOBEDO PARDO

MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ

MARI CARMEN ORTIZ CASAS

CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ

INMACULADA ROPERO MOLINERO

1 Introducción

En una situación de emergencia sanitaria la demanda de información se dispara. Así sucedió en anteriores crisis y así ha sucedido en la más reciente, la de la Covid-19, en la que las llamadas de los usuarios solicitando información acerca de la pandemia se incrementó hasta el punto que en las comunidades autónomas, las autoridades sanitarias optaron por poner a disposición de la ciudadanía dos líneas teléfono específicas para aclarar las dudas relacionadas con el avance de la emergencia: riesgos, protocolos de actuación en caso de contacto estrecho con positivos, medidas de prevención, realización de PCR, información sobre vacunación, etc.

Ya sea a través de canales habilitados de forma específica, al otro lado del teléfono en atención primaria o especializada o, en más contadas ocasiones, de forma

presencial, los encargados de dar respuesta a todas esas dudas planteadas por los usuarios han sido los profesionales de la salud y, en gran medida, el personal administrativo. Obtener de los órganos superiores información actualizada y veraz, gestionarla de forma adecuada, transmitirla de manera eficaz y transparente para que genere confianza en el usuario y se reduzcan los riesgos ha sido parte de la tarea a la que se ha tenido que enfrentar el personal no sanitario que, en un contexto de emergencia sanitaria como la reciente provocada por la Covid-19, se ha revelado como una figura clave desde el punto de vista de la transmisión de información y la comunicación al usuario.

No en vano, esta última es, tal y como subraya la ONU, parte integrante de cualquier respuesta de emergencia, ya que es fundamental que la población conozca los riesgos a los que se enfrenta y las medidas que debe adoptar para proteger su salud y la de la comunidad frente a brotes epidémicos, ya sean provocados por el SARS-Cov2, el ébola, el virus de la gripe A o cualquier otro.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

-Evidenciar la importancia del personal administrativo en la gestión de la información en escenarios de crisis sanitarias por su posición en primera línea de atención, próxima y cercana al ciudadano.

Como objetivo secundario:

-Abordar la necesidad de que la información fluya de manera constante en el seno de las instituciones sanitarias para que los profesionales manejen y transmitan información actualizada y veraz.

-Determinar cómo una buena gestión de la información en emergencias sanitarias puede contribuir a reducir los riesgos de contagio en pandemias o brotes de enfermedades infecciosas.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación basada en la revisión bibliográfica. Se han consultado artículos en bases de datos y se han seleccionado publicaciones académicas. Asimismo, se han consultado manuales

elaborados por instituciones y organismos públicos vinculados a la salud.

4 Resultados

Ante la irrupción y avance de una emergencia sanitaria el ciudadano necesita estar informado. Sin embargo, más allá de los medios de comunicación o las ruedas de prensa de las autoridades sanitarias retransmitidas en directo para toda la ciudadanía, en crisis como, por ejemplo, la de la Covid-19 el usuario opta por acudir a fuentes de información más cercanas, que le proporcionen respuestas de primera mano.

Y es que la avalancha de información relacionada con el avance de la pandemia, las continuas revisiones de los protocolos y cambios en los procedimientos requieren de una información constantemente actualizada y veraz que el ciudadano busca en los profesionales de centros sanitarios.

El personal "al otro lado del mostrador", es decir, el auxiliar administrativo, se convirtió de este modo en una fuente de información relacionada con la pandemia a la que los usuarios otorgaron gran credibilidad.

En este sentido, la propia Organización Mundial de la Salud en un informe sobre Comunicación de riesgos en emergencias de salud pública apunta a los funcionarios de la salud como la fuente que goza de mayor credibilidad en lo que respecta a la información sobre riesgos.

La Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad ahonda en este aspecto, reconociendo la labor de estos profesionales en un informe de junio de 2020, en el que destaca el papel, -reforzado con la pandemia-, del administrativo sanitario como un miembro más de los equipos tanto de atención especializada como primaria y en el que insta a que se valore en su justa medida en la nueva normalidad.

Ahora bien, para que los profesionales puedan informar con veracidad y transparencia a la ciudadanía, es necesario primero identificar y atender su bienestar emocional y sus propias necesidades de información.

El personal sanitario y no sanitario, así como otros grupos profesionales responsables de orientar a la población deben sentir confianza en que la información que difunden a la población es la correcta y conocerla de antemano, tal y como mantiene el Grupo de trabajo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de

Salud para la Estrategia comunicativa frente a la fatiga pandémica en su manual de recomendaciones.

Es, por tanto, fundamental que exista en los centros sanitarios una buena comunicación interna, entendiendo como tal la que está dirigida al público interno, es decir, al propio personal de las instituciones.

Tanto a trabajadores de perfil sanitario que se encuentran en primera línea como al personal administrativo, implicado también en la gestión de la crisis por el desempeño de su propia labor dentro de la institución, ya sea puntos de atención al usuario, en unidades de apoyo creadas ad hoc por la Covid-19 o en los servicios de citaciones. ¿Y cómo ha de ser esa comunicación para que funcione? Atendiendo a diferentes autores, la comunicación interna debe ser: de un lado, constante, regular y programada, además de precisa y transparente y, por último, aunque no menos importante, proactiva y bidireccional, que fomente el feedback.

La idea es que la información fluya ininterrumpidamente para que en todo momento el personal esté correctamente informado de la más mínima novedad relacionada con la pandemia, ya sea en los protocolos de prevención, en las estrategias de vacunación o en los procedimientos de detección y control de los casos positivos, por poner algunos ejemplos.

Cabe insistir en este aspecto y evitar siempre que la información llegue antes a los medios de comunicación que a los propios trabajadores, ya que el desconocimiento ante cuestiones planteadas por los usuarios y de las que han sabido a través de la prensa podría llegar a menoscabar la confianza que estos depositan en los centros sanitarios y sus profesionales.

Respecto a cómo hacer que ese flujo de información interna llegue a todos los profesionales de manera constante, los centros sanitarios cuentan con diferentes medios como el correo electrónico o las comunicaciones y circulares publicadas en la intranet de los sistemas de salud. También es conveniente que se mantengan reuniones informativas, en las que al menos participen los responsables de los servicios administrativos responsables de informar a la población y que posteriormente trasladarán las novedades a sus respectivos equipos.

Se trata, según las teorías de la comunicación, de establecer un flujo de información en cascada. Es también altamente recomendable que los responsables de los equipos que hacen frente a las emergencias sanitarias mantengan encuentros con el personal no sanitario que atiende a los usuarios. En ellos, los profesionales

sanitarios pueden responder a las preguntas formuladas por el personal administrativo involucrado en la gestión de la pandemia generando así ese feedback tan necesario para que la comunicación interna sea eficaz.

Una vez constatada la necesidad de establecer una buena comunicación interna, el siguiente paso es conocer las pautas que deben regir la transmisión de esa información para que esta llegue eficazmente al usuario, generando en él confianza y consiguiendo además que asimile los riesgos a los que se enfrenta y conozca las medidas que puede adoptar para proteger su salud y la de la comunidad, ya que esa es en definitiva la finalidad: dotar a la población de la información necesaria para garantizar su seguridad y el control del brote epidémico. En este sentido, la información correcta y oportuna es, para organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, imprescindible para lograr la efectividad de la respuesta en emergencias, hasta tal punto que esta institución considera a las estrategias de comunicación una parte esencial en la gestión de brotes de enfermedades infecciosas y en pandemias. Y no solo eso, se recomienda además integrar la comunicación de riesgos con fines de protección de la salud dentro de los sistemas de atención sanitaria.

Para que la información cumpla con su cometido de proteger la salud, la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad defiende asimismo que se debe facilitar toda aquella de que se disponga de forma veraz y transparente. Lo hace en su informe La crisis sanitaria de la Covid-19 y la atención al usuario/paciente, en el que también subraya la necesidad de que en todo momento el acceso a la información resulte fácil y asequible para el usuario.

Asimismo, entre los principios que deben regir la comunicación en el marco de alertas de salud pública están, además de la transparencia, la veracidad y la accesibilidad, la escucha a la población, la planificación y la proactividad. Principios a los que el Grupo de trabajo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para la Estrategia comunicativa frente a la fatiga pandémica añade la evidencia, la coherencia, -por medio de un enfoque unificado entre administraciones y otros sectores-, así como la equidad.

A estas pautas o principios que deben regir la comunicación en escenarios de emergencias sanitarias como la de la Covid-19 y que tienen que ver con el propio contenido de la información, se suman otras recomendaciones, más dirigidas a la actitud que debe adoptar el profesional encargado de informar. Entre estas se incluyen sugerencias como tratar de informar de los riesgos sin atemorizar, evitar especular con la información, animar a los usuarios a consultar fuentes de infor-

mación oficiales o tratar de transmitir esperanza, sobre todo entre determinados grupos de población más vulnerables.

5 Discusión-Conclusión

La pandemia de la Covid-19 ha evidenciado cómo en situaciones de crisis o emergencias sanitarias el personal administrativo de los centros sanitarios asume buena parte de la labor de informar a los ciudadanos, quienes perciben a estos trabajadores del ámbito de la salud como una fuente fiable y de confianza.

No obstante, para que el profesional pueda ejercer esa función de manera eficaz, es necesario que exista una buena comunicación interna dentro de las instituciones, constante y bidireccional, que garantice la transmisión de una información veraz y actualizada con la finalidad de que esta pueda contribuir a proteger la salud de los ciudadanos y controlar el brote epidémico.

6 Bibliografía

1. Comunicación de riesgos en emergencias de salud pública. Directrices de la OMS sobre políticas y prácticas para la comunicación de riesgos en emergencias (CRE). Organización Mundial de la Salud. ISBN 978-92-4-355020-6.

2. La crisis sanitaria de la Covid-19 y la atención al usuario/paciente. Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad.

Capítulo 71

EVITAR INCENDIOS EN CENTROS SANITARIOS

HENAR MATA RAMOS

1 Introducción

Es importante tener presente todas las normativas vigentes para la prevención de incendios en centros sanitarios y realizar de forma periódica revisiones a las instalaciones y equipos que se utilizan en las mismas, además de mantener al día el mantenimiento de todos los equipos e instalaciones que se usan de manera habitual en los centros sanitarios

Los centros sanitarios se considera que tienen un alto riesgo en la aparición y propagación de incendios debido a su gran extensión, en su interior se almacenan gran cantidad de productos inflamables, se usan diversos aparatos eléctricos, acuden a ellos una gran cantidad de personas tanto internas como externas a la organización incluidos los trabajadores, pacientes y visitantes.

Otro aspecto fundamental a la hora de prevenir que se produzcan incendios en centros sanitarios, es proporcionar a los trabajadores que prestan sus servicios en los mismos la formación necesaria para que sepan cómo prevenir un incendio y sepan actuar correctamente en caso de que se produzca el incendio aplicando las medidas necesarias para minimizar sus efectos y poner en un lugar seguro a los pacientes y usuarios de los centros sanitarios.

Además sería de gran utilidad que de vez en cuando se practicaran simulacros de incendios en los centros sanitarios para que los trabajadores sepan cómo reaccionar de la mejor forma posible en el caso de que se llegue a producir un incendio.

2 Objetivos

• Conocer las principales causas que provocan incendios en centros sanitarios.
• Analizar las medidas de protección de incendios más relevantes en centros sanitarios.
• Exponer los equipos de protección de incendios con los que deben contar los centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

En primer lugar, en un centro sanitario se deben conocer las principales causas que pueden provocar un incendio que son las siguientes:
• Incendios que se producen en la zona de cocina: se deben usar extractores para evitar que se condensen vapores inflamables, no se debe reusar el aceite muchas veces para que no adquiera propiedades inflamables, cocinar los alimentos descongelados para evitar salpicaduras de aceite.
• Incendios que se producen en cuadros eléctricos o en instalaciones: se debe evitar sobrecargar los enchufes, revisar periódicamente las instalaciones eléctricas.
• Incendios que se producen de forma voluntaria o involuntariamente: suelen ser provocados por los pacientes en los colchones de las habitaciones. Debe evitarse que haya elementos inflamables en las habitaciones de los pacientes. Además, también pueden producirse por la acumulación de residuos, manipulación de líquidos inflamables, uso incorrecto de máquinas.

Las principales medidas de prevención de incendios que se pueden aplicar en centros sanitarios son las siguientes:
• Revisar de forma periódica las instalaciones eléctricas y cuadros eléctricos, evitar la sobrecarga de enchufes y desconectar los aparatos eléctricos cuando no se utilizan.

• Evitar la acumulación de residuos cerca de las zonas potencialmente inflamables, en zonas que obstaculicen la evacuación en caso de incendio.
• No fumar en el lugar de trabajo ni en instalaciones próximas.
• Abandonar el puesto de trabajo de forma inmediata en caso de que se produzca un incendio dejando desconectados los aparatos eléctricos.

Los equipos de extinción de incendios con los que deben contar los centros sanitarios son los siguientes:
• Extintores: pueden ser de espuma, de polvo, de CO2, de agua.
• Bocas de incendio equipadas que aporta un gran caudal de agua.
• Rociadores en techos que se activan automáticamente.
• Hidrante de columna para el uso por parte del servicio de extinción de incendios.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental tener muy presentes todas las medidas para la prevención de incendios en centros sanitarios para poder evitar las fatales consecuencias que pueden producirse en caso de incendio. Además, es muy importante que todo el personal que presta sus servicios en centros sanitarios reciba una formación básica y adecuada en materia de prevención de incendios, así como informarles para que conozcan las salidas de emergencias y el protocolo de evacuación de pacientes.

Aplicar de forma correcta las medidas de prevención de incendios y formar a los trabajadores podrán salvar muchas vidas en caso de que se produzca un incendio y minimizarán las pérdidas económicas.

6 Bibliografía

1. Portal preventivo de Riesgos Labores. Riesgo de incendios. 2015.
2. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales
3. Código Técnico de la Edificación (CTE) y su documento básico SI (seguridad en caso de Incendio)
4. https://ceoearagon.es/prevencion/prevengo/gestion/2_4_3_plan.htm.
5. https://www.chospab.es/plan_emergencias/act_fuego.htm.
6. https://blog.grupoincendios.com/proteccion-incendios-hospitales

7. https://www.insst.es/documents/94886/326853/ntp_045.pdf/e3d31736-5ccc-405e-a488-08313ec1d4ad.

Capítulo 72

LAS ALTERNATIVAS A LA GESTIÓN DE INCIDENCIAS CON EL MATERIAL SANITARIO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

RAQUEL ESCOBEDO PARDO

MARÍA DEL SEÑOR MOLERO ALVAREZ

MARI CARMEN ORTIZ CASAS

CARMEN MARIA ARTEAGA GOMEZ

INMACULADA ROPERO MOLINERO

1 Introducción

Los avances tecnológicos que se van incorporando al mercado y que cada vez adquiere una mayor complejidad, los nuevos procesos cada vez más largos y también de igual dificultad y los protocolos de actuación en la asistencia sanitaria ha generado un aumento del material sanitario en catálogo de productos que llegan a los centros sanitarios

Este incremento de materiales junto con otras causas como pueden ser interrupciones del suministro por roturas del stock, cambios de referencia del producto por parte del proveedor, lotes defectuosos, incremento de materiales en licitación

con la consecuente sustitución por nuevas adjudicaciones, han provocado un aumento en el número de incidencias.

Para poder adaptarnos a esta nueva situación y conseguir una gestión más eficiente, así como también un control más riguroso si cabe, las enfermeras y las administrativas coordinadoras de materiales del centro cada una en sus propios campos, hemos detectado la necesidad de crear herramientas y protocolos de actuación que faciliten la gestión y planificación de los mismos.

Para ello pasamos a detallar los objetivos que se pretenden alcanzar que no son más que un proyecto viable y efectivo para una mejor gestión de los materiales y una reducción bastante considerable de las incidencias de materiales por parte del personal administrativo en la categoria de auxiliar administrativo.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

Poner de manifiesto la importancia de diseñar herramientas para mejorar la gestión de las incidencias con el material sanitario por parte del personal administrativo.

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 tanto en formato papel como digital.

4 Resultados

Para poder llegar a desarrollar la atención sanitaria a los pacientes y usuarios del sistema de salud es necesario estar provistos de los materiales necesarios para desarrollar la labor del cuidado y la rehabilitación. Todo ello forma parte de una macroestructura que tiene que ver con la provisión de suministro que conlleva

múltiples problemas a la hora de abastecer los diferentes servicios de atención de los centros hospitalarios y sanitarios.

Por lo que el material sanitario es el que presenta mayor número de incidencias, que repercuten de forma más grave en la seguridad del paciente y es un ámbito que se encuentra a cargo del personal de gestión y servicios del que forma parte el auxiliar administrativo.

Estas incidencias se resuelven en un periodo de tiempo largo que en muchas ocasiones puede mejorarse. Estas situaciones suelen darse con mucha frecuencia debido al gran volumen de material fungible que los centros hospitalarios gestionan.

Con estos resultados que arroja los diferentes estudios lo que se pretende es diseñar herramientas que mejoren la gestión y el control de las incidencias con el material, tanto el material sanitario como el material no sanitario.

Estos sistemas que suelen ser digitalizados suelen mejorar las incidencias, ya que los usados en formato papel generaban muchos más problemas. Por ello, el conocimiento de las bases de datos por parte de los auxiliares administrativos, así como los sistemas informáticos propios que cada servicio de salud posee son básicos para desarrollar las tareas adecuadamente y evitar incidencias.

También se pretende minimizar el impacto de incidencias con ambos materiales y un mayor control para las existencias y posibles reposiciones. La introducción de estas herramientas en el circuito de comunicación, ha aumentado la satisfacción de los profesionales que se ha podido constatar a través de feed-back con los miembros de la comisión de materiales.

5 Discusión-Conclusión

Según el resultado efectuado el material sanitario es el que presenta mayor número de incidencias, que repercuten de forma grave en la seguridad del paciente.

Estas incidencias se resuelven en un periodo muy largo que con el diseño de herramientas que mejoren la comunicación gestión y control se puede minimizar considerablemente. También se pretende saber que tipo de material genera más problemas llevarlos a estudio e intentar conocer si pueden tener fácil sustitución por otros de mayor innovación y eficiencia.

Este resultado del estudio demuestra lo importante que sería una planificación y gestión del consumo de los recursos materiales dependientes del proceso de atención tanto de enfermería como administrativo siendo pieza clave dentro del capítulo de bienes y servicios del hospital siendo un elemento fundamental de control eficaz y eficiente de nuestra institución.

6 Bibliografía

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

Capítulo 73

EL CELADOR DE FARMACIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SUS FUNCIONES

YOLANDA MORENO VIZCAINO

SUSANA MEJIAS PEREZ

MIGUEL SALINAS NOVILLO

SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS

RAMÓN CAÑAS BENITO

1 Introducción

Según la ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y otros productos sanitarios, los hospitales que tienen más de cien camas, disponen de una unidad de farmacia para el paciente ingresado. Depende de la cantidad, actividad y tipo de centro sanitario se procederá a unas normas según la necesidad de medicinas adicionales en la farmacia del centro
La función del celador es muy importante, por ello es fundamental que siempre esté disponible. La labor de farmacia de los centros de salud, de los hospitales y las estructuras de atención a la salud, estarán obligadas a suministrar y/o organizar las medicinas que se les necesiten en las condiciones legal y reglamentariamente establecidas.

El celador en la unidad de farmacia tendrá bajo responsabilidad las diferentes funciones como la recepción de material, movilizar el material pesado así como transportarlo dentro de la farmacia. De igual modo trasladará los carros con medicación a las diferentes unidades hospitalarias y realizará los inventarios del material.
Los servicios de farmacia realizarán una adecuada gestión y un mejor uso de los medicamentos, realizando para ello un uso racional. El celador por su parte ayudará a que el servicio de farmacia pueda llevar a cabo todas sus funciones.

2 Objetivos

Conocer e identificar las diferentes funciones del celador en el servicio de farmacia y la importancia de su trabajo en esta unidad.

3 Metodología

Para realizar el presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos sobre el tema a tratar. Para ello se ha buscado información en páginas especializadas como Cinahl, Scopus y Elsevier, utilizando como palabras clave: celador, farmacia, funciones.

4 Resultados

Los hospitales deben tener farmacias o departamentos hospitalarios como mínimo requerido por la ley. Las funciones de una farmacia hospitalaria incluyen crear un sistema de entrega de medicamentos eficiente y seguro, garantizar la correcta administración de medicamentos, y mantener y dispensar productos durante los ensayos clínicos y la implementación, hacer cumplir las regulaciones sobre sustancias psicoactivas u otras drogas. Drogas, otra que requiere un control especial. Es responsabilidad del personal de enfermería del departamento de farmacia recoger los suministros, asegurarse siempre de que coincidan con el conocimiento de embarque y entregar una copia de dicho conocimiento de embarque al personal médico. En caso de error en este suministro, no debe obtenerse ni informarse al operador de la farmacia. El cuidador recogerá el documento recibido y lo entregará al personal médico junto con una copia del albarán correspondiente para que los servicios administrativos tengan en cuenta su derivación.

Los artículos deben clasificarse, ordenarse y colocarse en los estantes. Tenga en cuenta que algunos productos son acondicionados directamente por el cuidador, por ejemplo, botellas de alcohol, viales de suero fisiológico, etc. Los cuidadores no entregarán medicamentos, solo botellas de alcohol o sueros. Por otro lado, los cuidadores distribuyen medicamentos a las salas del hospital, preparan alcohol y se coordinan con el personal médico en el área de inventario. El personal de atención distribuirá documentos de manera rápida, eficiente y eficiente a cada departamento del hospital. Cuando el material a entregar es voluminoso o demasiado pesado, se transporta en carros especialmente diseñados. El gerente de farmacia necesita realizar un inventario periódico de las materias primas a su cargo para verificar el inventario real de productos durante el proceso de inventario realizado en el inventario general que se suele realizar todos los años para conocer el estado del almacén. La existencia real de la acción. Se almacenan los materiales.

5 Discusión-Conclusión

El celador en su actualización en el servicio de farmacia, será supervisado por el personal de enfermería y el farmacéutico responsable. Su trabajo es indispensable en esta unidad, entre otras cosas porque se encarga de entregar la medicación de los pacientes a las unidades de hospitalización, siempre puntual para que el servicio funcione correctamente.

El servicio de farmacia en los hospitales es fundamental, ya que provee al resto de servicios de material sanitario. Para ello las unidades o servicios de farmacia hospitalaria realizarán funciones para una adecuada gestión y conseguir un mejor uso y control de los medicamentos, es decir, lograr un uso racional de los medicamentos.

El celador en este servicio realizará unas funciones que ayudarán a que el servicio se desarrolle con normalidad, ya que es el encargado, entre otras, de trasladar a las distintas unidades del hospital la medicación y demás material sanitario.

Por tanto es importante, que el celador tenga una correcta formación para que desarrolle su trabajo con responsabilidad

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en la farmacia. http://www.celadoresonline.blogspot.com.

2. El servicio de farmacia. http://www.cgtsanidadlpa.org.

2185
3. Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y otros productos sanitarios. http://www.boe.es

Capítulo 74

EL CELADOR Y SU INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS EN LOS PACIENTES

YOLANDA MORENO VIZCAINO

SUSANA MEJIAS PEREZ

MIGUEL SALINAS NOVILLO

SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS

RAMÓN CAÑAS BENITO

1 Introducción

Las úlceras por presión (escaras o úlceras por decúbito) son áreas de piel lesionada por estar en una postura igual durante mucho tiempo, se suelen forman donde los huesos están cerca de la piel, como por ejemplo los tobillos, los talones, omóplatos y las caderas, pudiendo producir infecciones graves y algunas ocasiones pueden poner la vida en peligro, pero también se pueden producir por tener sobrepeso o peso insuficiente, por no poder de controlar los intestinos o la vejiga. También, es posible encontrarlas en pacientes que por su patología de base, tienen una sensibilidad mermada y no son capaces de evaluar la incomodidad que está sufriendo su cuerpo, y en consecuencia, cambiar de posición.
Las úlceras por presión son producidas por estar limitado a una cama o silla todo el tiempo, por eso tienen un mayor riesgo de desarrollarlas, pero algunos pacientes con corto plazo de movilización pueden llegar a tenerlas, y por último los

pacientes con enfermedades crónicas de larga duración, en los que su patología y las limitaciones de esta, impiden la curación de las úlceras por presión.
Se pueden apreciar incluso, en los músculos y el tejido blando que presionan contra la silla o la cama, cortando la circulación con lo que el tejido cutáneo puede que muera. Las escaras o úlceras se pueden desarrollar en el paso de horas o días. La mayoría de las llagas se curan con tratamiento, pero algunas nunca se curan completamente. Se pueden tomar medidas para ayudar a prevenir las escaras y ayudar a que se curen. Para prevenir las úlceras de estos pacientes el celador tiene que cambiar de posición cada dos horas poniendo almohadas y enseres que alivien la presión, mantener la piel limpia y seca, pero el excelente tratamiento es el que anticipa.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Analizar las funciones del celador en la prevención de úlceras de los pacientes hospitalizados.

Objetivos secundarios:
- Describir los factores de riesgo relacionados con la patogenia de las úlceras.
- Enumerar las medidas preventivas para evitar el desarrollo de estas úlceras.
- Distinguir las diferentes fases que determinan el desarrollo de las úlceras por presión.

3 Metodología

Para la elaboración de trabajo de investigación se ha realizado una búsqueda sistemática en revista médica Ocronos, en Medline Plus, en Family Doctor para la condición de llagas por presión, en Mayo Clinic y en protocolos de enfermería para las úlceras por presión. También se ha realizado una contextualización en el tema del estudio y se ha consultado en las bases de datos de revisión bibliográfica a través del buscador Medline Plus seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
El artículo de investigación aborda desde sus primeras referencias hasta la actualidad, y alude a una serie de protocolos de nivel nacional sobre como el celador puede prevenir las úlceras por presión y establece la técnica correcta de aplicación sobre el paciente, así como sus complicaciones potenciales.

4 Resultados

En este apartado de investigación se definirán los resultados o los signos de advertencia de las úlceras de decúbito o las úlceras por presión, ya que pasan por distintos estados que se diferencian por su profundidad, lesión, severidad, grado de daño de la piel o de los tejidos y que estas son las etapas:
1ª. Etapa: la llaga o úlcera se ve de color rojo (con un enrojecimiento de la piel estando esponjosa o dura), puede estar caliente al tacto o puede arder, doler o escocer, y en los pacientes de piel oscura la úlcera tiene un color azul o púrpura.
2ª. Etapa: en este período la zona está más lesionada con una erosión en la piel, como estar abierta, como un corte o una ampolla o una herida siendo dolorosa.
3ª. Etapa: en esta fase, la úlcera tiene una apariencia de cráter, siendo más profunda, por lo que tiene una mayor lesión.
4ª. Etapa: es la más grave, porque la piel y el tejido están muy perjudicados, ya que es una gran herida, pudiendo tener infección o ver los músculos, los tendones, las articulaciones o los huesos.
Cuidados personales que tienen que realizar los celadores con las úlceras por presión o por decúbito o escaras son:
- Examinar el cuerpo del paciente todos los días de pies a cabeza, para ver si hay signos de advertencia de una úlcera, con especial atención a las zonas donde las úlceras de decúbito se forman con regularidad.
- Cuidar la piel ayuda a prevenir las úlceras, con crema, aceites minerales, glicerina y protectores cutáneos todos los días, ya que la hidratación de la piel sirve para restaurar los aceites naturales de la piel.
- No usar alcoholes ni colonias, ya que resecan la piel.
- Atención médica si observa signos tempranos de úlceras por presión.
- Higiene diaria al paciente y siempre que se precise, con agua tibia, jabón neutro con una esponja muy suave, no usar jabones fuertes, ni polvos de talco. Y reducir la exposición de la piel a la humedad de la orina y las heces.
- Un secado minucioso, pero sin fricción, centrándose en las zonas de pliegues, hay que secar bien todas las zonas del cuerpo.
- Estar pendiente que los pacientes tomen bastante agua todos los días, ya que esto previene las úlceras, como también que consuman calorías y proteínas suficientes para permanecer saludable.
- Que la ropa de los pacientes no tenga costuras gruesas, botones o cremalleras que presionen sobre la dermis, ni tampoco que apretada o que se arruguen en las zonas donde haya presión sobre el cuerpo. Cambiar la ropa de cama y la ropa con frecuencia que sea necesaria.

- Girar a los pacientes en la cama, cambiándolo de postura cada dos horas para conservar la sangre circulando y mantener la piel saludable. Seguir un orden rotatorio.
- No arrastrar al paciente y preservar la alineación corporal con la distribución de peso, equilibrio, firmeza y seguridad.

Las tres fundamentales causas que contribuyen a la aparición de las úlceras por decúbito o por presión son:

- La presión ininterrumpida provocando el aplastamiento del en plano óseo y el plano externo en cualquier zona del cuerpo reduce el flujo sanguíneo a los tejidos cercanos que perjudican y pueden llegar a producir necrosis.
- La fricción cuando la piel roza contra la ropa o contra la de cama y que ejerce un roce por movimiento de tracción o de arrastre.
- El rozamiento cuando dos superficies se desplazan en dirección opuesta.

Dependiendo de la gravedad de la lesión el tratamiento se hará aplicando una crema antibiótica si está infectada y si llega al hueso o los tejidos se necesitará antibióticos, ya sea vía oral o por vía intravenosa. Otros factores que pueden prevenir estás úlceras

- Mover con regularidad al paciente en la cama, cambiar de posición cada dos horas y si está sentado independiente cada 15 minutos.
- Usar almohadillas de espuma, colchones especiales, almohadas, fundas, cuñas de espuma, cojines y apoyos para aliviar la opresión en la úlcera o sobre el hueso o partes grasas de apoyo. Y al estar en una silla colocar al paciente en posición erguida y recta.
- Mantener una buena higiene y nutrición para ayudar a cuidar las úlceras.

Cuando el celador tenga al paciente en la posición adecuada tiene que revisar que los tobillos, las rodillas y los codos no estén uno encima del otro, y que la cabeza y el cuello estén en línea con la columna vertebral, con la cama a una postura cómoda.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión para prevenir las úlceras de decúbito o por presión el celador tiene que recolocar con regularidad al paciente para no tener presión en la piel, y también entre otras metodologías como el cuidado de la piel, de la nutrición, la ingesta de líquidos, y pequeños ejercicios diarios. Para el reposicionamiento el celador tiene que cambiar el punto de apoyo del peso con regularidad cada una o dos horas, como cambiar la posición y elevación del cabecero de la cama o cambiar la posición de tumbado ha sentado para aliviar la presión.

La mejor forma de evitar las úlceras por presión o por decúbito o escaras es evitar pasar largos períodos de tiempo en una silla, silla de ruedas o cama y si no cambios posturales cada 2 horas, en estos cambios hay que observar la piel como cambios de color, en especial vigilar los puntos de presión que es donde más probable que se produzcan estas úlceras y para prevenirlas hay que preservar la piel sana e hidratada, es decir mantenerla limpia y seca, lavarla con jabón suave y agua tibia. También con cortos ejercicios se puede prevenir las úlceras por presión, ya que mejora el flujo sanguíneo, fortalece los músculos y mejora su salud en general.

6 Bibliografía

1. https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html
https://es.familydoctor.org/condicion/llagas-por-presion/?adfree=true
https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000147.htm.
2. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bed-sores/symptomscauses/syc-20355893?p=1.
3. https://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/ulcerasPresion/protocoloUlcerasPresion.htm

Capítulo 75

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES QUE HAN FALLECIDO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

SANDRA GARCIA-NUÑEZ GONZALEZ-NICOLAS

RAMÓN CAÑAS BENITO

YOLANDA MORENO VIZCAINO

SUSANA MEJIAS PEREZ

MIGUEL SALINAS NOVILLO

1 Introducción

La muerte es una parte natural de la vida, que afecta no solo al difunto sino también a su familia. Los cuidadores deben saber tanto el cuidado específico que necesita una persona después de la muerte como cómo tratar adecuadamente a los miembros de la familia, mostrar su compasión y respeto, y ayudarlos en todo lo que necesiten. La muerte del paciente es el cese completo de todas las funciones vitales del cuerpo humano. Su evaluación y certificación debe ser realizada por personal médico. Sin embargo, los cuidadores deben tener un conocimiento mínimo de los síntomas del paciente fallecido.

Puede tener síntomas iniciales como frecuencia cardiaca atrófica, ausencia de tono muscular y movimiento respiratorio a la auscultación, ausencia de latidos y pérdida de sensibilidad en la piel, así como síntomas tardíos como aparición

de cianosis, rigidez, pudrición y enfriamiento del cadáver. . Después de que un médico confirme la muerte, el cuidador ayudará al personal médico a envolver en una toalla al paciente fallecido, quien se encargará de transportarlo a la morgue. Antes de empezar a trabajar en el cerramiento, es importante asegurar la máxima privacidad posible en el caso de una habitación compartida mediante el uso de mamparas o mamparas. Un sudario es la preparación de un cuerpo para que los seres queridos puedan observarlo antes del entierro o cremación.

2 Objetivos

Definir las funciones del celador en relación con los servicios mortuorios que se llevan a cabo en las Instituciones Sanitarias.

3 Metodología

Este trabajo se ha realizado tras una revisión bibliográfica, para ello se han realizado búsquedas en diferentes revistas relacionadas con el tema como fueron: Mediagraphic, Redalyc o Sciendirect. Las páginas anteriormente mencionadas fueron localizadas en distintas bases de datos como Scielo, Pubmed o Cochrane, además de búsquedas en libros relacionados con el tema desarrollado en este trabajo.

4 Resultados

Vale la pena señalar que estos pueden estar muy relacionados con las tareas realizadas en la clínica o con la comunicación con familiares de pacientes terminales o fallecidos:

- Ayudar a las enfermeras o al personal de guardia a envolver a los muertos trasladándolos a la morgue. - Auxiliar en la realización de la autopsia en funciones auxiliares que no requieran la intervención de ningún instrumento sobre el cuerpo, más allá de la limpieza de la mesa y de la sala de exploración. -

No comentar a los familiares y huéspedes del paciente sobre sus diagnósticos, pruebas o tratamientos, sin informar de ningún modo sobre el pronóstico de la enfermedad, derivando posibles consejerías al paciente. El médico atiende al paciente. La Sábana Santa es una función de enfermería que se puede delegar a los auxiliares de enfermería. En ambos casos, los guardabosques cooperarán con la práctica movilizando cadáveres. Después de que el médico determine la muerte

del paciente, siempre en correspondencia con el personal médico, se debe realizar la asistencia patológica. El sudario debe prepararse lo más secreta y rápidamente posible, para evitar problemas graves, y luego trasladarse a la morgue.
Se debe tener cuidado con la máxima esterilidad e higiene. Siempre se deben usar guantes. El sudario permite que los seres queridos los cuiden antes del entierro o la cremación. El cuerpo será trasladado en camilla o camilla cubierta, la cual deberá estar cubierta con una sábana, y el cuerpo también deberá ser cubierto por otros, desde el lugar del servicio donde ocurrió el fallecimiento, hasta el lugar de depósito. Nunca irán acompañados de los familiares del difunto. Antes de salir de la habitación con la camilla, debemos asegurarnos de que no haya pacientes y visitantes en el pasillo. De lo contrario, lo invitaremos a nuestra habitación y luego lo dejaremos en una camilla. Los traslados a las morgues deben realizarse previa recepción de los correspondientes certificados de traslado a lugares poco frecuentados y confianza en la presencia de otros pacientes o familiares visitándolos. Además, es obligatorio el uso de guantes de látex y desechables, que es la barrera de protección más importante en este servicio. Si los guantes se dañan o rompen durante el trabajo, los cuidadores deben lavarse las manos inmediatamente y ponerse un par nuevo. Se usará una bata, generalmente desechable, para evitar que la sangre salpique el cuerpo o las extremidades del guardia. Mascarillas y gafas para evitar salpicaduras de fluidos corporales. El lavado frecuente de manos es una de las principales formas de evitar la contaminación microbiana.

5 Discusión-Conclusión

Una vez descritas las funciones más importantes que un celador lleva a cavo a la hora de desempeñarlos en los servicios mortuorios, debemos tener en cuenta, poniendo de relevancia que dichas funciones son auxiliares, debiendo cumplir por ello y en todo momento las instrucciones y órdenes dadas por el personal médico responsable, y siempre cumpliendo la premisa de no utilizar instrumental médico sobre el cadáver y tratándolo con respeto, consideración y seriedad.
Además, se hace necesario en tiempos de pandemia un protocolo de actuación con respecto a la atención de los pacientes terminales, fallecidos y sus familiares, además de una protección sanitaria, a fin de evitar posibles complicaciones.

6 Bibliografía

1. Celador. Servicio de Salud del Principado de Asturias. (Editorial MAD 2018)

2. Actuación del celador en ralación con los pacientes fallecidos. Actuación en las salas de autocias y los mortuorios. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_5.pd

Capítulo 76

INCENDIOS EN CENTROS SANITARIOS, MEDIDAS DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO

JORGE VALDÉS MONTES

JOSE ANGEL PALACIO PRESA

JORGE PALACIO PRESA

1 Introducción

Los hospitales son unas de las zonas más difíciles de coordinar en caso de incendio debido a que un gran número de las personas presentes están inmovilizadas o no se valen por sí mismas. Es por eso debe de haber un plan de acción entre predefinido entre los profesionales de la seguridad, extinción de incendios y todo el personal del hospital. El Código Técnico de la Edificación (CTE), nos dice que los hospitales deben de tener un diseño apropiado, ser mantenidos y gestionados de tal manera de que la propagación de un incendio sea mínima. El RD 393/2007, Norma básica de Protección, obliga a las actividades que menciona en el punto dos del Anexo 1 a contar con un plan de autoprotección. Entre estas actividades se incluye las de tipo sanitario y deberán de contar con un plan de autoprotección en función de sus características entre las que están la altura, el número de camas, el número de personas con movilidad reducida etc.
El plan de emergencias y autoprotección es el documento que dice qué se hará, quién cuándo y dónde. En el que se detallan todas acciones y medidas que deben

de adoptar los empleados para prevenir y controlar los riesgos sobre las personas y bienes materiales en tiempo, de forma segura y coordinada.

2 Objetivos

Exponer la necesidad de la creación de un plan de autoprotección y el conocimiento del personal que trabaja en un hospital del mismo además de las normas básicas de prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales normativas vigentes en España además de la búsqueda de los planes de autoprotección implantados en las comunidades autónomas. Utilizando como fuentes principales el BOE, BOPA.

4 Resultados

Está demostrado que la mejor protección ante cualquier tipo de emergencia es la prevención. Por eso en el caso de los incendios es muy importante cumplir con la normativa antitabaco. No fumar en espacios públicos, utilizar los ceniceros para depositar las colillas y cerillas y nunca marchar del lugar donde se ha fumado sin revisar que no haya un foco de fuego en las papeleras. Además hay que tener cuidado con las instalaciones eléctricas, no sobrecargarse y prevenir en caso de ver cualquier anomalía avisando al mantenimiento.

En caso de que se produjera una situación o conato de emergencia es imprescindible la existencia de un Plan de Emergencia. Este plan estará compuesto por las medidas que se destinan para minimizar en caso de riesgo cualquier efecto sobre las personas y que garantiza su evacuación de manera segura. Este plan designará los equipos que se especializan y actuarán en función de las necesidades. Este plan implica a todos los trabajadores del hospital.

En caso de incendio si nos encontramos ante un conato, en primer lugar deberemos de alertar al servicio de emergencias e intentaremos apagarlo utilizando el extintor más cercano. En caso de que no fuera efectivo habría que retirar todo el material combustible y cerrar las puertas y ventanas. Esperaremos al equipo de intervención y le explicaremos la situación.

Si el equipo de intervención no puede apagar el fuego se comunicará inmediatamente al Jefe de Emergencias que activará la Alarma. En este momento se solicitará ayuda exterior y comenzará la evacuación por lo que habrá que seguir las instrucciones del Equipo de Evacuación. Siempre habrá que mantener máxima atención a la apertura de puerta y mantenerse lo más cerca posible del suelo para que afecte lo mínimo posible el humo.

5 Discusión-Conclusión

Sabemos que los hospitales son infraestructuras construidas para evitar cualquier conato de incendio y en caso de que se produjera poder minimizar los riesgos, pero para esto es imprescindible que todo el personal sanitario y no sanitario tengan una formación continua y práctica.
Un ejemplo de buenas prácticas son los ejercicios del Plan de Autoprotección del HUCA, y que actualmente se están poniendo en práctica. El entrenamiento del uso de extintores, simulaciones de incendio en interiores y exteriores, etc. Facilitan que en caso de emergencia los empleados puedan dar una respuesta rápida y segura tanto para ellos como para los usuarios del centro hospitalario.

6 Bibliografía

Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
Plan Autoprotección Hospital Central de Asturias. revistamedica.com
Plan de evacuación del servicio de emergencia del Hospital General Enrique Garcés en caso de incendio. Elsa Freire (https://repositorio.iaen.edu.ec/handle/24000/3886)
RD 393/2007, Norma básica de Protección

Capítulo 77

EL TRABAJO A TURNOS Y LA NOCTURNIDAD. EFECTOS NEGATIVOS EN EL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS

CRISTINA GONZÁLEZ FEITO

1 Introducción

En los centros sanitarios, sobre todo en aquellos en los que se presta una atención continuada o de urgencia durante las 24 horas del día, está instaurado, para la mayoría de sus empleados. el trabajo a 3 turnos, con mañanas, tardes y noches.
Se suele hablar de trabajo a turnos cuando el servicio es desarrollado por distintos grupos sucesivos, cumpliendo cada uno de ellos una jornada laboral. El sistema sanitario se organiza de forma continua de manera que el trabajo se realiza, en algunos centros, de forma ininterrumpida, lo que supone el trabajo a tres turnos y nocturno. También, hay centros que sólo están abiertos por la mañana, generando un único turno para la mayoría de los trabajadores y otros que abre por la tarde para atender urgencias sin permanecer abiertos de noche, existiendo así dos turnos (mañanas y tardes).
Toda esta organización de tiempo de trabajo es una de las condiciones de trabajo que más afecta a la vida diaria de los profesionales de centros sanitarios, tanto a nivel laboral como extralaboral, siendo un elemento que determina el bienestar de los trabajadores y de ahí su importancia para ser un tema que se merezca su tratamiento en este capítulo.

2 Objetivos

La principal finalidad de este capítulo, como bien indica el título, es conocer los efectos negativos del trabajo a turno y la nocturnidad y poder resaltar alguna idea para poder reducirlos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 Estatuto de los Trabajadores define el trabajo a turnos como ”toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los 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 periodo determinado de días o de semanas”. Asimismo, se considera trabajo nocturno el que tiene lugar ”entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana” y el trabajador nocturno es el 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”.
Existen diferentes formas de organizar el trabajo a turnos:

- Sistema discontinuo o de dos turnos: consiste en dividir la jornada laboral en dos turnos de mañana y tarde.
- Sistema semicontinuo: consiste en trabajar a tres turnos: mañana, tarde y noche y se descansa el domingo. Supone una interrupción semanal.
- Sistema continuo: se lleva a cabo de forma ininterrumpida. Con este sistema el trabajo queda cubierto todo el día y todos los días de la semana. Para ello, se precisan tres turnos de trabajo (mañana, tarde y noche).

También existen turnos rotatorios donde los trabajadores alternan turnos de mañana, tarde y/o noche.
En el ámbito sanitario, como se explica en la introducción, existen numerosos empleados con trabajo a turnos y nocturno donde se pueden ver todos los sistemas de organización.

El trabajo a turnos, al que está sometido el personal sanitario y no sanitario, exige al organismo estar activo cuando necesita descanso, y a la inversa. Con ello se alternan las pautas de vida familiar y social, generándose un desajuste entre la vida laboral, el tiempo biológico y la vida social.

Algunas de las principales consecuencias del trabajo a turnos sobre la salud y el bienestar son:

- trastornos gastrointestinales, por cambios en los horarios para llevar a cabo las comidas;
- pérdida de apetito;
- alteraciones del sueño;
- trastornos nerviosos;
- mayor gravedad de los accidentes;
- insatisfacción personal en el trabajo;
- empobrecimiento de las relaciones sociales y familiares;
- incidencia en la actividad profesional, ya que con el cambio en el ciclo vital y de sueño se pueden producir más errores, dificultad para atender, etc.;
- dificultad para disfrutar del ocio;
- aumento del número de accidentes de trabajo;
- absentismo.

Para poder reducir estos efectos negativos del trabajo a turnos y nocturno se pueden establecer algunas medidas correctoras: aumentar las pautas y tiempos de descanso; vacaciones suplementarias para el personal a turnos; establecer un límite de tiempo para trabajar a turnos y un límite de edad; aplicar un coeficiente reductor de jubilación; no trabajar de noche solo; estipular pautas para la ingesta de comidas calientes; exigir menores tasas de rendimiento; evitar los turnos dobles, asegurando el relevo; establecer un calendario de turnos pactado y conocido con suficiente antelación para organizar la vida social, favorecer el correcto funcionamiento del servicio de prevención; etc.

El considerar todas estas medidas preventivas es muy importante para reducir los efectos negativos del trabajo a turnos presente en centros sanitarios o cualquier otro empleo. De ellas, algunas son más viables de llevar a cabo que otras en el ámbito sanitario, donde debe darse principalmente una atención de 24 h a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El personal, tanto sanitario como no sanitario, de los centros que conforman el sistema de salud están expuestos a desarrollar, de manera generalizada, su trabajo a

turnos. Esta circunstancia provoca que los mismos puedan sufrir alteraciones en su ciclo vital, en su tiempo de ocio y en el tiempo dedicado a su familia. Además, pueden aparecer alteraciones digestivas, de sueño, de atención y concentración, alteraciones nerviosas, trastornos en las relaciones con los demás, etc.
Para poder acabar o minimizar las principales desventajas del trabajo a turnos y nocturno, se han establecido medidas diversas medidas, entre las que se pueden destacar, el aumento de descanso entre turnos, mejorar las condiciones laborales, no trabajar solo de noche, establecer un calendario de turnos pactado o con tiempo para organizar la vida social y familiar, etc.
Con el establecimiento de estas recomendaciones, el trabajo a turnos y nocturno, se vuelve más llevadero para los trabajadores y genera una gran mejora de la calidad asistencial que se presta a los pacientes puesto que le personal está en mejores condiciones.

6 Bibliografía

1. Sánchez-Sellero, María-Carmen; Impacto del trabajo a turnos sobre la salud y la satisfacción laboral de los trabajadores en España; Artigos. Soc. Estado 36 (01)Junio-Abril; Scielo Brasil.
2. Deschamps Perdono, Ambar; Olivares Román, Sahilyn B.; De la Rosa Zabala, Kelman Luis; Asunsola del Barco, Ángel; Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras; Med. Segur Trab (Internet) 2011; 57(224) 224-241; Julio-Septiembre 2011. Scielo España.
3. Nogareda Cuixat, Clotilde; Nogareda Cuixat, Silvia; Trabajo a turnos y nocturno: aspectos generales; NTP:455 Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
4. Carrasco Medina, Cristina; La turnicidad y su impacto en los profesionales sanitarios; Revista Ocronos; Vol. IV, nº12, Diciembre 2021; Pág. Inicial: 379.

Capítulo 78

LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE GESTION Y SERVICIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

JOSEFINA RODRÍGUEZ GARCIA

ESPERANZA FERNÁNDEZ ALVAREZ

VANESA FERNANDEZ ALVAREZ

1 Introducción

El primer contacto del paciente, en el servicio de urgencias, ya sea de un hospital o el de un centro de salud, va a ser con un auxiliar administrativo o un celador.

De ahí la importancia del personal de gestión y servicios, primer contacto con el paciente y nexo de unión con los familiares a lo largo del proceso.

Si hablamos de mejorar la calidad asistencial hay que poner foco y no olvidarse del personal de gestión y servicios.

El servicio de urgencias es el peor valorado por los pacientes, la valoración tiene una media de 6.02, un 1.5 menos que el resto de servicios del sistema sanitario. ¿Por qué desciende la valoración del paciente? Uno de los motivos es que las expectativas son superiores a la calidad en la atención que recibe. Para revertir esta situación se debe de trabajar en equipo todos los departamentos. Tanto sanitarios como no sanitarios.

Para incrementar la satisfacción final del paciente, el trato de todos y cada uno de los profesionales debe de ser correcto y lo mas profesional posible, comenzando por los celadores y auxiliares administrativos, que son los primeros que tratan con el paciente, desde que entra en el servicio de urgencias hasta que sea ingresado o dado de alta hospitalaria.

2 Objetivos

-Analizar la importancia del personal de gestión y servicios en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Se ha efectuado un análisis bibliográfico de publicaciones especializadas, Ocronos, Editorial científico-técnicas, consultando artículos de las principales bases de datos: SciElo, MEDLINE, PudMed, como descriptores las palabras clave: servicio de urgencias, atención al paciente en urgencias, satisfacción servicio urgencias.

4 Resultados

Las normas básicas son educación, respeto y autocontrol, con capacidad de empatía, ponerse en el lugar del otro, para evitar cualquier tipo de discusión aunque haya provocaciones, teniendo en cuenta que el paciente acude a urgencia con un plus añadido, estrés.

La primera persona que atiende al paciente es el auxiliar administrativo, para recabar datos de identificación, por lo que, ese primer contacto es fundamental para el paciente y familiares.
Hay que tener en cuenta que los pacientes acuden al servicio de urgencias con patologías graves que pueden poner en riesgo su vida, si a eso, le sumas que tienen un estrés provocado por ese estado, hay que tener paciencia y empatía.

Hay que saber escuchar, ser buen comunicador adaptando el lenguaje, tanto verbal, como corporal, al paciente, que en muchas ocasiones son personas de avanzada edad.
Siempre es mejor una sonrisa y estableciendo contacto visual, mirándole a los ojos, se establece un vínculo social que favorece la confianza, que sirve de puente

con el resto de departamentos sanitarios, mirándole a los ojos transmitirás interés y confianza.

Para que no se incremente el nerviosismo del paciente y familiares es recomendable ser ágil, evitar distracciones innecesarias, comentarios con compañeros que no tiene nada que ver con lo que se está haciendo, para evitar dilatar los tiempos innecesariamente.

Cuando el paciente no puede desplazarse por si solo, es de vital importancia la figura del celador, que es el que se encarga de recibir a los pacientes y es el nexo de unión entre enfermo y los familiares que esperan.
Además de vigilar la entrada a urgencias y evitar el acceso a personas no autorizadas.

El celador tendrá que ser educado, respetuoso y con gran capacidad de autocontrol, ya que algunos familiares se saltan el protocolo y crean situaciones verdaderamente tensas al querer acceder para acompañar a los enfermos.

Saber escuchar es importante, pero mas importante aún es saber comunicar, es el encargado de informar a los familiares el protocolo para que no accedan as zonas restringidas, siendo perjudicial para el enfermo y el resto del servicio.

Para evitar discusiones en la sala de espera, por nerviosismo, con la tardanza del diagnóstico, es fundamental la información, debe de ser clara y en el momento adecuado.

La sanidad se humaniza cuando se trabaja en equipo, cuando el personal se implica, tanto el personal estatutario de gestión y servicios, como el sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En el servicio de urgencias, de un hospital o de un centro sanitario, debe de realizarse un trabajo coordinado de todo el personal que lo forma, tanto sanitario como no sanitario.

El personal de gestión y servicios es el primer nexo de unión que el paciente tiene con la sanidad.

El grado de satisfacción del paciente con el sistema sanitario, se verá incrementado favorablemente si el trato desde el primer contacto es el adecuado, por lo que, es primordial la función del personal de gestión y servicios.

El buen hacer del personal estatutario de gestión y servicios humaniza la sanidad.

6 Bibliografía

1.https://es.linkedin.com/pulse/5-formas-de-mejorar-la-eficiencia-los-servicios-grosso-sandoval
2.https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/4AtencionDeUrgencia/AU-AtencionUrgencia.htm
3.https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-servicio-urgencias/
4.https://revistamedica.com/celador-servicio-urgencias/

Capítulo 79

LA IMPORTANCIA DEL CONFORT DEL ENFERMO MUESTRA DE LOS DISPOSITIVOS MANEJADOS POR EL CELADOR

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

ANTONIA HENRY PULIDO

ROCÍO NEVADO MORENO

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

1 Introducción

Se concretan como accesorios o dispositivos de la cama del paciente enfermo o de la unidad del enfermo aquellos accesorios o elementos, incluyendo el colchón que, pueden acoplarse a la cama para facilitar y/o beneficiar la estancia, la comodidad, la higiene, y por ende el confort del enfermo.
En cuanto al mobiliario o enseres que debe ser parte de una habitación o unidad del enfermo en las plantas de hospitalización va a depender en gran medida de la unidad en la que se encuentre ingresado el enfermo y de sus patologías, particularidades o requerimientos. Existe gran diferencia entre una habitación de un servicio especial como puede ser una Unidad de vigilancia intensiva, unidad de coronarios o puestos de diálisis, entre otros y la de una de hospitalización general, como puede ser una planta de medicina interna o cirugía general, etc.

El mobiliario fijo, que siempre va a formar parte y que es manejado en una unidad de hospitalización se expone a continuación:
Cama, colchón de varias o una pieza, almohada con su funda de protección, barandillas late-ales, manivela de regulación manualmente para la altura o articulación de cama, sistema electrónico para la regulación de la altura (dependerá de las camas y de la modernidad de estas), control remoto para colocar la cama en diferentes posiciones, aunque no todo lo llevan, mesilla, silla o sillón, armario, lámpara, biombo o cortinas, papelera o cubo, además de otros accesorios, que se manejaran para determinados tipos de camas o dependiendo de la patología o requerimiento del proceso del enfermo, como triángulo, barras de tracción, pesas, poleas, entre otros accesorios puntuales que serán el objetivo de este artículo.

2 Objetivos

Ver y describir los accesorios y aparataje que no constituyen parte del mobiliario fijo de la unidad del enfermo, ya que serán los que se utilizarán dependiendo de la patología del enfermo o de la unidad en la que se encuentre debido al proceso que le afecta.

3 Metodología

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

4 Resultados

Entre ellos nos podemos encontrar con:
- Barandilla o reja de seguridad metálica. Se ubica en los laterales de la cama, para evitar caídas del enfermo.
- Protectores de barandilla. Para amortiguar los golpes que pueda darse el enfermo contra la barandilla.
- Cuñas-tope o piezas acolchadas o “quesitos”. Para proteger la estabilidad del enfermo o de alguna zona corporal específica.

- Soporte para los pies o desrotadores anti equinos. Tablero en que el enfermo mantiene apoyados los pies en posición natural (90º), evitando deformidades como la flexión plantar (pie equino). Actualmente se emplean férulas antirrotación, que constan de una superficie exterior de plástico duro y un almohadillado interior donde se encaja el pie, manteniéndolo inmovilizado y en posición natural.
- Arco de protección o arco de lama. Para evitar el apoyo y el peso de la ropa sobre el cuerpo del enfermo. Tiene forma semicircular, metálico o de plástico, en barras o enrejado.
- Tabla de cama. Tabla que se ubica debajo del colchón, en enfermos con lesiones de espalda.
- Centinelas de cama. Son almohadillas emplazadas a los lados de la cama con la finalidad de prevenir lesiones y caídas.
- Pupitre. Respaldo regulable, compuesto por un marco metálico colocado a 45º, que ayuda al enfermo a adoptar la posición de Fowler.
- Soporte o pie de suero. Se adapta y acopla a la cabecera de la cama. Hoy suelen ser dispositivos autónomos de la cama y regulables en altura.
- Soporte para bolsa de orina Soporte metálico en el borde de la cama donde se acopla y engancha la bolsa colectora de orina.
- Escabel. Banco de pequeño tamaño que se utiliza para apoyar los pies en posición sentada o como apoyo para subir y bajar de la cama.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver de la descripción de los accesorios, el que estén en perfecto estado y organizado es de mucha importancia para el enfermo, ya que, seguro van a usarse por largo tiempo. Son de importancia vital para el enfermo el sueño, la comodidad y el reposo, por lo que se procurara, arreglarlos y tenerlos en las mejores condiciones posibles. Si el paciente enfermo percibiera alguna anomalía en la colocación o utilización de ellos, que le haga estar incómodo, se tratará de resolver, porque hay que observar que algunos enfermos, no se levantan de la cama, siéndonos de gran ayuda los accesorios ya a veces deben de permanecer las 24 horas en reposo absoluto, para que el enfermo sienta el mejor confort posible. Una cama bien arreglada y con los accesorios, que requiera la patología y seguridad del enfermo, bien colocados y posicionados, ofrecerá una mejoría en la salud y patología del enfermo.

6 Bibliografía

1. https://ajibarra.org/D/post/tecnicasparahacerlacamadelenfermo/
2. https://eltxokodelosapuntes.jimdofree.com/app/download/11253818721/MF1017.pdf?t=1525811567
3. https://books.google.com/books?id=DVEpEAAAQBAJ
4. https://www.daypo.com/tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria-27.html
5. https://revistamedica.com/tcae-tecnicas-arreglo-cama-hospitalaria/
6. http://instrumentalenfermero.blogspot.com/2012/12/accesorios-de-lacamahospitalaria.html

Capítulo 80

EL CELADOR Y SU AYUDA EN EL ASEO DEL ENFERMO ENCAMADO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

ANTONIA HENRY PULIDO

ROCÍO NEVADO MORENO

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

1 Introducción

La higiene del enfermo encamado se trata de las medidas necesarias y diarias que necesita el enfermo para su bienestar y salud, física y mental, con la principal finalidad de mantener la piel, las mucosas y el cabello en las mejores condiciones. Es muy importante realizar este trabajo en apoyo de movilización de la Auxiliar de Enfermería con las máximas medidas de profesionalidad y limpieza, salvaguardando la intimidad del enfermo en todo momento, empleando las estrategias y parapetos necesarios para tal función.

Con el aseo personal, el paciente encamado mejora su salud, su estado de ánimo, y evita la aparición de nuevas patologías o que se agraven las ya existentes, para ello el protocolo que ejecutan el Celador hospitalario en apoyo del Auxiliar de Enfermería debe ser exigente y riguroso, dedicándole el tiempo necesario disponible, tanto el Celador como el Auxiliar de Enfermería.

La expresión aseo del Paciente encamado, no solo se relaciona con la higiene exterior de la piel, se trata de un procedimiento exhaustivo para lograr una prevención de posibles enfermedades tanto físicas, psicológicas y fisiológicas en el

enfermo que se encuentra en cama con posibilidad de poder realizarlo por sus propios medios.
La mayoría de las personas hospitalizadas pueden realizar su aseo personalmente y de manera autónoma, pero dependiendo de su patología o sus limitaciones físicas y o mentales, pueden llegar a necesitar ayuda de los profesionales como el Celador y resto de personal sanitario, que al estar acostado necesiten tener acceso a todas las partes del cuerpo del encamado para su aseo sin causarle daño y salvaguardando su intimidad.

2 Objetivos

Exponer e indicar las funciones y los movimientos de los celadores ante el paciente encamado ingresado en los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Celador hospitalario en auxilio del auxiliar de Enfermería es profesional encargado de realizar las movilizaciones en el aseo de las personas enfermas con problemas de movilidad. Estas movilizaciones técnicas se ejecutan para evitar secuelas como las úlceras por presión, pero también para el aseo de limpieza ordinario y también el terapéutico, desempeñándolo con la delicadeza necesaria para evitar lesiones al enfermo y a él mismo.
La existencia de infecciones dermatológicas y nosocomiales en los centros hospitalarios, hace que el desempeño del lavado de los enfermos sea realizado por profesionales como el Celador hospitalario, lo primero que ha de realizar en junto al Auxiliar de Enfermería es coordinarse con dicho sanitario.
Primero de todo colocar un biombo para respetar su intimidad frente a otros enfermos y entrada de visitas en ese momento, luego trasladar todos los útiles de aseo a los pies de la cama del enfermo, y antes de proceder a realizar el aseo

ponerse los guantes para evitar tocar con las manos heridas o infecciones y evitar así contaminación cruzada.
Primero lavarán la cara, el cuello, ojos, oídos y boca. Después se colocarán a ambos lado de la cama, el Celador retirará la ropa superior del encamado, realizándolo con movimientos rotatorios del cuerpo, primero llevándolo hacia el lado opuesto a él, y sacando un brazo de la casaca, luego girándole hacia sí para sacar el otro brazo, esta maniobra permite que el Auxiliar de Enfermería pueda lavar la espalda y el torso, misión del celador será inmediatamente después secarlo por su lado.
Después lavarán sus partes íntimas, y desecharán la esponja jabonosa empleada y el Celador secará. Finalmente es conveniente dedicarse a los brazos y piernas y espacios inter digitales y posteriormente secar sin emplear fuerza que pueda provocar laceraciones o raspaduras en la piel.
Si necesita lavado de cabello se realizará entre los dos profesionales poniendo la cama en posición horizontal con la parte superior ligeramente inclinada con el objeto de no mojar la ropa de la cama, luego secarán con toalla o secador de pelo, dependiendo de la longitud del cabello y del material del que se disponga.

5 Discusión-Conclusión

Las técnicas de ayuda empleadas por el Celador, encaminadas al aseo y lavado de enfermos encamados y realizadas por el Auxiliar de Enfermería engloban aseo regular, cambios posturales y traslado del paciente.
El Celador hospitalario es un profesional no sanitario que trabaja en apoyo de Médicos, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería y uno de los principales baluartes en el equipo de cualquier hospital o centro sanitario, realizando trabajos más físicos en su día a día y en contacto directo con los enfermos.
Se caracteriza por ser un profesional capacitado y al servicio de todas las funciones ejecutivas no sanitarias ni administrativas del centro hospitalario. Estando preparado para realizar las labores encomendadas para el perfecto funcionamiento de la institución en la que trabaja.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/celador-historia-evolucion-formacion-funciones/.
2. Orden del ministerio de trabajo de 5 julio 1971 estatuto de personal no sanitario.
3. Ley general de sanidad 14/1986 de 25 abril, bases de la organización del sistema salud.

4. Ley orgánica 5/2002 de 19 de junio identifica competencias real decreto 1790/2011 de 16 de diciembre donde se establecen cualificaciones profesionales.

Capítulo 81

EL CELADOR EN EL TRANSLADO DE DOCUMENTOS Y OBJETOS DE PACIENTES

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

ANTONIA HENRY PULIDO

ROCÍO NEVADO MORENO

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

1 Introducción

Los archivos son donde se almacenan y organizan todas sus historias.
Clínica para pacientes bajo el cuidado de un centro médico. Las funciones generales de un archivo son almacenamiento de documentos, acceso a documentos, sistematización de archivos, información, educación, etc. Las historias se ordenan por el número que se les asigna cuando se abren. Es responsabilidad del cuidador transferir el historial médico y la documentación adicional de la sala del hospital correspondiente al archivo central. La frecuencia de los estudios de casos de los oficiales de libertad condicional la establece el jefe de los Archivos Centrales de Aeronaves. La información clínica sobre un paciente se puede almacenar de la siguiente manera:
- En archivo. Solo almacenará datos básicos del paciente. Este registro se puede encontrar en todas las oficinas y sedes del policlínico. - En consulta o en registros de fábrica. Incluye historia. Clínica del paciente durante el tratamiento. En el

caso de que el paciente esté ingresado en el hospital, se ha enviado el registro de cita a la habitación. Las funciones de un oficial de seguridad en relación con los registros médicos se manifiestan en el manejo operativo o transmisión de mensajes orales, documentos, correspondencia o artículos encomendados por sus superiores, así como en el traslado de equipo o mobiliario de un servicio a otro.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario algunas cuestiones básicas relacionadas con las actuaciones del celador para el traslado de documentos y objetos.

3 Metodología

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

4 Resultados

La entrega de documentos y efectos debe ser rápida, confiable, ordenada y segura, tomando las medidas adecuadas para garantizar que los documentos y elementos encomendados lleguen sin daños. - Manejar mensajes diciendo:
La comunicación verbal son mensajes, instrucciones o información de cualquier tipo que un tutor envía a un destinatario. El Gobernador tendrá cuidado de no divulgar el contenido de las comunicaciones orales. Los supervisores deben comunicarse verbalmente con sus colegas, supervisores, subordinados o el público. (instrucciones, mensajes, información, etc.) sean indicados por su responsable o por sus profesionales autorizados. - Transmitir historias clínicas y documentos:
La transferencia de registros médicos implica el transporte razonable hasta el destino de los registros médicos encomendados por los superiores. Expediente clínico significa cualquier tipo o tipo de soporte que contiene un conjunto de datos e información médica. La historia (IB) se entiende como un conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones y todo tipo de información sobre el estado clínico de un paciente y su evolución a lo largo del proceso asistencial.

Manejo de historias clínicas: La adecuada atención del paciente requiere que el personal médico del centro disponga de la historia clínica del paciente. Se marcarán todas las entradas y salidas de los registros médicos y de servicio del destinatario o remitente. El objetivo es saber siempre la ubicación de los registros dentro y fuera del hospital. Una vez ayudado, el historial se devuelve al archivo para que esté disponible para la próxima restauración. Los cuidadores garantizarán la transferencia de documentos médicos, no solo en el caso de transferencia de pacientes para pruebas adicionales, sino también transferencia de SN y documentos adicionales entre el Archivo

Las llamadas del HC central y del hospital y viceversa deben seguir el orden de prioridad y el horario establecido por el administrador de casos central, quien es responsable de determinar la frecuencia con la que se recopilan los registros médicos. Los tutores no proporcionarán registros médicos a personas no autorizadas y deben cooperar en el mantenimiento de los documentos que se lleven para el transporte y para evitar su pérdida accidental. Al igual que el resto del personal, el Gobernador cumplirá con sus obligaciones de confidencialidad y secreto HC y documentación complementaria del paciente. El mando de reserva es inviolable. El incumplimiento de las disposiciones anteriores es motivo de enjuiciamiento. Los tutores solo deben tener acceso a los datos de HC necesarios para realizar funciones de confianza (nombre, habitación, cama, etc.). El tutor no está autorizado para facilitar el acceso al HC, si alguien lo solicita se darán los siguientes pasos para reclamarlo. - Trasladar equipos o muebles de un servicio a otro:

Para la entrega de muebles, equipos y suministros, el custodio estará presente en la unidad requirente al momento de recibir la solicitud de entrega y realizar el traslado. A continuación, le pedirá su consentimiento. También retirará la cama o colchón en mal estado para su renovación o almacenaje, siempre de acuerdo con el horario, ruta y prioridad pactados, evitando en lo posible cualquier inconveniente que pueda alterar el normal orden o funcionamiento del Instituto. -

Transporte de cohetes de oxígeno:

Es deber del cuidador transportar los tanques de oxígeno y reponerlos cuando se agoten, prepararlos para su uso y será responsable de proveerlos durante el transporte de los pacientes que reciben oxigenoterapia. Al recibir una solicitud para reemplazar el tanque de oxígeno, el personal de valet organizará el transporte desde el almacén correspondiente hasta la unidad de pedido. Luego recogerá y transportará los cilindros de oxígeno vacíos al depósito apropiado. - Transferir muestras biológicas:

Cuando se reciben muestras para análisis posteriores, es importante que lleguen

al laboratorio en condiciones adecuadas para no alterar los resultados de la prueba. Los guardabosques serán responsables de enviar las muestras a los laboratorios correspondientes y recolectar los resultados. Todas las muestras deben ir acompañadas de una solicitud o una solicitud de análisis prescrita por un médico.
- Distribución de productos farmacéuticos:
Diariamente, los trabajadores asistenciales distribuyen medicamentos y otros productos farmacéuticos a los servicios hospitalarios, siempre según el horario, ruta, prioridad marcada, recogen los informes de farmacia de los servicios del hospital y los trasladan a la farmacia.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario algunas cuestiones básicas relacionadas con el traslado de documentos y objetos por parte del celador.
Hemos visto que es el archivo y sus funciones generales, así como puede ser almacenada la información clínica de un paciente.
Este traslado debe realizarse de forma rápida, ordenada y segura.
Hemos visto el protocolo de tramitación de comunicaciones verbales, el traslado de documentos y documentación clínica, el traslado de aparatos o mobiliario de un servicio a otro, el transporte de balas de oxígeno, la distribución de productos de farmacia y el traslado de nuestras biológicas.

6 Bibliografía

1. http://www.cgtsanidadlpa.org›…
PDF Resultados web.
Tema 8: El Traslado de Documentos y Objetos - CGT Sanidad.
2. https://formacurae.es.
12. El traslado de documentos y objetos. Manejo y traslado de - Formacurae 3-https://dioposiciones.com›
E… PDF las funciones de celador relacionadas con la documentación clínicaOposiciones.

Capítulo 82

CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN PRIMEROS AUXILIOS ANTE ACCIDENTES PARA EL PERSONAL NO SANITARIO EN CENTROS DE SALUD

CRISTINA GONZÁLEZ FEITO

1 Introducción

Si consideramos que en cualquier lugar pueden ocurrir situaciones que comprometan la integridad o incluso la vida de una persona en el ámbito sanitario más aún. Es cierto que dentro de los centros sanitarios siempre existirá personal cualificado para actuar ante las emergencias. Pero el personal no sanitario, que está en contacto directo con los pacientes y que los desplaza de un lugar a otro, puede ser vital con su rápida intervención ayudando a la persona que sufra un accidente o un ataque.

Este capítulo es de vital importancia para que el personal no sanitario adquiera unos pequeños conocimientos que puedan ayudar al accidentado o incluso salvarlo. Cuando se habla de primeros auxilios se hace referencia a aquellas medidas que se desarrollan inicialmente con un accidentado o enfermo que sufre una indisposición, en el mismo lugar de los hechos, hasta que es atendido por un especialista sanitario.

Considerando diferentes leyes españolas, las personas tienen derecho a la vida, la salud y la integridad física que debe protegerse. Por lo que es obligatorio socorrer y estar preparados para llevar a cabo las actuaciones básicas que puedan salvar la vida a una persona que se encuentre en peligro vital; y más para el personal no sanitario que trabaja en centros sanitarios.

2 Objetivos

Conocer cuáles son los conocimientos básicos de primeros auxilios que debe tener el personal no sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando un trabajador no sanitario se encuentra con una persona que ha sufrido algún tipo de accidente hay que llevar a cabo unos pasos muy importantes. Lo primero que hay que considerar es la seguridad; hay que revisar que el entorno sea seguro y que nadie pueda hacerse más daño. Deben aplicarse las medidas de seguridad que sean necesarias para evitar nuevos accidentes. Después, hay que evaluar lo ocurrido, analizando el número de personas heridas, si hay fuego o heridas, etc. No se debe perder la calma y hay que actuar con claridad, debemos pedir ayuda e incluso dependiendo de dónde se produzca el accidente habrá que usar el móvil para pedir auxilio y hablar con los servicios de emergencias.
Ante una persona accidentada no debemos moverla, ya que podría sufrir una lesión a nivel cervical que, con el movimiento, podría empeorar o causarle lesiones irreparables. Por ello, lo mejor es tranquilizar al accidentado y recomendarle que no se mueva, debemos acercarnos y reconocer las heridas o lesiones que sufre. Para evaluarlo se utiliza de manera generalizada el código ABC:
- Vía aérea: comprobar si la persona está consciente, para ello hay que hablarle y si responde está consciente, por lo que la vía aérea no está en peligro; pero si no responde está inconsciente y su vía aérea podría obstruirse.
- Respiración: debemos comprobar si la persona está respirando para ello debemos observar su tórax. Si se mueve o se siente el ruido, respira. Si ocurre esto pasaremos a la siguiente fase, pero si ocurre lo contrario está en parada cardiorrespiratoria y hay que realizar la maniobra de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica.

- Circulación: debemos observar si existen puntos sangrantes en el accidentado. Si sale sangre por encima de la ropa indica que tiene una hemorragia importante. Para minimizarla debemos hacer presión sobre ella con un trapo o tela. Si sigue sangrando no debemos retirar la primera tela colocada, se pondrá más encima.
Si no hay sangre, hay que permanecer cerca del lesionado e ir vigilando al paciente para detectar si se producen cambios en el mismo.
Con la RCP se busca reemplazar el latir del corazón y la respiración espontánea, así se proporciona oxígeno suficiente al cerebro y a los órganos vitales a través del masaje cardiaco y la ventilación boca-boca. Para llevarla a cabo hay que colocar la paciente en posición boca arriba con los brazos y piernas alineados sobre una superficie rígida y con el tórax descubierto. Después, se coloca una mano sobre la frente y otra sobre el mentón tirando hacia arriba, para abrir el paso de aire a los pulmones y que la lengua no lo impida. Si con esto la víctima ya respira se coloca en posición lateral y se le vigila; por el contrario, si continúa sin respirar, hay que iniciar la compresión torácica en el centro del pecho. Para ello, hay que entrelazar las manos, poniendo la palma de la mano en mitad del pecho del accidentado, extender los brazos y dejar caer el cuerpo sobre el pecho, cada presión debe ser igual que la descompresión, hay que comprimir el pecho un tercio de los que mida el tórax de la persona.
Deben realizarse 30 compresiones torácicas por cada 2 insuflaciones con la vía aérea abierta y la nariz tapada. Hay que alternar la compresión-insuflación en una secuencia 30:2 a un ritmo de 100 compresiones por minuto. No puede interrumpirse esta frecuencia hasta que la víctima inicie respiración espontánea, te agotes o llegue ayuda especializada.
Por otro lado, el personal no sanitario, puede estar presente ante otro tipo de situaciones vitales, como son los atragantamientos . Lo primero que realizará la persona atragantada será toser. Lo cual es muy recomendable porque con esta maniobra puede llegarse a expulsar el cuerpo extraño que produce el atragantamiento a la persona. Si la tos no es efectiva, se recomienda colocarse detrás de la víctima, inclinarla hacia abajo y darle unos 5 golpes secos entre escápulas (en medio de la espalda, en la parte superior). Si aún así, no se consigue expulsar el objeto, hay que realizar la maniobra de Heimlich; para ello, hay que rodear al atragantado con nuestros brazos, cruzando las manos sobre su estómago, haciendo 5 movimientos hacia dentro y arriba con las manos. Se repetirá la secuencia de 5 golpes de espada y 5 compresiones abdominales hasta expulsar el objeto o caiga inconsciente, lo cual requeriría realizar RCP anteriormente descrita.
El personal no sanitario también puede encontrarse ante otras situaciones vitales como los traumatismos, quemaduras, lesiones eléctricas o por frio, intoxica-

ciones, amputaciones, etc. Todas tienen un tratamiento específico que debe ser conocido por el personal no sanitario pero que por su gran extensión no podemos abordar adecuadamente en este capítulo.

5 Discusión-Conclusión

Es prioritario que el personal no sanitario tenga unos conocimientos básicas en primeros auxilios para poder actuar de manera rápida y vital para el paciente.
Cuando nos encontramos ante un accidente o en una situación repentina debemos mantener la seguridad y evitar que más personas puedan verde afectadas. Una vez la situación es segura, hay que mantener la calma y tranquilizar a la víctima para que no se mueva. Hay que pedir ayuda y analizar el estado de la víctima para lo cual usaremos el código ABC: comprobar si está consciente o no, analizar la respiración y, si respira, analizar puntos sangrantes, si no respira realizar RCP hasta que respire de manera espontánea, te agotes o llegue personal sanitario para atenderlo.
Otro tipo de situación vital muy común es el atragantamiento. Para evitarla el paciente debe toser, se pueden realizar unos golpes entre escápulas secuenciados por la maniobra de Heimlich hasta que se expulse el objeto o caiga inconsciente, lo que requerirá realizar RCP.

6 Bibliografía

1. Martín, R. Alba; Educación para primeros auxilios dirigida al personal docente del ámbito escolar; Enfermería universitaria; Vol. 12, Issue 2, Abril-Junio 2015; pág. 88-92.
2. García-Tribalgos, Manuel; Primeros auxilios para el personal no sanitario y su aplicación en centros de educación secundaria; Universidad de Jaén; 2016.
3. Tejero Fernández, Joaquín; Primeros auxilios; IC Editorial; 2014.
4. Grupo INTERLAB; Plan de emergencia y primeros auxilios; Máster de ingeniería y gestión ambiental 2007/2008.
5. Gutiérrez, Enrique; Gómez, José Luis; Primeros auxilios; EDITEX.

Capítulo 83

EL PINCHE Y LOS PRINCIPIOS QUE SE DEBEN ADOPTAR PARA GARANTIZAR UNA CORRECTA HIGIENE DE LOS ALIMENTOS

ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

ELENA LÓPEZ RAMÍREZ

JUANA MARI FUEGO GIL

MARIA JIMENEZ BERNAL

1 Introducción

Los alimentos que nos encontramos dentro de las cocinas hospitalarias presentan una serie de características concretas y se encargan de definir su desarrollo, podemos diferenciar algunas de ellas: transporte de dietas, proveedores, control de posibles plagas, seguir las correctas cadenas de frío.
Científicamente se ha demostrado que la alimentación juega un papel muy importante, ya que esta forma parte del proceso de recuperación del paciente, haciendo que se reduzca considerablemente su estancia en los centros sanitarios.
Las cocinas de los centros de salud se comprometen a prestar servicios de una alta calidad, garantizando una seguridad higiénica y seguridad nutricional.

Para poder trabajar como pinche dentro de las cocinas hospitalarias existe un requisito que es imprescindible, este consiste en tener en posesión el título de manipulador de alimentos, este título ofrece una formación específica que está directamente relacionada con los riesgos y responsabilidades que tienen a la hora de desempeñar sus funciones.
Este título ofrece una formación donde se desarrollan las técnicas necesarias para una correcta manipulación de alimentos, además existen cursos complementarios para estar formados y actualizados en todas las recomendaciones que vayan modificándose. Estas formaciones ayudarán a que los pinches y cocineros que se encuentran dentro de las cocinas hospitalarias se encuentren lo más cualificados posible para el correcto desempeño de sus funciones.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles so los principios básicos para proporcionar una correcta higiene a los alimentos dentro de las cocinas hospitalarias.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.
También se ha revisado la literatura científica sanitaria existente en relación con la correcta higiene que se debe de tener con los alimentos dentro de las cocinas hospitalarias.

4 Resultados

Entendemos por higiene alimentaria al conjunto de medidas que necesitamos para poder asegurar la inocuidad de los alimentos desde que se recolectan hasta que llegan a nuestras mesas.
La higiene alimentaria nos garantiza que los alimentos sean seguros para nuestra salud, adoptando las medidas de higiene recomendadas.
Los microorganismos tienden a multiplicarse rápidamente cuando tienen unas buenas condiciones para su reproducción, siendo estas perjudiciales en muchos casos para las personas, pudiendo producir síntomas como: diarrea, vómito, y

fiebre son muy comunes cuando se padecen intoxicaciones por alimentos, en los casos más graves de intoxicación puede incluso producir la muerte.
Existen unas normas que el manipulador de alimentos debe de cumplir para evitar que los alimentos se contaminen:

-Salud: Si la persona responsable de manipular los alimentos se encontrará enferma puede contaminar los alimentos y contagiar con su enfermedad a los consumidores.

-Higiene personal: Debe de tener en cuenta su higiene además de tener las uñas cortas y limpias, deberá de lavarse las manos de manera habitual secándose con papel desechable, deberá quitarse sus objetos personales, como joyas, relojes…

-Normas higiénicas: Dependiendo de las funciones que desempeñe el pinche dentro de la cocina hospitalaria deberá adaptarse a las normas higiénicas alimentarias.

-Vestimenta: El uniforme de trabajo deberá de ser el adecuado no pudiendo salir del recinto con el mismo para evitar cualquier tipo de contaminación del mismo.

-Gorro o redecilla: El pinche se pondrá siempre un gorro para cubrir su pelo para evitar que se caiga en la comida mientras que la elaboramos y la procesamos.

-Utilizaremos guantes, siempre después de haber realizado una correcta higiene de manos, lavaremos las manos con los guantes siempre que se manipulen diferentes alimentos.

-Si el pinche tiene alguna herida al descubierto tendrá que taparla para que esta no esté en contacto directo con los alimentos.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar en el presente trabajo de investigación, el pinche debe de adoptar unas normas higiénicas alimentarias para así poder evitar que los pacientes padezcan algún tipo de intoxicación provocada por la contaminación de algún alimento.
Las normas básicas que se deben de emplear siempre dentro de las cocinas hospitalarias, son: lavado de manos de una forma habitual, cuando toquemos alimentos diferentes se deberán de lavar las manos, para así evitar la contaminación cruzada.

No se deberá de salir con el uniforme por fuera de las instalaciones destinadas al tratamiento y procesamiento de los alimentos, ya que este podría contaminarse con microorganismos.
Se deberá de quitar todos los objetos personales, así como llevar las uñas cortas y limpias.

6 Bibliografía

https://manipulador-de-alimentos.com/higiene-alimentaria-y-manipulacion-de-alimentos/
https://supercampo.perfil.com/2020/05/consejos-almacenar-comida-prevenir-enfermedades/#::text=La%20recomendaci%C3%B3n%20b%C3%A1sica%20es%20almacenar,los%2
https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v1_n1_a7.pdf

Capítulo 84

EL PINCHE Y LAS DIFERENTES ZONAS QUE NOS ENCONTRAMOS DENTRO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS

ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

ÁNGELA JIMENEZ SÁNCHEZ

ELENA LÓPEZ RAMÍREZ

JUANA MARI FUEGO GIL

MARIA JIMENEZ BERNAL

1 Introducción

La hostelería que se desarrolla dentro de las cocinas hospitalarias debe de contar con soluciones integrales y muy especializadas, ya que deben de cumplir los más altos estándares de calidad.
La que se proporciona dentro de los centros hospitalarios debe de cumplir unos requisitos muy exigentes, las cocinas son especiales, ya que deben de cocinar para un número elevado de personas, además tienen que realizar dietas especiales, en las que no se puede permitir cometer ningún tipo de error.
En estas cocinas se exige que haya un alto nivel de control en el procesamiento de los alimentos hasta que son distribuidos y entregados a los pacientes, teniendo en cuenta todas las medidas de higiene que debemos de adoptar en cada momento, para así impedir que se desencadenen problemas de salud, deben de evitar ser

expuestos a agentes infecciosos, ya que su estado de salud está comprometido y podría empeorar.
Por todo esto el equipamiento que se tiene dentro de las cocinas hospitalarias debe de cumplir unos requisitos muy exigentes, los materiales deben de ser de alta calidad, y los espacios deberán de encontrarse bien delimitados para evitar cualquier tipo de contaminación cruzada.
La maquinaría que se encuentra dentro de estas instalaciones debe de contar con la mejor tecnología profesional ofreciendo un alto nivel de producción.

2 Objetivos

Conocer e identificar todas las zonas y divisiones que componen las cocinas hospitalarias así como saber que tipo de actividades se desarrolla en cada una de ellas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consistente utilizando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Shcolar.
También se ha revisado la literatura científica sanitaria existente en referencia con las divisiones de zonas que existen dentro de las cocinas hospitalarias.
Se han utilizado términos de búsqueda que han sido combinados con filtros y descriptores como: zonas, actividades, cocina, hospitalaria.

4 Resultados

Los procesos de las comidas que se elaboran calientes se dividen por zonas para así poder aumentar la seguridad e higiene de los alimentos que estamos procesando, cada zona está compuesta por los elementos y maquinaría específicos.

ZONA DE ALMACENAMIENTO: En esta zona es donde se almacenan los alimentos que todavía están crudos, es muy importante mantener la temperatura correcta y una adecuada ventilación.
Para poder almacenar los alimentos se cuenta con refrigeradores de entre 0 y 4 grados centígrados y una zona para poder congelar los alimentos que se deberán de mantener en una temperatura de -18 -40 grados centígrados.

ZONA DE PREPARACIÓN: Esta zona se utiliza para procesar la materia prima que se encuentra cruda: verduras, frutas, carne y pescado. En esta zona se dispone de dos fregaderos dotados de agua fría y agua caliente.

ZONA DE ELABORACIÓN: En esta zona es donde disponemos de la maquinaria más avanzada tecnológicamente para producir calor.
Los fogones pueden ser eléctricos o de gas, los hornos que se encuentran dentro de estas cocinas están capacitados para producir altas temperaturas y poder hornear numerosas raciones al mismo tiempo.

ZONA DE EMPLATADO: Esta zona es común tanto para los platos que son elaborados en frío como para aquellos que son elaborados calientes. En el caso de ser comida caliente se cuenta con una zona climatizada que nos permitirá mantener la temperatura de los platos que hemos elaborado. Las bandejas se colocan en una cinta transportadora donde se van añadiendo los platos que la componen, una vez que están listas se colocan en un carro para ser transportadas a cada paciente.
Debemos de tener en cuenta que las dietas de los pacientes son totalmente personalizadas por lo que las mismas deberán de ir identificadas correctamente para evitar cualquier tipo de error.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar las cocinas hospitalarias se encuentran divididas por diferentes zonas para procesar los alimentos. Las zonas mas destacadas son: zona de almacenamiento, zona de preparación, zona de elaboración o cocción, zona de emplatado.
También contamos con líneas de cocción fría o cadena fría. Refrigerada, congelada.
Debemos de tener en cuenta todas las normas que se deben de adoptar en las diferentes zonas, y tener especial cuidado en que no se produzca ningún tipo de contaminación cruzada para evitar que los pacientes puedan sufrir o padecer algún tipo de sintomatología por sufrir una intoxicación alimentaría. Por eso se deben de adoptar las normas de seguridad e higiene.

6 Bibliografía

https://azerosl.com/maquinaria-de-cocina-hospitalaria/

https://supercampo.perfil.com/2020/05/consejos-almacenar-comida-prevenir-enfermedades/#::text
https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/hemeroteca-salud/enfermedades/salud-y-enfermedad-que-son

Capítulo 85

RIESGOS ERGONÓMICOS EN CENTROS SANITARIOS

ROCÍO ALVAREZ GONZÁLEZ

PAULA GARCÍA GARCIA

VERÓNICA BUSTELO HAMED

MARIA ARIAS ALONSO

CRISTINA GARCIA ALVAREZ

1 Introducción

La Ergonomía tiene como principal objetivo adaptar el trabajo al trabajador para evitar que en el desarrollo de su tarea pueda sufrir lesiones en el cuerpo tanto a nivel muscular como óseo, actuando sobre los factores que puedan contribuir a que dicho trabajador sufra trastornos musculoesqueléticos (movilización de los pacientes, realizar movimientos muy repetitivos, etc.) y que el trabajo desarrollado sea más confortable, evitando también accidentes laborales. Los Trastornos Musculoesqueléticos (TME) deben su origen a muy diversas causas que casi siempre están relacionados con la realización de la tarea que se esté haciendo en ese momento, las características de ésta y cómo realiza el trabajador la ejecución de las misma. Este tipo de dolencias no aparecen de forma repentina, a no ser que estemos ante un accidente laboral, si no que son como consecuencia de la repetición de una tarea durante mucho tiempo y llega un momento en que los dolores a los que en principio no les dábamos la importancia que tienen se vuelven más

intensos e incapacitan para desarrollar correctamente el trabajo. La ergonomía es muy importante para evitar las lesiones, pero también es muy importante para poder identificar los trabajos o tareas que puedan suponer como resultado un trastorno de este tipo y poner los medios posibles para que no se produzcan o minimizarlos en la medida de lo posible.

2 Objetivos

Conocer los posibles trastornos ergonómicos que se producen en el ámbito laboral hospitalario, como se pueden evitar y posibles soluciones a este problema tan común en los trabajadores que les pueden provocar lesiones.

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 riesgos ergonómicos son quizás el principal riesgo laboral en el entorno sanitario y están asociados a la mayoría de lesiones óseas, articulares y musculares de los trabajadores. La manipulación de pacientes, la realización de tareas repetitivas con los brazos, el arrastre y levantamiento de cargas independientemente de la naturaleza del trabajo ya que afectan tanto a personal no sanitario como a personal sanitario y provocan con frecuencia trastornos en brazos, hombros, cuello, muñecas y zona lumbar tales como tendinitis, hombro congelado, tortícolis, codo de tenista, lumbalgia, ciática, etc.

Muchos de los problemas que surgen en la actualidad de carga de trabajo tanto en el ámbito hospitalario como en el asistencial tienen su origen en el diseño del puesto de trabajo, por lo que sí éste es inadecuado afecta directamente a la carga de trabajo tanto física, mental como psicosocial. La ergonomía hospitalaria tiene una gran repercusión social, si se cuida la salud ergonómica de sus profesionales, se estará contribuyendo a mejorar el sector sanitario ya que la salud de los

trabajadores no influirá en el cuidado de los pacientes.Las lesiones musculares son uno de los problemas de salud más frecuente dentro del centro sanitario. En la mayoría de los casos se producen molestias e impiden la movilidad. Estas dolencias afectan al rendimiento en el puesto de trabajo disminuyendo su calidad y produciendo dificultades en las actividades diarias. Para intentar prevenir estas lesiones serían: la realización de actividad física para fortalecer los músculos, adoptar posturas correctas, reducir las tensiones que soporta nuestro cuerpo. No es fácil debido en ocasiones a la carga y volumen de trabajo el pararse a pensar como realizar el movimiento y en qué posición colocar el cuerpo para que la movilización sea lo más beneficiosa tanto para el trabajador como para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad se siguen presentando bajas laborales por el mal posicionamiento del cuerpo a la hora de realizar el trabajo en el ámbito hospitalario. Pero con el hincapié que se está haciendo en que se hagan cursos formativos tanto teóricos como prácticos, e incluso encuestas que se realizan a los trabajadores invitándoles a que éstos, mediante sencillas preguntas acerca de cómo se posicionan a la hora de realizar sus trabajos se están poniendo medidas para que la seguridad del trabajador en el ámbito hospitalario sea más segura. Es muy importante tener en cuenta que el empresario ponga a disposición de los trabajadores todos los medios necesarios para evitar estos trastornos que puede ser incluso el cambio en el puesto de trabajo y que el trabajador haga uso de dichos medios y sepa cómo se deben usar, es por tanto imprescindible recibir una formación adecuada ya que por ejemplo un mal uso de una grúa para levantar pacientes puede ser peor que el no usarla.

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y salud en el trabajo (2011). Manipulación de cargas.

2. FREMAP Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (2010). Manual de Seguridad y salud en el sector hospitales.

3. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

4. Almodóvar A, Galiana ML, Hervás P, Pinilla FJ, De la Orden MV, Día CI et al. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Instituto de Seguridad e

Higiene en el Trabajo. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. 2011.

Capítulo 86

SÍNDROME DEL TRABAJADOR BURBUJA

NATALIA NAREDO RUBIO

TANIA MUÑIZ DÍAZ

TERESA ÁLVAREZ BERDASCO

ANA SUÁREZ GARRIDO

BÁRBARA ROBERT BALAGUER

1 Introducción

Un trabajador pasa, de media, unas ocho horas en su puesto de trabajo, esto es una tercera parte del día. Si, además, tenemos en cuenta que ese trabajador dedica entre siete u ocho horas a dormir, la conclusión a la que llegamos es apabullante: cualquier trabajador dedica más de la mitad de su tiempo a trabajar. Este dato pone de relieve la necesidad de que los trabajadores y trabajadoras gocen de lo que podemos denominar buena "salud laboral". Para alcanzar ese estado de salud óptimo en el ámbito laboral entran en juego distintos factores que tienen que ver con la propia naturaleza del trabajo (es motivador, encaja con mis gustos e intereses, me permite superarme…), con las relaciones con superiores y compañeros (me tratan con respeto, valoran mi desempeño…) o con la capacidad de establecer los oportunos límites entre las obligaciones laborales y el tiempo libre. Cuando en alguno de estos factores surge algún problema, podemos estar

ante un trastorno que deberá ser tratado y abordado con rigor para que el trabajador en cuestión recupere cuanto antes su "salud laboral" y, de este modo, evitar consecuencias en otros ámbitos, como el personal, el social o el familiar.
Entre los distintos trastornos que se pueden producir en el entorno laboral, hay uno que ha aumentado de manera exponencial en los últimos dos años. Nos estamos refiriendo al síndrome del trabajador burbuja. Se trata de un trastorno que implica la imposibilidad de desconectar del trabajo. Este síndrome aparece cuando los trabajadores tienen la sensación de no separar por completo su vida personal de la laboral. Aquellos que lo sufren son incapaces de salir de su puesto de trabajo para dedicarse a su vida personal.
La feroz competitividad laboral, el miedo a perder el empleo en unas circunstancias cada vez más inciertas e inestables, el desarrollo de las nuevas tecnologías, el auge del teletrabajo durante la pandemia y una sociedad cada vez más hiperconectada representan realidades ante las que debemos estar en alerta para no ser víctimas de este síndrome.
En este sentido, y según distintos estudios, podemos establecer una serie de rasgos que nos permitirán conocer si alguien está sufriendo el síndrome del trabajador burbuja:
• Alteraciones en el estado de ánimo: cambios de humor, aumento del estrés y de la ansiedad.
• Como consecuencia de lo anterior, es habitual que se produzcan trastornos en el sueño o en los hábitos alimenticios.
• Apego excesivo e irracional a la tecnología, aplicaciones ye internet.
• Desconexión y desinterés paulatinos por todo aquello que no esté relacionado con el trabajo.
Por lo que se refiere a la forma de abordar este trastorno, deberán trabajarse estrategias encaminadas a trabajar la asertividad, a jerarquizar las tareas y a establecer y respetar horarios en función de la importancia de esas tareas. Para ello, es posible que sea necesaria ayuda psicológica.

2 Objetivos

• Caracterizar el síndrome del trabajador burbuja.
• Detectar trabajadores afectados por este síndrome.
• Concienciar a los empresarios y a los trabajadores para adoptar estrategias que permitan prevenir la aparición de nuevos afectados por este síndrome.

3 Metodología

Para la elaboración de esta investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica por diferentes páginas webs, revistas médicas, manuales y artículos relacionados con este tema a tratar, de los cuales he recopilado toda la información necesaria confeccionar este trabajo.

4 Resultados

Cualquier trabajador es potencialmente susceptible de sufrir el síndrome del trabajador burbuja. Así ha quedado patente tras la pandemia, cuyo impacto ha supuesto una crisis prácticamente definitiva en la manera de enfocar la relación del trabajador con su actividad profesional, sobre todo, en algunos sectores.
Por ello, resulta imprescindible que las empresas sean conscientes de esa realidad y adopten una actitud constructiva para conseguir suavizar esa transición de hábitos laborales forzosa y vertiginosa que ha sufrido la mayoría de los trabajadores.
Es importante que los empleados conozcan cuáles son los síntomas de este síndrome para reconocerlos en ellos mismos o en sus compañeros. Del mismo modo, también resulta de vital importancia que, en caso de presentar síntomas compatibles con este trastorno, lo pongan en conocimiento de la empresa. A esta le corresponde actuar con madurez empresarial. Debe entender que un trabajador que presenta este síndrome, en un plazo medio, va a ser un trabajador con un rendimiento bajo, por lo que lo más beneficioso para ambas partes es trabajar juntos para ponerle solución al problema cuanto antes. Una buena manera de lograrlo es invertir en programas donde se emprendan actividades que lleven a la desconexión laboral, a la desintoxicación de las nuevas tecnologías y a la búsqueda de hábitos saludables, al igual que terapias de prevención.
Adoptar una postura escéptica y poco empática con el trabajador sería contraproducente para ambas partes, pero, sobre todo, para el empleado, cuya salud mental se vería seriamente afectada, poniendo en peligro su bienestar familiar, social y personal.
Por último, este tipo de síntomas deberían estar incluidos entre los riesgos laborales y, del mismo modo que se advierte a los trabajadores de los peligros que supone, por ejemplo, subir a un andamio sin las pertinentes medidas de seguridad o de los riesgos de lesión al coger un peso de forma indebida, los trabajadores deberían ser debidamente informados de la existencia del síndrome del trabajador burbuja, de cuáles son sus síntomas y de cómo se puede evitar sufrirlo.

5 Discusión-Conclusión

Las circunstancias sociales, políticas y sanitarias han determinado la relación del trabajo con su actividad hasta el punto de desarrollar distintos síndromes o trastornos en el entorno laboral. En el caso del síndrome del trabajador burbuja, la situación derivada de la pandemia ha supuesto el desembarco repentino y definitivo de las nuevas tecnologías en el ámbito laboral. Además, de forma igualmente repentina los trabajadores han tenido que adoptar el teletrabajo como nueva forma de llevar a cabo la actividad profesional, lo que no solo propició la confusión entre los límites de la vida personal y los de la vida laboral, sino que, en muchos casos, convirtió espacios de ocio en lugares de trabajo. Así, en muchos hogares, la mesa del comedor pasó de la noche a la mañana a estar habitada por el ordenador y los papeles del trabajo. Lo laboral invadió lo personal y familiar y el proceso para reconquistar ese tiempo y ese espacio está siendo lento costoso para muchos trabajadores.

Por otro lado, la mejor manera de contribuir a eliminar las consecuencias de este síndrome y la aparición de nuevos casos es la prevención. Esta se puede llevar a cabo desde las propias empresas, las cuales pueden implementar estrategias que fomenten un clima de trabajo cordial y relajado o la realización de actividades lúdicas.

6 Bibliografía

1. https://emprendedor.com/que-es-el-sindrome-del-trabajador-burbuja/
2. https://psicologiaymente.com/clinica/sindrome-trabajador-burbuja
3. https://kom-agency.com/que-es-el-sindrome-del-trabajador-burbuja/
4. https://www.emprendedores.es/gestion/trabajadores-burbuja-estres-ansiedad/

Capítulo 87

HIGIENE DE MANOS

NURIA CASTAÑO ÁLVAREZ

1 Introducción

El lavado de manos es la primera medida y la forma más sencilla que debemos adoptar para prevenir y minimizar el riesgo de infecciones relacionadas con la atención sanitaria que pueden causar un daño grave al paciente e incluso la muerte. Estas infecciones representan un problema importante de salud pública y son consideradas como un indicador de la calidad en la asistencia.

Para llevar a cabo una correcta higiene es necesario seguir una serie de pasos tanto en los tipos, formas como en el tiempo de lavado. Frotar las manos con jabón, aclarar con agua abundante y secar correctamente para de esta manera eliminar los restos de suciedad que pudieran quedar como por ejemplo, microorganismos que no se eliminen fácilmente por fricción.

Por tanto, tan importante es realizar de forma correcta el lavado de manos como el buen secado de las mismas. Se trata de algo fácil y eficaz, siendo también una manera de mejorar la atención en los servicios sanitarios tanto por parte del personal sanitario como no sanitario, haciendo que la atención prestada sea más segura.

El lavado de manos de manera frecuente con agua y jabón o en su defecto con una solución hidroalcohólica es la mejor medida de prevención.

Es necesario lavarse las manos tanto anteriormente a la realización de determinadas acciones como de manera posterior a las mismas

2 Objetivos

-Conocer la importancia del lavado de manos para minimizar el riesgo de infección en el ámbito de la atención sanitaria.
-Fomentar una buena higiene de manos tanto en el ámbito sanitario como no sanitario.
-Proporcionar una atención más segura a los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Podemos distinguir tres tipos de lavado de manos:
1-Lavado doméstico: es independiente del contacto con pacientes. Se trata de la higiene que realizan las personas en el en el día a día. La duración ha de ser de 15 a 30 segundos.
Se llevará a cabo después de:
-estornudar, toser si se llevó la mano a la nariz o la boca.
-Utilizar el aseo.
-Estar en contacto con animales.
-Manipular alimentos.
-Tocar objetos que antes hayan sido tocados por otras personas.

2-Lavado clínico: es el que debe llevar a cabo tanto el personal sanitario como no sanitario , la duración es de 15 a 30 segundos y debe realizarse:
-Al comienzo de la jornada laboral.
-Antes y después de tener contacto con el paciente.
-Después de tener contacto con fluidos corporales, superficies contaminadas y materiales que hayan sido usados.
-Después de estornudar o toser si se llevó la mano a la nariz o la boca.
-Después de acudir al aseo.

-Antes de ponerse los guantes y después de quitarlos.
Se puede reemplazar al lavado clínico por gel hidroalcohólico en áreas que no dispongan de lavamanos o en unidades de cuidados intensivos siempre que se cumplan los siguientes requisitos:
-Debe tratarse de atenciones que no traspasen la barrera cutánea.
-El máximo han de ser tres lavados consecutivos.
-Las manos no han de tener suciedad visible.
-No ha de ser el primer lavado que se realice al empezar el turno.
Se aplicará una porción del producto y se frotará vigorosamente las manos, dedos y espacios interdigitales hasta que se evapore totalmente.

3- Lavado quirúrgico: es el que ha de llevar a cabo el equipo quirúrgico antes de entrar en quirófano. Se utiliza siempre jabón antiséptico. Ha de ser un lavado meticuloso de manos y antebrazos , se realizará mediante fricción y requiere un alto grado de asepsia. La duración será de 3 a 5 minutos y los pasos serían los siguientes:
-mojar manos y antebrazos con agua.
-Echar jabón.
-Frotar palma contra palma.
-Entrelazar los dedos e intercambiar la posición.
-Cerrar la mano y frotar el dorso de los dedos con la palma de la otra mano. A continuación intercambiar la posición.
-Frotar los pulgares realizando movimientos giratorios.
-Frotar las muñecas.
-Aclarar abundantemente con agua manos y antebrazos y secar bien con un paño que sea desechable.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta higiene de manos es el paso más importante para evitar la propagación y transmisión de enfermedades, siendo además el mecanismo más barato. Es de vital importancia poseer toda la información para realizarlo de la manera adecuada. Tanto el personal sanitario como no sanitario ha de ser consciente de la importancia que tiene este acto para poder ofrecer una atención segura y de calidad.
La realización de cursos de reciclaje serviría para fomentar esta técnica tan básica de saber cómo y cuándo realizar un lavado de manos, cuya finalidad es disminuir la contaminación de las manos y prevenir la propagación de gérmenes patógenos.

Es recomendable también hidratar las manos de forma frecuente, ya que un lavado frecuente produce problemas en la piel como sequedad, irritación o descamación.

6 Bibliografía

1.www.medwave.cl/2001-2011/2811.html.
2.Organización Mundial de la Salud. Una atención limpia es una atención más segura. Material y documentos sobre la higiene de manos. Publicado en 2010. (Acceso 20 de abril de 2018)
3.Organización Mundial de la Salud. Una atención limpia es una atención más segura. Publicado en 2018. (Acceso 20 de abril de 2018) Disponible en: http://www.who.int/gpsc/5may/background/es/.
4.http:// revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/238.
5.Web Ministerio de Sanidad.
6.https://prevencionar.com/2020/07/29/sabes-como-afeca-el-gel-hidroalcoholico-y-el-lavado-de-manos-a-tu-piel/.

Capítulo 88

LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN QUE DEBE DE ADOPTAR UN ELECTRICISTA DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO

ÁLVARO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

En la actualidad se encuentra vigente el Real Decreto 614/2001 sobre disposiciones mínimas para la protección, salud y seguridad de los trabajadores que se encuentren expuestos a un riesgo eléctrico.

Este decreto tiene como principal objetivo la protección de aquellos trabajadores que tienen una exposición directa con los sistemas eléctricos. En este decreto por lo tanto se recogen y regulan cuidadosamente las técnicas y los procedimientos para:

-Dejar una instalación sin suministro eléctrico antes de realizar cualquier tipo de manipulación en la misma, y se volverá a reponer el suministro eléctrico una vez que finalicen las operaciones.

-La realización de las maniobras correspondientes, ensayos o mediciones para poder verificar las instalaciones eléctricas.

-El desarrollo de actividades dentro de entornos que tienen riesgo de explosión o incendio, o en aquellos donde pueda producirse una gran cantidad de carga electroestática.

Se deben de disponer de reglamentos electrotécnicos donde quedan debidamente establecidos las garantías y condiciones que deben de reunir aquellas instalaciones eléctricas que se vayan a manipular.

Una de las medidas que se debe de tener en cuenta es que siempre que vayamos a manipular cualquier sistema eléctrico debemos de asegurarnos previamente de que estamos trabajando sin tensión eléctrica, ya que así garantizamos que no se producirá ningún tipo de accidente a consecuencia de esto.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las principales medidas de protección que debe de adoptar un electricista desempeñando sus funciones dentro del entrono sanitario.

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: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.
También se ha consultado la literatura existente en referencia con las técnicas de protección que adoptan los electricistas a la hora de manipular sistemas eléctricos.

4 Resultados

Podemos identificar y clasificar cinco reglas que son imprescindibles, y deberemos de cumplir en cada momento:
Desconectar: Deberán de quedar abiertos todos los sistemas como interruptores, seccionadores y abrir puentes mediante los cuales se puedan conectar a fuentes de alimentación.
En el caso de que exista el conductor neutro será este el que se desconectará en último lugar, y cuando se restablezca la electricidad, será el primero en conectar.
Prevenir: Se utilizarán dispositivos que nos ayudan a desconectar la instalación y nos aseguraremos de que no exista ningún tipo de reconexión, ya que se producirá un bloqueo de la maniobra, se deberá de señalizar de manera correcta para así prohibir que se realice dicha maniobra.
Verificar: Este paso nos ayudará a verificar que existe ausencia de tensión, este paso se realizará inmediatamente antes de realizar cualquier tipo de operación en la instalación eléctrica, en el mismo lugar donde se vaya a manipular la instalación.

Toma a tierra: Se pondrán los dispositivos con una toma a tierra y en cortocircuito antes de realizar cualquier tipo de trabajo, siempre que exista cualquier riesgo que puedan poner de manera accidental la tensión durante la manipulación del sistema eléctrico. Para ello se emplearán equipos que han sido diseñados para tal fin y siguiendo las normas que le han sido aplicadas.
Proteger: Puede ser que mientras que nos encontremos manipulando un sistema eléctrico, instalaciones que se encuentren cerca de la zona de trabajo tengan que permanecer con tensión, por eso procederemos a colocar elementos que nos servirán para proteger de cualquier tipo de accidente que pueda desencadenarse, como pantallas, obstáculos o aislamientos. Se delimitarán las zonas de trabajo con señales.
Por lo que se delimitará siempre que sea necesario para así establecer una separación entre zonas con tensión y zonas sin tensión.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar las labores que realizan los electricistas dentro del entorno sanitario son muy importantes y además están expuestos a diferentes riesgos.
Para evitar que suceda cualquier tipo de accidente los electricistas deberán de conocer el real decreto 614/2001 donde quedan perfectamente recogidas las cinco reglas de oro que serán establecidas por los trabajadores siempre que vayan a manipular cualquier tipo de sistema eléctrico, así se evitarán que sufran accidentes, ya que manipular los sistemas eléctricos puede desencadenar en que los trabajadores sufran secuencias y secuelas irreversibles.
La regla fundamental que se debe de aplicar sin excepción, es garantizar que no existe corriente eléctrica en el sistema que debemos de reparar.

6 Bibliografía

https://www.solucioneselectron.com/protocolo-de-actuacion-de-grupo-electron/
https://es.scribd.com/document/519507369/53010071-Protocolo-Electricidad-02-1
https://docplayer.es/44372170-Protocolo-de-trabajo-con-riesgo-electrico.html

Capítulo 89

LA IMPORTANCIA DEL GOLPE DE CALOR

YOANA SUÁREZ SÁNCHEZ

TAMARA CABO JUNQUERA

MARÍA ELISA GARCIA PAZ

CARMEN REGINA FERNÁNDEZ IGLESIAS

MARÍA JESÚS GARCÍA LÓPEZ

1 Introducción

El golpe de calor se ocasiona cuando la temperatura corporal aumenta rápidamente y no se puede bajar. Esta situación puede poner en riesgo la vida, ya que puede provocar daños en el cerebro y otros órganos vitales. Una de las causas puede ser realizar actividades extenuantes en lugares calurosos o simplemente estar en un lugar caluroso durante demasiado tiempo. En el caso de las lavanderías hospitalarias se dan ambas situaciones. En algunos sectores laborales, cómo son las lavanderías, los golpes de calor son muy frecuentes. Sin embargo, si actuamos con rapidez, minimizaremos el riesgo de complicaciones graves. Por eso es imprescindible reconocer las señales que nos avisan de que algo está sucediendo.
Para cuidar la salud de los trabajadores, tenemos que reconocer a los siguientes síntomas del golpe de calor. Los primeros signos suelen ser sensación de calor, sed, sequedad en la boca y una temperatura del cuerpo superior a 40℃. La piel

puede enrojecer a medida que aumenta el calor. Los dolores de cabeza y estómago también suelen suceder. Desmayarse e incluso entrar coma pueden son los síntomas más graves de un golpe de calor. Es importante que todos los trabajadores sepan cómo reconocer las señales en caso de que se dé esta situación para proteger al personal y que sepan como evitarlo y actuar en el caso que suceda.

2 Objetivos

Conocer y dar la importancia suficiente a una situación que es muy grave.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo hemos recurrido a diversos estudios sobre el tema, además de hacer una búsqueda sistemática en portales online y revistas científicas como, Scielo, Gaceta sanitaria y revista emergencias. El golpe de calor es un riesgo muy extendido a nivel laboral, y que ocasiona emergencias muy graves, e incluso la muerte, por lo que resulta fácil elaborar un trabajo y buscar información al respecto.

4 Resultados

El golpe de calor es un trastorno ocasionado por el exceso de calor en el cuerpo, en este caso como consecuencia de la realización de un esfuerzo físico continuado en altas temperaturas y humedad. Entre los signos y síntomas del golpe de calor se encuentran: a) Temperatura de 40 ° o más b) Cambios en el comportamiento, como confusión, problemas para expresarse c) Piel caliente y sudoración excesiva d) Náuseas y vómitos e) Enrojecimiento cutáneo f) Pulso acelerado y respiración agitada g) Dolor de cabeza h) Desmayos i) Coma
A la hora de actuar cuando nos encontramos ante un golpe de calor son: En cuanto podamos, la víctima debe ser trasladada a un centro hospitalario, pero hasta entonces debemos conseguir es la bajada de la temperatura corporal del enfermo hasta que se sitúe entre 38 y 39ºC. Para ello: a) la víctima debe ser llevada al lugar más fresco que encontremos y le colocaremos en posición semisentada para favorecer la respiración. b) Se le quitará la ropa c) Se intentará enfriarlo mediante compresas de agua fría d) Procure que beba agua a pequeños sorbos.
El tratamiento del golpe de calor es considerada una urgencia vital, ya que su mortalidad disminuye si se consigue enfriar al paciente lo antes posible. Por ello

es muy importante diagnosticar precozmente el síndrome y ante cualquier compañero con fiebre alta y alteración neurológica. El golpe de calor puede ocasionar riesgo de muerte, el cualdepende de los factores siguientes: a) edad de la víctima b) la gravedad de cualquier trastorno físico previo (de corazón, pulmón, riñón o hígado) c) Lo alto que llega la temperatura corporal más extrema d) El tiempo que la victima permanece en esta temperatura corporal
Sin tratamiento inmediato, aproximadamente el 80% de las personas afectadas mueren. En alrededor del 20% de las personas que sobreviven, el cerebro puede no recuperar su función totalmente, dejando a la persona con cambios de personalidad, torpeza o mala coordinación. En algunas personas, los riñones no se recuperan totalmente.
Después de la recuperación, la temperatura corporal puede moverse de forma anormal durante un tiempo pero las consecuencias de un golpe de calor pueden ser fatales, incluso pueden dar lugar a secuelas neurológicas permanentes y discapacitantes .De no intervenirse a tiempo, las consecuencias pueden incluso conllevar secuelas neurológicas permanentes que pueden afectar para siempre la calidad de vida de quien lo ha sufrido.

5 Discusión-Conclusión

El golpe de calor es un riesgo laboral muy grave, que incluso puede desencadenar en la muerte o a situaciones discapacitantes. Es indispensable que la empresa organice una serie de medidas encaminadas en mejorar las condiciones de temperatura, los centros hospitalarios tienen muchos lugares donde se trabaja en situación de mucho calor, entre ellos las cocinas donde encontramos hornos, fogones olas lavanderías hospitalarias que cuentan con una serie de máquinas que ocasionan calor, calandras, secadoras, túneles de batas, lavadoras, túneles de lavado, de la misma forma la humedad también es muy elevada por lo tanto hay que adoptar una serie de medidas preventivas propuestas por la empresa según la evaluación de riesgos: a) Beber agua fresca (10-12ºC) aunque no tenga sed (un vaso cada 15-20 minutos). Se recomienda hacerlo inmediatamente antes de la exposición, mientras dura la exposición y continuar bebiendo generosamente al finalizar la jornada de trabajo. b) Reducir el esfuerzo físico que comporte una alta exigencia. Adapte su ritmo de trabajo según su tolerancia al calor. c) La empresa debe formar a sus trabajadores sobre los riesgos, medidas preventivas y en la aplicación de los primeros auxilios frente al golpe de calor. d) Disponer de zonas para descansar cuando resulte necesario e) Cambiar turnos, si es necesario, para trabajar durante las horas menos calurosas f) Tener aparatos que enfríen, aire

acondicionado, ventiladores, así como ventanas, portones, que permitan bajar la temperatura de las estancias.

6 Bibliografía

Trabajar con calor. INSHT.

• Plan nacional de actuaciones preventivas de los efectos del exceso de temperaturas

Sobre la salud año 2019

• NTP 922. Estrés térmico y sobrecarga térmica: evaluación de los riesgos (I). INSHT.

Capítulo 90

FATIGA POSTURAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO: CAUSAS Y CONDUCTAS PARA CORREGIRLA

BEATRIZ MONTEQUIN IGLESIAS

1 Introducción

Los empleados administrativos de cualquier sector de actividad, incluido el sanitario, son un colectivo muy proclive a padecer fatiga postural, lo que se traduce en distintos trastornos músculo-esqueléticos, especialmente en partes blandas como músculos, tendones y nervios. Trastornos que se manifiestan en forma de dorsalgias, lumbalgias, tendinitis, hernias de disco, síndrome del túnel carpiano, etc.

Los motivos asociados a estas lesiones son numerosos, pero se centran principalmente en la adopción de hábitos posturales inadecuados, en los movimientos repetitivos y en un inadecuado diseño ergonómico del puesto de trabajo.

La Ergonomía, encargada de estudiar las condiciones de adaptación de un lugar de trabajo a las condiciones físicas y psicológicas del trabajador, y la higiene postural, que estudia la correcta posición del cuerpo tanto quieto como en movimiento, nos facilitan las claves para contrarrestar todos los efectos negativos de una jornada laboral caracterizada por el estatismo postural y los movimientos repetitivos de manos, brazos, cuello y tronco.

Prevenir este tipo de lesiones es una de las mayores preocupaciones en el ámbito de la salud laboral, tanto por el daño físico y psíquico que producen en quien las

padece, como por el alto grado de absentismo y bajas laborales que generan para las empresas.

2 Objetivos

· Identificar los principales factores de riesgo asociados al trabajo administrativo.
· Conocer los requisitos mínimos que debe cumplir el mobiliario y equipamiento de las oficinas para minimizar la posibilidad de sufrir lesiones músculo-esqueléticas.
· Seguir las recomendaciones preventivas para el correcto mantenimiento de la posición del cuerpo y el alivio de la tensión postural que se va acumulando durante la jornada.

3 Metodología

Para la redacción del presente trabajo se ha llevado a cabo una labor de búsqueda online de información sobre las características propias del trabajo administrativo y los principales factores de riesgo presentes en el mismo, consultando distintos artículos publicados en congresos, revistas y otras publicaciones.
También se han revisado normas técnicas y manuales sobre prevención de riesgos laborales y educación para la salud.
Palabras claves: ergonomía, higiene postural, fatiga postural, factores de riesgo, prevención, lesiones músculo-esqueléticas.

4 Resultados

La fatiga postural del auxiliar administrativo obedece a diversas causas, relacionadas tanto con el diseño del puesto como con la higiene postural.
Respecto a los materiales y equipos de trabajo, debemos tener en cuentas las siguientes consideraciones:
- La mesa de trabajo debe ser suficientemente amplia para colocar todos los elementos necesarios (teléfono, ordenador, papelería, etc.), así como los brazos y manos del trabajador.
- La silla es un elemento fundamental: regulable en altura, suficientemente ancha, con reposabrazos y respaldo recto.
- Los pies, si no llegan al suelo, deben descansar sobre un reposapiés.

- La pantalla del ordenador, regulable en altura, ha de estar justo en frente del trabajador para que no tenga el cuello y el tronco girados toda la jornada, a la altura de sus ojos, y a una distancia de unos 45 cm de la cara.
- El teclado, independiente a la pantalla para poder moverlo según las necesidades del trabajador, tendrá las teclas separadas entre sí y perfectamente visibles.

Centrándonos en los aspectos posturales, el trabajador debe seguir las siguientes recomendaciones:

- La espalda ha de estar pegada al respaldo de la silla, especialmente la zona lumbar. Lo ideal es que la parte de arriba y de abajo del cuerpo formen un ángulo recto (90 grados).
- Aunque la postura sea correcta, mantener el estatismo mucho tiempo es perjudicial, por lo que conviene revisar periódicamente la postura (piensa si estás bien sentado) y mover los pies y piernas mientras trabajas.
- Evitar giros laterales del tronco. Mueve todo el cuerpo a la vez.
- Realizar pausas de unos 10 minutos cada hora o dos horas como máximo para relajar la musculatura y estirarla. Conviene aprovecharlas para levantarse, caminar un poco, beber agua y hacer algún estiramiento de cuello y espalda.
- Evitar cruzar las piernas durante el tiempo de trabajo. Conviene colocarlas en un ángulo de 90 grados.
- La cabeza ha de estar erguida, no inclinada hacia abajo o girada hacia uno de los lados. Mantener esta postura mucho tiempo favorece las contracturas musculares, cervicalgias, etc.
- Las herramientas de trabajo deben estar al alcance sin que sean precisos estiramientos. El teclado ha de estar colocado de forma que permita apoyar los antebrazos y las manos en la mesa.

5 Discusión-Conclusión

La fatiga postural y los trastornos músculo-esqueléticos son muy frecuentes entre los trabajadores administrativos. El uso continuado de pantallas de visualización de datos, el manejo del teléfono, los movimientos repetitivos con brazos y manos, y la necesidad de permanecer sentado la mayor parte del tiempo contribuyen decisivamente a ello.

Para frenar o eliminar dicha fatiga, los servicios de prevención de riesgos laborales aportan diferentes recomendaciones ligadas tanto a posturas, rutinas y ejercicios que el trabajador puede realizar durante la jornada de trabajo, como al diseño ergonómico del puesto (mobiliario, equipamientos, iluminación, etc.).

Si un administrativo es constante en estas conductas y las interioriza hasta ponerlas en práctica de forma natural y espontánea, estará logrando, en gran medida, minimizar diferentes dolencias corporales que con el tiempo podrían hacerse crónicas.

6 Bibliografía

· NTP 232. Pantallas de visualización de datos (P.V.D.). Fatiga postural.
· Recomendaciones ergonómicas y psicosociales. Trabajo en oficinas y despachos. Universidad Complutense de Madrid.
· Prevención de Riesgos Avanzado. Manual formativo FYSA (Formación y Sanidad), 2020.
· https://letsprevent.com/2010/12/ergonomia-fatiga-postural-trabajos-pantallas-visualizacion-datos/
· https://revistamedica.com
· https://tucanaldesalud.es

Capítulo 91

SERVICIO DE TELEASISTENCIA. ¿QUÉ ES? CONCEPTO, FUNCIONES, PROCESO Y RELACIÓN CON EL TRABAJO SOCIAL

ROCÍO CANTÓN GARCÍA

1 Introducción

La teleasistencia es un servicio telemático, que se ofrece en el domicilio del usuario para fomentar su autonomía, prevenir situaciones de emergencia o mitigar las situaciones de soledad. Es un servicio que tiene carácter inmediato, por eso es tan importante ante situaciones de emergencia.

Es un servicio derivado de la Ley Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. La prestación de este servicio es de competencia local. La financiación de la misma dependerá del destinatario del servicio, si este es una persona en situación de fragilidad, estará financiado por el Estado, por las autonomías o por los ayuntamientos, pero si el destinatario es una persona en situación de dependencia, estará financiado por el estado o por las autonomías.

Es necesario para ayudar a mantener a la persona usuaria en el domicilio el mayor tiempo posible así como para fomentar su autonomía personal. Debido a su inmediatez en la respuesta, es un servicio muy importante ante situaciones de emergencia. Reducir las situaciones de aislamiento es también otras de las finalidades de la teleasistencia.

Este servicio está destinado a las personas que por diferentes razones necesiten tener un método de comunicación constante en su domicilio, como pueden ser las personas dependientes, las personas con discapacidad y las personas mayores de 65 años, entre otras.

2 Objetivos

- Conocer qué es el servicio de teleasistencia.
- Explicar el procedimiento para solicitar este servicio.
- Conocer las diferentes peculiaridades de la teleasistencia.

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 página de Social Asturias, perteneciente al Principado de Asturias.

4 Resultados

Las personas que pueden ser usuarias de este servicio, se pueden dividir en dos grupos:
Personas en situación de fragilidad: entendiendo que son las personas mayores de 65 años y personas con discapacidad, siendo el mínimo porcentaje un 33. Es importante que ambos grupos de usuarios sean capaces de usar el servicio de forma autónoma.
Personas en situación de dependencia: debe estar reconocido este servicio en su PIA. En este caso el pago del servicio será a través del copago. Es importante tener en cuenta que este servicio, es incompatible con el servicio residencial.
Para realizar el procedimiento de solicitar este servicio hay que acudir a los servicios sociales del ayuntamiento correspondiente. Por ejemplo el ayuntamiento de Oviedo, explica que los requisitos para poder acceder al servicio de teleasistencia son los siguientes:
- Como hemos mencionado anteriormente el usuario deberá ser capaz de utilizar el equipo de la teleasistencia, para ello deberá además tener teléfono fijo en el domicilio.

- Estar dentro de alguno de los dos tipos de colectivos que hemos mencionado anteriormente, personas en situación de fragilidad o personas dependientes.
- Pertenecer al municipio de Oviedo y estar empadronado en el mismo.

El proceso para solicitar la teleasistencia es cumplimentar la instancia y firmarla (se puede descargar en la página web del ayuntamiento o acudir a los servicios sociales, para que expliquen el procedimiento y faciliten el documento necesario) y después llevarla a un registro del ayuntamiento o a los servicios sociales. En este momento es el trabajador social el que atiende las dudas e informa del servicio.
Existen varios tipos de servicios ofrecidos por Cruz Roja, como son: teleasistencia en casa, teleasistencia móvil, teleasistencia móvil accesible, localizador de personas LOPE, y cuídate +. Dependiendo del usuario, se usará uno u otro.

5 Discusión-Conclusión

Cuando el servicio está aceptado por los ss.ss, una técnico de teleasistencia acude a casa del usuario a instalar el aparato y hacer pruebas para comprobar que funciona el dispositivo. Es muy sencillo, hay un terminal que se establece en el centro del domicilio y una pulsera o colgante con un botón, el cual deberán pulsar en caso de necesidad. Es muy importante que no se lo quiten, para que en el caso de surgir una emergencia poder pulsar el botón. En este caso suena en la centralita en la que atienden las llamadas y establecerán comunicación con el usuario, ofreciendo una solución. Es un servicio que funciona los 365 días las 24 horas del día.

6 Bibliografía

1. Social Asturias [internet][citado 29 noviembre 2022]. Disponible en: https://socialasturias.asturias.es/servicio-de-teleasistencia.
2. Ayuntamiento de Oviedo [internet][citado 29 noviembre 2022]. Disponible en: https://sede.oviedo.es/tramites/subvenciones/servicio-de-teleasistencia.
3. Cruz Roja [internet][citado 29 noviembre 2022]. Disponible en: https://www2.cruzroja.es/web/teleasistencia.