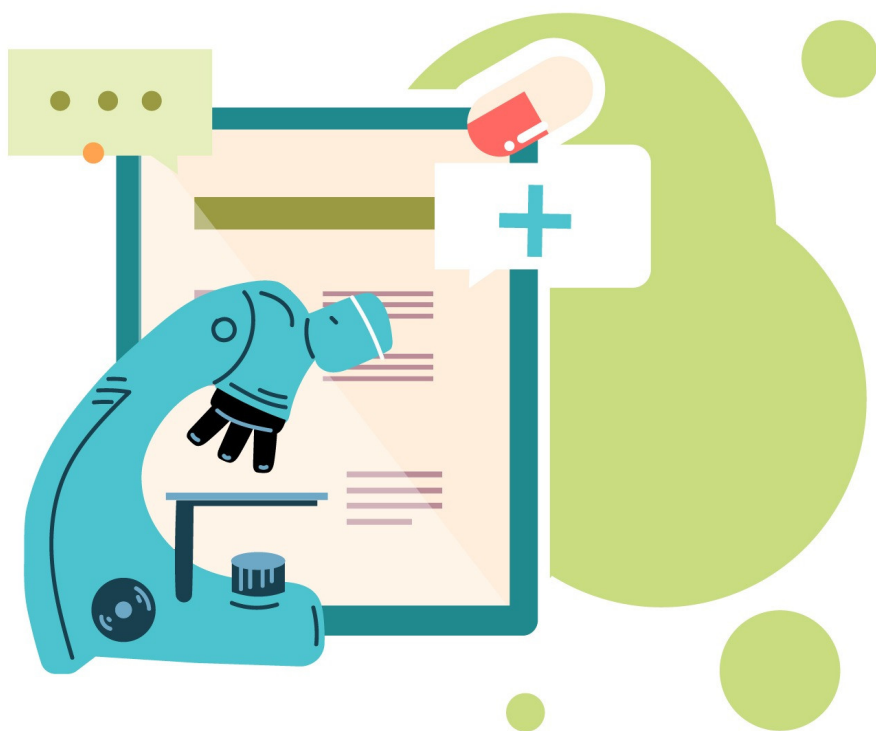


Investigación Básica y Experimental.
Casos de Cuidados y otros Trabajos Científicos

XXXX LECCIONES EN INVESTIGACIÓN SANITARIA



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

XXXX Lecciones en Investigación Sanitaria.



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

XXXX Lecciones en Investigación Sanitaria.

Fecha de publicación: 21 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: 978-84-19560-14-8

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	RELACIÓN DE LA ACTIVIDAD ARGINASA CON LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA BEATRIZ DE CELIS GUTIERREZ	3
2	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA CATÁSTROFE. TRIAJE NOELIA VALENCIANO CUEVAS, MARIA ÁNGELES NAVARRO TORNERO, LAURA JOVEN CASTON, RAQUEL CORTES YESTE Y JOSEFA CAMPILLO HERREROS	17
3	EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y LOS PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO NOELIA VALENCIANO CUEVAS, MARIA ÁNGELES NAVARRO TORNERO, LAURA JOVEN CASTON, RAQUEL CORTES YESTE Y JOSEFA CAMPILLO HERREROS	21
4	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA NOELIA VALENCIANO CUEVAS, MARIA ÁNGELES NAVARRO TORNERO, LAURA JOVEN CASTON, RAQUEL CORTES YESTE Y JOSEFA CAMPILLO HERREROS	25
5	NECESIDADES DE SALUD PERCIBIDAS EN LOS ALUMNOS/AS DE 5º Y 6º DE PRIMARIA DE LOS COLEGIOS PÚBLICOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA DEL CONCEJO DE OVIEDO ADELAIDE TCHUATOU MOUNGOUÉ Y SILVIA BRAVO RODRÍGUEZ	29
6	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS VENDAJES, TIPOS DE VENDAJES Y MODO DE EMPLEO EVA GARCIA VELLISCA, ANA MARTINEZ AGUILAR, DAVID CUERDA CLEMENTE, LAURA PEREZ RIVERO Y WILDER QUISPE CEBRIAN	35

7	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LAS MEDIDAS DE HIGIENE EN EL MANEJO DE UN PACIENTE CON AISLAMIENTO RESPIRATORIO EVA GARCIA VELLISCA, ANA MARTINEZ AGUILAR, DAVID CUERDA CLEMENTE, LAURA PEREZ RIVERO Y WILDER QUISPE CEBRIAN	39
8	PROCEDIMIENTO Y PAPEL DE LA ENFERMERA EN BIOPSIA ECOENDOSCÓPICA SIMPLIFICADA CON EVALUACIÓN MACROSCÓPICA DE LA MUESTRA LAURA SANROMAN CLAROS, ANA FERRER BLANCO, MARÍA BLANCO PABLOS Y LAURA GARCIA ALONSO	43
9	IMPACTACIÓN INTRALUMINAL DE VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA ANA FERRER BLANCO, MARÍA BLANCO PABLOS, LAURA GARCIA ALONSO Y LAURA SANROMAN CLAROS	49
10	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: MUSICOTERAPIA DURANTE LAS ESPERAS HOSPITALARIAS CARLOS MARTÍNEZ GONZÁLEZ	55
11	COLANGIOSCOPIA CON SPYGLASS Y LITOTRICIA INTRADUCTAL ELECTROHIDRÁULICA LAURA GARCIA ALONSO, LAURA SANROMAN CLAROS, ANA FERRER BLANCO Y MARÍA BLANCO PABLOS	61
12	FUNCIONES DESDE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA HACIA LA LACTANCIA BEATRIZ OEO DELGADO, NEREA DÍAZ ANGULO, ISMAEL MENA MUÑOZ, ALICIA PINEDA ALORS Y SILVIA BRAVO MARTIN	65
13	CONOCIMIENTO Y DETECCIÓN POR ENFERMERÍA DEL ICTUS BEATRIZ OEO DELGADO, NEREA DÍAZ ANGULO, ISMAEL MENA MUÑOZ, ALICIA PINEDA ALORS Y SILVIA BRAVO MARTIN	69
14	ENFERMERIA ANTE LOS PACIENTES CON UNA SEPSIS BEATRIZ OEO DELGADO, NEREA DÍAZ ANGULO, ISMAEL MENA MUÑOZ, ALICIA PINEDA ALORS Y SILVIA BRAVO MARTIN	73

15	VALORES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL, NEREA JUÁREZ MUÑOZ, ALICIA FLORES CASARRUBIOS, MARÍA USERO MOZOS Y MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ	77
16	ENFERMERÍA: CUIDADOS DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL, NEREA JUÁREZ MUÑOZ, ALICIA FLORES CASARRUBIOS, MARÍA USERO MOZOS Y MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ	81
17	VALORACIÓN NUTRICIONAL EN ENFERMERÍA PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL, NEREA JUÁREZ MUÑOZ, ALICIA FLORES CASARRUBIOS, MARÍA USERO MOZOS Y MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ	85
18	MIDLINE: ALTERNATIVA EN ACCESOS VASCULARES PERIFÉRICOS NATALIA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ	89
19	QUÉ ES, CÓMO SABER DETECTAR Y CÓMO ABORDAR EL SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO (SNM) ELENA SÁNCHEZ CORROCHANO	93
20	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE CRISIS HIPERTENSIVA EN URGENCIAS ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO, ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES, ROCIO LOMAS MENDAZA, MARTA MUÑOZ RUIZ Y NATALIA MARTINEZ HUERTAS	99
21	ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) LEVE EN URGENCIAS ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO, ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES, ROCIO LOMAS MENDAZA, MARTA MUÑOZ RUIZ Y NATALIA MARTINEZ HUERTAS	103

22	MANEJO DE LA MEDICACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA E INFUSORES POR ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL PACIENTE TERMINAL ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO, ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES, ROCIO LOMAS MENDAZA, MARTA MUÑOZ RUIZ Y NATALIA MARTINEZ HUERTAS	107
23	CIRUGÍA ABLACIÓN MECÁNICOQUÍMICA DE LA VENA SAFENA CON EL CATÉTER CLARIVEIN: CUIDADOS INTRAOPERATORIOS DE ENFERMERÍA MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO, MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ, BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO, CARLOS PALACIO MORALES Y MARIA ÁNGELES GONZÁLEZ DE LA ROSA	113
24	ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL PACIENTE DONANTE POTENCIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO, MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ, BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO, CARLOS PALACIO MORALES Y MARIA ÁNGELES GONZÁLEZ DE LA ROSA	119
25	ENFERMERIA EN EL USO DE ASPIRINAS Y EL SÍNDROME DE REYE MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO, MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ, BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO, CARLOS PALACIO MORALES Y MARIA ÁNGELES GONZÁLEZ DE LA ROSA	123
26	DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE Y TRAS LA INSERCIÓN DEL OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) LARA QUESADA ITURMENDI, LUIS ALFONSO GONZALEZ DÍAZ Y LAURA MUÑIZ SÁNCHEZ	127
27	PACIENTE CON CLÍNICA DE PARESTESIAS QUE INGRESA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE NEUROLOGÍA NATALIA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ	131

28	LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE NEUROCRÍTICO CON DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EVA GARCIA VELLISCA, ANA MARTINEZ AGUILAR, DAVID CUERDA CLEMENTE, LAURA PEREZ RIVERO Y WILDER QUISPE CEBRIAN	135
29	EFICACIA DE LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN EL AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y 2 ANA GARCÍA ALONSO	139
30	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL USO DE CONTENCIÓNES MECÁNICAS EN PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO INMACULADA FERNÁNDEZ SANCHO	149
31	BURNOUT EN CUIDADORES DE PACIENTES GERIÁTRICOS ALICIA CRESPO ALONSO, ALVARO DEL VAL PELAEZ Y ALEXA MARTINEZ GONZALEZ	153
32	EL ANCIANO Y SUS CUIDADOS ALEXA MARTINEZ GONZALEZ, ALVARO DEL VAL PELAEZ Y ALICIA CRESPO ALONSO	157
33	LA ALIMENTACIÓN DE LOS PACIENTES CON ALZHEIMER Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) IVÁN MORÁN SUÁREZ	161
34	COLITIS ULCEROSA. QUÉ ES Y SUS CUIDADOS COMO TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SARA MERINO MONTAÑÉS	165
35	LA HUMANIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANGELA MARTINEZ LOPEZ, LAIA TORRES JIMÉNEZ, FRANCISCO GARCÍA SÁNCHEZ, MIGUEL ANGEL MUÑOZ RABADÁN Y MARÍA NIEVES MUÑOZ RABADÁN	169

36	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANGELA MARTINEZ LOPEZ, LAIA TORRES JIMÉNEZ, FRANCISCO GARCÍA SÁNCHEZ, MIGUEL ANGEL MUÑOZ RABADÁN Y MARÍA NIEVES MUÑOZ RABADÁN	175
37	LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN CUIDADAS POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANGELA MARTINEZ LOPEZ, LAIA TORRES JIMÉNEZ, FRANCISCO GARCÍA SÁNCHEZ, MIGUEL ANGEL MUÑOZ RABADÁN Y MARÍA NIEVES MUÑOZ RABADÁN	181
38	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS LESIONES OCASIONADAS POR PRESIÓN MANTENIDA ANA ISABEL SIMARRO BONIFACIO, M ^a ANGELES ALFARO AGAR, MARIA ISABEL PARDO MARTINEZ, CARMEN CARRIÓN MARTÍNEZ Y M.CARMEN HERREROS PEÑAFIEL	187
39	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CONTROL DE LAS DEPOSICIONES ANA ISABEL SIMARRO BONIFACIO, M ^a ANGELES ALFARO AGAR, MARIA ISABEL PARDO MARTINEZ, CARMEN CARRIÓN MARTÍNEZ Y M.CARMEN HERREROS PEÑAFIEL	191
40	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ANA ISABEL SIMARRO BONIFACIO, M ^a ANGELES ALFARO AGAR, MARIA ISABEL PARDO MARTINEZ, CARMEN CARRIÓN MARTÍNEZ Y M.CARMEN HERREROS PEÑAFIEL	197
41	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SUSANA MARTÍNEZ CALDERÓN	201
42	LA ENFERMEDAD DE PARKINSON YOLANDA MÉNDEZ LÓPEZ	207
43	EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO MARIA LUISA FERNANDEZ MARTINEZ	211

44	NOCIONES PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE FARMACOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	215
	EVA ROCÍO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ	
45	EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE LA NUTRICIÓN ENTERAL MANUAL DE UN PACIENTE CON Sonda NASOGÁSTRICA	221
	ANDREA FERNÁNDEZ YÁÑEZ	
46	SÍNDROME DE LYNCH EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	225
	BEATRIZ BALBOA MANJON	
47	CUIDADOS DEL PACIENTE CON DISFAGIA	229
	LAURA MUÑIZ	
48	EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO. UNA COMPARATIVA ENTRE ASEO TRADICIONAL Y ASEO EN SECO	235
	LAURA MOTA MAILLO	
49	EFFECTOS ANSIOLÍTICOS Y ANTIDEPRESIVOS DEL CANNABIDIOL (CDB). UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA	241
	LUIS MANUEL DE LA ROZA GRANDA	
50	VACUNAS NAALES CONTRA LA COVID-19: ¿ESENCIALES PARA EL CONTROL DE LA PANDEMIA?	245
	LUIS MANUEL DE LA ROZA GRANDA	
51	OSTEOPOROSIS POR TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA	249
	AINOA RAMOS ALVAREZ, MARIA MONTSEERRAT ALVAREZ ALVAREZ, ANA BELEN BRANDI ALONSO, MARTA MIRAVALLS BERROS Y CARLOS GUTIÉRREZ ZAPATA	
52	EL TCAE EN LOS CUIDADOS POST MORTEN	253
	NATALIA GONZÁLEZ SUÁREZ	
53	ESTRÉS LABORAL: RIESGOS EN EL TRABAJO	257
	SILVIA OLIVEIRA FERNÁNDEZ	

54	LA DISGAFIA EN UN PACIENTE PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) LAURA TORRES SANTIRSO, MARIA BERTINA MARTINEZ GUIZAN, TAMARA LIBERTAD GALLARDO ORDOÑEZ Y MARIA ROSARIO GONZÁLEZ GALLARDO	263
55	HIGIENE DEL NEONATO POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) MARÍA NIEVES MUÑOZ RABADÁN, LAIA TORRES JIMÉNEZ, FRANCISCO GARCÍA SÁNCHEZ, MIGUEL ANGEL MUÑOZ RABADÁN Y ANGELA MARTINEZ LOPEZ	267
56	INTOXICACIONES. ACTUACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE INTOXICACIÓN DORINDA SUÁREZ GUTIÉRREZ	271
57	GESTION DE AGENDAS RAQUEL GONZÁLEZ MARTÍNEZ	275
58	EL ESTREÑIMIENTO CAUSAS Y COMPLICACIONES JESSICA MARENTES GONZALEZ	279
59	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA INVESTIGACIÓN DEL SUICIDIO MARIA LUISA LÓPEZ GONZÁLEZ	283
60	LA ENFERMEDAD DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EVA GARCÍA GONZÁLEZ	287
61	ACÚFENOS Y DISFUNCIÓN TEMPORO-MANDIBULAR MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA	291
62	EJERCICIO ACUÁTICO EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON IRENE PONZ MARTÍNEZ	295
63	PERSONAL DE FISIOTERAPEUTA EXPONE CASO CLÍNICO SOBRE ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO EN UN CASO DE TENOSINOVITIS DE QUERVAIN VIRGINIA VELASCO ISUSI	299

64	FISIOTERAPIA EN UN CASO DE DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE TATIANA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ	303
65	CONTROL DE OBESIDAD INFANTIL EN FARMACIA COMUNITARIA (COIFAC) TAMAR BLANCA SERRANO	307
66	TIEMPO DE PROTOMBINA (PT/INR) EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DEL SUTBIPO ANTIVITAMINA K (AVK) MARTA DEL ROSAL LÓPEZ	313
67	LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL SERVICIO TRANSFUSIONAL PARA LA EVALUACIÓN DE LAS REACCIONES HEMOLÍTICAS TRANSFUSIONALES JOSE DAVID ALVAREZ GARCIA, BLANCA VERÓNICA GONZÁLEZ MATA, ELENA PABLO ESTEBAN, DAVID GONZALEZ DIAZ Y ROSA MARÍA JIMÉNEZ MORENO	317
68	PRUEBA DE MEZCLAS EN EL LABORATORIO DE RESPUESTA RAPIDA DEL HUCA JOSE DAVID ALVAREZ GARCIA, BLANCA VERÓNICA GONZÁLEZ MATA, ELENA PABLO ESTEBAN, DAVID GONZALEZ DIAZ Y ROSA MARÍA JIMÉNEZ MORENO	321
69	PRUEBAS DE LABORATORIO DE URGENCIA Y EL TÉCNICO DE LABORATORIO JOSE DAVID ALVAREZ GARCIA, BLANCA VERÓNICA GONZÁLEZ MATA, ELENA PABLO ESTEBAN, DAVID GONZALEZ DIAZ Y ROSA MARÍA JIMÉNEZ MORENO	325
70	EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LOS DIFERENTES ESTUDIOS RADIOLÓGICOS MARTA PEDREGAL ÁLVAREZ	329
71	LA SÍFILIS Y SU DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO MARIAM CASADO FERNANDEZ, ADAM CABRAL RODRIGUEZ Y JESSICA PALACIOS CANTELI	333

72	USO DE COLUTORIO. VENTAJAS E INCONVENIENTES. DIFERENTES TIPOS DE COLUTORIO REBECA CASTRO GARCÍA	337
73	LA IMPORTANCIA DE LA SALUD ORAL EN EMBARAZADAS. REBECA CASTRO GARCÍA	341
74	IMPACTO DE LA TERAPIA INMUNOCELULAR CAR-T EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS VERÓNICA SÁNCHEZ LASTRA	345
75	FUNDAMENTOS BÁSICOS DE LOS RAYOS X NURIA RODRIGUEZ MARTINEZ	353
76	RIESGO LABORAL DEL PERSONAL SANITARIO EN ESTADO DE EMBARAZO Y PERIODO DE LACTANCIA NURIA RODRIGUEZ MARTINEZ	357
77	LA ADMINISTRACION DE OXIGENO EN LOS PACIENTES DE L HOSPITAL SANITARIO ANGELA LINDE MENENDEZ	361
78	LOS CUIDADOS DE LOS RECIÉN NACIDOS ANGELA LINDE MENENDEZ, ROBERTO FERNANDEZ ARAGO, CARMEN GARCÍA GONZÁLEZ Y SANDRA LINDE MENENDEZ	365
79	DIFERENCIACIÓN ENTRE LA NEUROGÉNESIS COMÚN O EFECTIVA Y LA NEUROGÉNESIS DEFECTIVA: TÉCNICA DE LA INMUNOFLUORESCENCIA AIDA MORALEJO	369
80	DETERMINACIÓN DE LA OSMOLARIDAD EN EL LABORATORIO CLÍNICO CARMEN VALVERDE FERNÁNDEZ	373
81	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN (UPP) ANGELA VÁZQUEZ OTERO	377

82 PARTICULARIDADES DE LA UNIDAD O SERVICIO HOSPITALARIO DE PSIQUIATRÍA. ESTUDIO POR EL CELADOR JOSE MARIA CALVO ZAPATA, RAUL GARCIA CALVO, JESUS LOPEZ REJON, ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA Y CONSOLACION DOMINGUEZ LOAISA	381
83 ESTUDIO E INVESTIGACIÓN DE FUNCIONES PROPIAS DEL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE QUIRÓFANO ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA, RAUL GARCIA CALVO, JESUS LOPEZ REJON, JOSE MARIA CALVO ZAPATA Y CONSOLACION DOMINGUEZ LOAISA	385
84 INVESTIGACIÓN EN ENFERMEDADES NOSOCOMIALES EN SU PREVENCIÓN POR PARTE DEL PROFESIONAL CELADOR CONSOLACION DOMINGUEZ LOAISA, RAUL GARCIA CALVO, JESUS LOPEZ REJON, JOSE MARIA CALVO ZAPATA Y ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA	389
85 TRABAJO SOCIAL Y EL BURNOUT DE LAS/LOS CUIDADORAS/ES INFORMALES. QUÉ ES, CÓMO RECONOCERLO Y MEDIRLO Y LA BRECHA DE GÉNERO SERGIO YBARRA DIEZ	393
86 LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN EL AMBIENTE LABORAL BEATRIZ MENÉNDEZ PÉREZ	399
87 PRINCIPIOS DE LA ALIMENTACIÓN TERAPEÚTICA: ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES MARÍA JOSÉ FAL MIYAR	403
88 LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA VANESA MARTINEZ VEGA Y NOELIA OTERO BARTOLOMÉ	407
89 MOBBING EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL: FACTORES DE RIESGO LAURA GONZÁLEZ ALONSO, MARTA APARICIO ROLDÁN, LUCIA MIRANDA MESA, MARÍA ANGELES ALONSO AGUIRRE Y LUCIA FERNÁNDEZ MATILLA	411

90 EL ESTREÑIMIENTO INFANTIL	
VERÓNICA ENCINAS FERNÁNDEZ	415
91 FUNCIONES Y PAPEL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	
GIOCONDA ESPERANZA VALENZUELA SALVATIERRA, DELPHINA NAVARRO JUAREZ, MARÍA VICTORIA MARÍN GONZÁLEZ, JESSENIA MARIBEL CHIPANTIZA TENORIO Y ROSEMERY WONG RUIZ	419
92 LA IMPORTANCIA DE LA FIGURA DEL CELADOR EN LA ESFERA DE LA SALUD	
GIOCONDA ESPERANZA VALENZUELA SALVATIERRA, MARÍA VICTORIA MARÍN GONZÁLEZ, DELPHINA NAVARRO JUAREZ, JESSENIA MARIBEL CHIPANTIZA TENORIO Y ROSEMERY WONG RUIZ	423
93 EL EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) DE LOS CELADORES DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19	
GIOCONDA ESPERANZA VALENZUELA SALVATIERRA, DELPHINA NAVARRO JUAREZ, MARÍA VICTORIA MARÍN GONZÁLEZ, JESSENIA MARIBEL CHIPANTIZA TENORIO Y ROSEMERY WONG RUIZ	427
94 PREVENCIÓN DE FUTURAS PANDEMIAS	
SERGIO ALONSO ARIAS	431
95 TRABAJO EN EQUIPO	
RUBÉN GARCIA PEREZ	435
96 SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SANIDAD PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO	
SUSANA BLANCO FERNÁNDEZ Y CLARA GARCÍA MENÉNDEZ	439
97 INFECCIONES NOSOCOMIALES MÁS FRECUENTES	
SANDRA LINDE MENENDEZ, ANGELA LINDE MENENDEZ, ROBERTO FERNANDEZ ARAGO Y CARMEN GARCÍA GONZÁLEZ	443
98 MANIPULACIÓN DE CARGAS EN CENTROS SANITARIOS	
SERGIO RODRÍGUEZ VIGIL	447

99 BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL MARIA DEL CARMEN MARTÍNEZ BAYÓN, ANA BELÉN MARTÍNEZ PÉREZ, ENRIQUE GARCÍA MENÉNDEZ, MARÍA CONCEPCIÓN PENEDO DÍAZ Y ARÁNZAZU GONZÁLEZ ZAPICO	451
100 LA ICTERICIA EN EL RECIÉN NACIDO Y SU TRATAMIENTO ELENA MARTINEZALONSO	457
101 EL SÍNDROME DE PFAPA CECILIA GÓRRIZ FERNÁNDEZ	461
102 ESTREPTOCOCO PYOGENES. CARACTERÍSTICAS E IDENTIFICACIÓN EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA IRENE VEGA LLAMAZALES Y ANA BELÉN POCEIRO DE LA FUENTE	465
103 PRESENCIA DEL MOBBING EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS PAULA FERNANDEZ MENENDEZ Y SONIA COLLAR RODRIGUEZ	469
104 FATIGA VISUAL EN AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL ÁMBITO SANITARIO VERÓNICA ENCINAS FERNÁNDEZ	473
105 ESTRES POSTVACACIONAL JOSE AVELINO LUCAS PÉREZ	477

Capítulo 1

RELACIÓN DE LA ACTIVIDAD ARGINASA CON LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA

BEATRIZ DE CELIS GUTIERREZ

1 Introducción

1.1. SIRS (Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica).

Definimos SIRS como respuesta inflamatoria inespecífica y generalizada, sea cual fuere la causa de esta. Este proceso inflamatorio tiene escasas consecuencias en la mayoría de los pacientes, sin embargo, puede ser muy perjudicial para otros. Hay multitud de eventos que pueden producir este proceso inflamatorio, entre los que podemos incluir el daño generado por la cirugía cardíaca, con o sin circulación extracorpórea (CEC).

La Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) es usado como marcador de inflamación, puesto que se empieza a elevar previo a que el paciente presente clínica y se encarga de activar la vía clásica del complemento. La elevación de este marcador indica ausencia de control de la infección, con mal pronóstico para el paciente. Por lo tanto, una Reacción en Cadena de la Polimerasa elevada previa a la intervención quirúrgica, supone un factor de riesgo de complicaciones, con mayor estancia hospitalaria y mortalidad.

La Arginasa es una enzima implicada en el metabolismo de la L-Arginina, la cual se encuentra disminuida en nuestro organismo cuando este se encuentra bajo condiciones inflamatorias. A continuación, vamos a ver cómo actúa esta enzima y su relación en la SIRS.

1.2. L-Arginina:

La L-Arginina un aminoácido no esencial en adultos sanos debido a que se sintetiza de forma endógena(1).

La concentración normal de L-Arg en plasma se encuentra entre 95-250 mmol/L. Concentraciones bajas de este aminoácido están relacionadas con estados patológicos más graves, incluyendo sepsis y traumas.

Son 4 enzimas las que intervienen en el metabolismo de este aminoácido:

1. La óxido-nítrico sintetasa (NOS) que da lugar a NO y citrulina. La L-Arg es el sustrato único para la producción de NO por NOS, por lo que la disponibilidad del aminoácido controla la producción de NO.

2. La Arginasa (ARG), tanto ARG 1 como ARG 2, metabolizan la L-Arg a L-Ornitina y urea. La L-Ornitina da lugar a poliaminas que comienzan con la reparación de los tejidos en la fase tardía de la respuesta inflamatoria (3,4,5). Por otro lado, la citrulina, derivada del ciclo de la urea, puede influir en la inflamación y carcinogénesis.

3. La L-Arg-Glicina-Aminotransferasa (AGAT) que interviene en la síntesis de creatinina(7).

4. La L-Arg-decarboxilasa (ADC) (8,9) que cataliza la síntesis de agmatina a partir de L-Arg liberando CO₂.

1.3. Arginasa

Definición:

La Arginasa (ARG) es una enzima esencial en el metabolismo de la L-Arg, en el ciclo de la urea hepática y en otras vías parecidas. Está siempre presente en el organismo (10,11). Es esencial en la eliminación de amoníaco y en la ruta de eliminación del exceso de nitrógeno tras el metabolismo de los aminoácidos, por lo que es esencial para la vida (12).

Funciones de la ARG:

- Hidrólisis de la L-Arginina.
- Tanto la Arginasa como la L-Arginina, intervienen en el sistema inmune a través de los macrófagos estimulados por citoquinas Th2 y Th1.

Por tanto, como hemos visto, la ARG constituye una vía inmunosupresora endógena y, además, se encarga de la eliminación de células cancerígenas, así como virus y parásitos (15). Estas funciones de la Arginasa se realizan porque los macrófagos activados metabolizan L-Arg, convirtiéndola en NO, especies reactivas de nitrógeno y L-Citrulina, mecanismo principal de la actividad citostática o citotóxica de los macrófagos frente a patógenos(21).

Se ha demostrado que la expresión de ARG 1 participa en la respuesta inmunológica de:

- Inflamación.
- Sepsis.
- Embarazo.
- Transfusiones.
- Disfunción endotelial.
- Cáncer.
- Cirugía.
- Traumatismos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Examinar los valores de ARG tanto en el preoperatorio, como a las 24 h, a las 48 h y a las 72 h de la cirugía cardíaca.

Objetivos secundarios:

- Estudiar el comportamiento de leucocitos, L-Arg y Reacción en Cadena de la Polimerasa en los mismos momentos temporales.
- Valorar la implicación de la arginasa en el comportamiento del resto de parámetros.
- Exponer la relación entre la arginasa 24 horas y el SIRS

3 Metodología

3.1. Material:

Este trabajo se realizó en el Hospital Universitario de Salamanca con la colaboración del Servicio de Anestesia y el centro de investigación del cáncer perteneciente a la Universidad de Salamanca.

Las búsquedas bibliográficas se han realizado utilizando la base de datos Medline®, Pubmed®, Uptodate® y la biblioteca virtual del Sacyl.

3.2. Método:

El estudio se ha realizado con 43 pacientes sometidos a cirugía cardíaca con CEC. Se revisaron sus historias clínicas y se excluyeron aquellos pacientes con fracción de eyección <40% o enfermedad renal, pacientes a tratamiento con inmunosupresores o corticoides y pacientes con enfermedad tumoral o sepsis.

Técnica anestésica:

Se usó para la inducción:

- Premedicación: Cloruro Mórfico + Escopolamina IM.
- Midazolam.
- Etomidato.
- Remifentanilo.
- Cisatracurio.

Durante la anestesia:

- O₂ – Aire.
- Sevofluorano/Propofol
- Remifentanilo.
- Cisatracurio.

Y para la sedación postoperatoria:

- Propofol y/o Remifentanilo.

Además se usó en todos los pacientes una monitorización hemodinámica invasiva, gasto urinario y profundidad anestésica (BIS).

En todos ellos se realizó intubación orotraqueal para conectarlos a la ventilación mecánica. También se canalizó la vena yugular interna o subclavia para la administración de líquidos y otros fármacos, así como para monitorizar diferentes parámetros hemodinámicos.

Grupos de estudio y variables estudiadas:

Se establecieron 4 grupos de estudio:

- Grupo control: Datos del preoperatorio
- Resto de grupos:
 - Datos a las 24 horas.
 - Datos a las 48 horas.
 - Datos a las 72 horas.

Se estudiaron las siguientes variables:

- ARG.
- L-Arg.
- PCR.
- Leucocitos.

Los datos fueron analizados estadísticamente con el programa SPSS tras haber sido recogidos en una tabla Excel.

Al ser datos apareados, para comprobar si hay diferencias significativas, hemos usado la prueba de Friedman.

4 Resultados

Algunos parámetros orgánicos se alteran en la cirugía cardiaca con CEC. Los que vamos a estudiar son:

- Actividad de la ARG.
- Valores de L-Arg.
- Leucocitos.
- PCR.

Se analizan los valores de éstos en el preoperatorio, a las 24, 48 y 72 horas, para lo que se analizarán muestras de sangre en esos momentos y se comprobará la relación de éstos con la ARG.

La muestra de pacientes son 29 hombres y 14 mujeres, en total 43 individuos.

4.1. Comportamiento de la arg en las distintas etapas:

Temporales:

Vamos a analizar los datos de la actividad de la ARG. Se consideran datos apareados porque fueron tomados en 4 instantes temporales (preoperatorio, 24, 48 y 72 horas de la intervención).

El diagrama de cajas resultante presenta una asimetría a la derecha. Tenemos 43 datos de cada medición (43 pacientes) siendo el coeficiente de asimetría resultante es mayor que 0 y la media mayor que la mediana en todo momento.

En cuanto a las distintas etapas temporales, la arginasa se eleva de forma importante a las 24 horas de la cirugía y va descendiendo hasta llegar a condiciones iniciales (preoperatorio) a las 72 horas. Igualmente podemos observar que hay 5 datos que pueden considerarse atípicos.

4.2. Resto de variables: comportamiento en las distintas etapas temporales:

- La PCR alcanza la máxima variación a las 48 horas, que se mantiene a las 72 horas.
- Los leucocitos alcanzan la máxima pendiente a las 24 horas, manteniéndose elevados a las 72 horas. De esta manera se confirma la asimetría de estas variables.
- Sin embargo, la L-Arg sufre un descenso de sus niveles a las 24 horas que van volviendo a su estado inicial hasta alcanzarlo a las 72 horas.

Al realizar el análisis estadístico (prueba de Friedman), podemos decir que hay diferencias significativas en cuanto al aumento de las variables a las 24 horas de la cirugía, salvo la L-Arginina que no tiene un descenso significativo.

4.3. Valorar la implicación de arginasa a las 24 horas en el comportamiento del resto de variables:

- Actividad ARG con L-Arg: se observan comportamientos muy dispares entre ambas en el diagrama de dispersión. Utilizando el modelo inverso, podríamos concluir que la L-Arg disminuye al aumentar el nivel de Arginasa.
- Actividad de ARG con leucocitos: Se realizó un modelo de regresión lineal para confirmar el aumento de leucocitos debido al aumento de ARG, de forma que se demuestra que hay una relación directa entre ellos, siendo positivos tanto la pendiente como el coeficiente de correlación.
- Actividad de ARG con PCR: En el gráfico resultante podemos observar que los valores de ARG y PCR aumentan con un modelo cúbico, no lineal. En el preoperatorio los valores de ARG y PCR están más concentrados, pero a las 24 horas la ARG se eleva por encima de 2 y la PCR por encima de 4. Así, podemos decir que:
 - ARG 24 h < 4: la PCR aumenta
 - ARG 24 h = 4 - 8: la PCR disminuye
 - ARG 24h > 8: la PCR vuelve a aumentar

4.4. Examinar la implicación de arg 24 h en la SIRS

Usando la t de Student, se observa que no hay diferencias significativas en el nivel de ARG en los pacientes que sufren SIRS con respecto a los que no la sufren, aunque es más elevando en media.

5 Discusión-Conclusión

Nos basamos en la fisiopatología de la Arginasa y las moléculas que metaboliza durante la respuesta inflamatoria.

Como hemos visto previamente, la arginasa interviene en la respuesta inmune influyendo en los niveles de L-arginina y a través del control de la síntesis de

óxido nítrico, compitiendo con la Óxido Nítrico Sintasa. De esta manera, los traumatismos y las intervenciones quirúrgicas conllevan un aumento de ARG-1 a través de las citoquinas TH2, favoreciendo el metabolismo de L-arginina (27,28,29). Por ello, disminuye la L-Arg y con ella el NO (por falta de L-Arg para la NOS). Además, aumenta la ornitina y disminuye la citrulina.

Por todo ello, en caso de actividad inflamatoria/SIRS hay un descenso de L-Arginina para la NOS-3 debido al aumento de ARG-1 e iNOS en los macrófagos por los patógenos. (14,16,30). Esto aumenta la disponibilidad del Óxido Nítrico en la microvasculatura y da lugar a disfunción endotelial (31).

Con este estudio pretendemos medir los niveles de Arginasa tras la cirugía cardíaca, relacionándola con el resto de variables (L-Arg, PCR y linfocitos). También queremos establecer su implicación en el SIRS.

Los resultados obtenidos muestran un pico máximo de ARG a las 24h de la cirugía, reduciéndose progresivamente hasta llegar a condiciones preoperatorias a las 72h.

Para Tsuei BJ et al (28) el aumento de la Arginasa-1 se produce tras las primeras 6 horas de la intervención e influye en la respuesta inmune postoperatoria. Interviene en esta respuesta inmune, puesto que el aumento de ARG-1 disminuye la L-Arg y la disponibilidad y metabolismo de Óxido Nítrico en el sistema inmune. Ochoa et al (16) demuestra que este aumento de la actividad ARG-1 aparece a las 12 horas de la cirugía y persiste durante su estancia en UCI.

Para Palomero et al (32) la Arginasa es liberada durante las reacciones inflamatorias al degranularse los polimorfonucleares, que la contienen. De esta manera, la arginasa aumenta a las 24-48 horas, consumiendo la L-Arg extracelular. Al disminuir esta L-Arginina extracelular se inhiben las funciones de la célula T, que permanecen viables, y disminuyen la cadena CD3ζ comprometiendo la señalización de la célula T de forma eficiente (33).

En cuanto a la Reacción en Cadena de la Polimerasa, la máxima variación se produce a las 48h de la cirugía y se mantiene a las 72h.

Según Senju O. et al(34), hay un aumento de los niveles de PCR a las 6-8 h de la cirugía y el mayor valor se observa a las 24-48 horas. En el postoperatorio, la medición de la PCR puede predecir complicaciones o la recuperación del paciente.

Para Cappabianca et al(35) la medición de PCR tras la intervención quirúrgica muestra un pico a las 48 horas y disminuye al cuarto día, pero no son capaces de proporcionar los datos que describen el estado inflamatorio durante

el seguimiento.

En nuestro estudio, los leucocitos alcanzan el valor máximo a las 48h aunque la máxima pendiente ocurre a las 24h. Además, mantienen niveles elevados a las 72 horas de la intervención.

Para Kawahito K et al(36) los leucocitos, sobre todo los neutrófilos, aumentan entre las primeras 12-24 horas de la cirugía.

La L-Arg alcanza el máximo descenso durante el primer día (a las 24h), volviendo a los niveles de preoperatorio a los 3 días (72h).

Kung y col.(6) demostraron que el agotamiento de L-Arg por la ARG provocaba deficiencias en la producción de anticuerpos en los linfocitos murinos.

Según Pribis et al(37) muestran que los niveles de L-Arg descienden temporalmente tras una intervención quirúrgica, lo que da lugar a una afectación de la inmunidad.

En cuanto a la relación de la Arginasa con el SIRS, en nuestro estudio no se demuestran de forma significativa ninguna diferencia en la actividad de la Arginasa a las 24 h entre los pacientes que la sufren y los que no, aunque se puede observar que de media es más elevado.

Mediante el catabolismo de la L-Arginina se puede influir en el SIRS a través de dos mecanismos básicos:

- Los macrófagos pueden producir Óxido Nítrico a través de la ruta inducible, según Vanhoutte PM(38).
- Las células T utilizan L-Arg para su activación y proliferación, según Ochoa et al(39).

Según algunos autores, el aporte de L-Arg como inmunonutriente puede ser diferente en pacientes críticos sépticos o tras una cirugía. En el paciente con SIRS, el aporte de inmunonutrientes incrementan la producción de Óxido Nítrico, lo que puede aumentar la respuesta del SIRS(40).

Suchner et al(41) concluyeron que los pacientes con formas graves de SIRS no deben recibir suplementos inmunitarios porque pueden agravar la inflamación sistémica y empeorar los resultados clínicos.

5.2. Conclusión

- La cirugía cardíaca provoca una intensa reacción inflamatoria por lo que la Arginasa alcanza la máxima variación a las 24 horas de la intervención.
- A las 24 horas de la intervención se produce, de forma significativa, un aumento

de PCR y leucocitos. Así mismo, hay una disminución de la L-Arginina en las primeras 24h pero sin diferencias significativas.

- Este aumento de Arginasa en el primer día de la intervención explica, mediante diversos modelos estadísticos y matemáticos, el comportamiento del resto de variables (L-Arg, leucocitos y PCR).
- En relación con la Arginasa y el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica, aunque la ARG está más elevada en media, no hay diferencias significativas.

6 Bibliografía

- 1.- Morris SM. Arginine: beyond protein. *Am J Clin Nutr.* 2006 Feb; 83(2): 508S-512S.
- 2.- Peranzoni E, Marigo I, Dolcetti L, Ugel S, Sonda N, Taschin E, et al. Role of arginine metabolism in immunity and immunopathology. *Immunobiology.* 2007; 212 (9-10): 795-812. Epub 2007 Nov 14.
- 3.- Zea AH, Rodriguez PC, Culotta KS, Hernandez CP, DeSalvo J, Ochoa JB, et al. L-Arginine modulates CD3 ζ expression and T cell function in activated human T lymphocytes. *Cellular Immunology.* 2004 Nov-Dec; 232 (1-2): 21-31. Epub 2005 Feb 23.
- 4.- Rodriguez PC, Zea AH, DeSalvo J, Culotta KS, Zabaleta J, Quiceno DG, Ochoa JB, Ochoa AC. L-Arginine consumption by macrophages modulates the expression of CD3zeta chain in T lymphocytes. *J Immunol.* 2003; 171:1232-1239. Available from <http://www.jimmunol.org/content/163/12/6912>.
- 5.- Palomero-Rodriguez MA, García-Navas R, Laporta-Báez Y, Al Kassam-Martínez D, de Vicente-Sánchez J, Cacharro-Moras, et al. Relationship between arginase activity and the storage time of packed red blood cells. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación.* 2012 Jun-Jul; 59(6):315-20. doi: 10.1016/j.redar.2012.04.021. Epub 2012 Jun 15.
- 6.- Kung JT, Brooks SB, Jakway JP, Leonard LL, Talmage DW. Suppression of in vitro cytotoxic response by macrophages due to induced arginase. *J Exp Med.* 1977 Sep 1; 146(3): 665-72.
- 7.- García NR. Papel inmunosupresor y citotóxico de la ARG 1 y la disponibilidad de L-Arg en el sistema inmune y cáncer [Tesis doctoral]. Salamanca: Universidad de Salamanca, facultad de Medicina; 2014.
- 8.- Morris SM. Arginine metabolism: boundaries of our knowledge. *J Nutr.* 2007; 137 (6 suppl 2):1602S-1609S.
- 9.- Satriano J. Agmatine: at the crossroads of the arginine pathways. *Ann N Y Acad Sci.* 2003 Dec; 1009:34-43.

- 10.- Ash DE. Structure and function of arginases. *J Nutr.* 2004 Oct;134 (10 suppl):2760S-2764S; discussion 2765S-2762S.
- 11.- Morris SM Jr. Regulation of Enzymes of the Urea Cycle and Arginine Metabolism. *Annu Rev Nutr.* 2002; 22:87-105. Epub 2002 Jan 4.
- 12.- Cama E, Emig FA, Ash DE, Christianson DW. Structural and functional importance of first-shell metal ligands in the binuclear manganese cluster of arginase I. *Biochemistry.* 2003 Jul 1;42(25):7748-58.
- 13.- Munder M, Mollinedo F, Calafat J, Canchado J, Gil-Lamaignere C, Fuentes JM, et al. Arginase I is constitutively expressed in human granulocytes and participates in fungicidal activity. *Blood.* 2005 Mar 15; 105(6): 2549-56. Epub 2004 Nov 16.
- 14.- Durante W, Johnson FK, Johnson RA. Arginase: a critical regulator of nitric oxide synthesis and vascular function. *Clin Exp Pharmacol Physiol.* 2007 Sep; 34(9):906-11.
- 15.- Markus Munder. Arginase: an emerging key player in the mammalian immune system. *Br J Pharmacol.* 2009 Oct; 158(3):638-651. Published online 2009 Sep 25. doi: 10.1111/j. 1476-5381.2009.00291.
- 16.- Ochoa JB, Bernard AC, O'Brien WE, Griffen MM, Maley ME, Rockich AK, et al. Arginase I expression and activity in human mononuclear cells after injury. *Ann Surg.* 2001 Mar; 233(3):393-9.
- 17.- Morris SM Jr. Recent advances in arginine metabolism: roles and regulation of the arginases. *Br K Pharmacol.* 2009 Jul; 157(6):922-30. doi: 10.1111/j.1476-5381.2009.00278.x. Epub 2009 Jun 5.
- 18.- Deignan JL, Livesay JC, Yoo PK, Goodman SI, O'Brien WE, Iyer RK, et al. Ornithine deficiency in the arginase double knockout mouse. *Mol Genet Metab.* 2006 Sep-Oct; 89(1-2):87-96. Epub 2006 Jun 5.
- 19.- Fridlender ZG, Sun J, Kim S, Kapoor V, Cheng G, Ling L, et al. Polarization of tumor-associated neutrophil phenotype by TGF-beta: "N1" versus "N2" TAN. *Cancer Cell.* 2009 Sep 8; 16(3):183-94. doi: 10.1016/j.ccr.200906.017.
- 20.- Chioda MC, Marigo I, Mandruzzato S, Mocellin S, Bronte V. Arginase, Nitric Oxide Synthase and Novel inhibitors of L-Arginine Metabolism in immune Modulation. In: Prendergast GC, Jaffe Em, editors. *Cancer Immunotherapy: Immune Suppression and Tumor Growth.* San Diego, USA: Elsevier; 2013. P. 597-634.
- 21.- MacMicking J, Xie QW, Nathan C. Nitric oxide and macrophage function. *Annu Rev Immunol.* 1997;15:323-50.
- 22.- Luyking YC, Poeze M, Dejong CH, Ramsay G, Deut NE. Sepsis: an arginine deficiency state? *Crit Care Med* 2004 Oct;32(10):2135-45.
- 23.- Rodriguez PC, Zea AH, DeSalvo J, Culotta KS, Zabaleta J, Ochoa JB, Ochoa

- AC. Regulation of T cell receptor CD3zeta chain expression by L-Arginine. *J Biol Chem* 2002 jun 14; 277 (24): 21123-9. Epub 2002 11 de abril.
- 24.- Loehe F, Bruns CJ, Nitsch SM, Angele MK. The role of L-Arginine following trauma and blood loss. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2007 Jan; 10(1):80-7.
- 25.- Warren OJ, Smith AJ, Alexiou C, Rogers PL, Jawad N, Vincent C, et al. The inflammatory response to cardiopulmonary bypass: part 1: mechanisms of pathogenesis. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2009 Apr; 23(2):223-31. doi: 10.1053/j.jvca.2008.08.007. Epub 2008 Oct 19.
- 26.- Miki K, Kumar A, Yang R, Killeen ME, Delude RL. Extracellular activation of arginase-1 decreases enterocyte inducible nitric oxide synthase activity during systemic inflammation. *Am J Physiol Gastrointest Hepatol* 2009 octubre; 297(4): G840-8. doi: 10.1152/ajpgi.90716.2008. Epub 2009 27 de agosto.
- 27.- Ochoa BJ, Bernard AC, Mistry SK, Morris SM, Figert PL, Maley ME, et al. Trauma increases extrahepatic arginase activity. *Surgery* 2000; 127(4): 419-426.
- 28.- Tsuei BJ, Bernard AC, Shane MD, Shirley LA, Maley ME, Boulanger BR, et al. Surgery Induces Human Mononuclear Cell Arginase I Expression. *J Trauma* 2001 Sep; 51(3):497-502.
- 29.- Marik PE, Flemmer MJ. The immune response to surgery and trauma: Implications for treatment. *J trauma Acute Care Surg*. 2012 Oct; 73(4):801-8. doi: 10.1097/TA.0b013e318265cf8.
- 30.- Soeters PB, Hallemesch MM, Bruins MJ, van Eijk HM, Deutz NE. Quantitative in vivo assessment of arginine utilization and nitric oxide production in endotoxemia. *Am J Surg*. 2002 Apr; 183(4):480-8.
- 31.- Marinova GV, Loyaga-Rendon RY, Obayashi S, Ishibashi T, Kubota T, Imamura M, et al. Possible involvement of altered arginase activity, arginase type I and type II expressions, and nitric oxide production in occurrence of intimal hiperplasia in premenopausal human uterine arteries. *J Pharmacol Sci*. 2008 Mar;106(3):385-93. Epub 2008 Mar 5.
- 32.- Palomero-Rodríguez MA, Sánchez-Conde MP, Laporta Báez Y, García-Navas R, Mollinedo F, De Vicente Sánchez J. Arginase activity and CD3-zeta chain expression after major surgery: a role for postoperative immunosuppression. *Eur J Anaesthesiol*, 2014 Jun;31:203-204.
- 33.- Munder M, Schneider H, Luckner C, Giese T, Langhans CD, Fuentes JM, et al. Suppression of T-cell functions by human granulocyte arginase. *Blood*. 2006 Sep 1;108(5):1627-34. Epub 2006 May 18.
- 34.- Senju O, Takagi Y, Gomi K. The quantitative determination of CRP by latex agglutination photometric assay. *Jap J Clin Lab Automation*. 1983;8:161-165.
- 35.- Cappabianca G, Paparella D, Visicchio G, Capone G, Lionetti G, Numis F,

- et al. Preoperative C-reactive protein predicts mid-term outcome after cardiac surgery. *Ann Thorac Surg.* 2006 Dec; 82(6):2170-8.
- 36.- Kawahito K, Kobayashi E, Ohmori M, Harada K, Kitoh Y, Fujimura A, et al. Enhanced responsiveness of circulatory neutrophils after cardiopulmonary bypass: Increased aggregability and superoxide producing capacity. *Artif Organs.* 2000 Jan;24(1):37-42.
- 37.- Pribis JP, Zhu X, Vodovotz Y, Ochoa JB. Systemic Arginine Depletion After a Murine Model of Surgery or Trauma. *J PEN J Parenter Enteral Nutr.* 2012 Jan;36(1):53-9. doi: 10.1177/0148607111414579. Epub 2011 Dec 16.
- 38.- Vanhoutte PM. Arginine and Arginase Endothelial NO Synthase Double Crossed? *Circ Res.* 2008 Apr 25;102(8):866-8. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.108.175570.
- 39.- Ochoa JB, Strange J, Kearney P, Gellin G, Endean E, Fitzpatrick E. Effects of L-Arginine on the proliferation of T lymphocyte subpopulations. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2001 Jan.Feb;25(1):23-9.
- 40.- Burgos R, Escudero E, García JM, García A, García PP, Gil A, et al. Farmacología en el paciente grave. *Nutr. Hosp.* 2015;32(2):478-486. doi: 10.3305/nh.2015.32.2.9324.
- 41.- Suchner U., Heyland DK, Peter K. Immune-modulatory actions of arginine in the critically ill. *Brit. Journ. of Nutr.* 2002; 87(1):121-132. doi: 10.1079/BJN2001465

ABREVIATURAS

ACV → Accidente CerebroVascular
ADC → L-Arg-decarboxilasa
AGAT → L-Arg-Glicina-Aminotrasferasa
ARG → Arginasa
BIS → Índice Biespectral
CEC → Circulación Extracorpórea
CPB → Bypass Cardiopulmonar
FE → Fracción de eyección
HTA → Hipertensión Arterial
IAM → Infarto Agudo de Miocardio
I/R → Isquemia/Reperusión
L-Arg → L- Arginina
NO → Óxido Nítrico
NOS → Óxido-Nítrico Sintetasa
MNC → Mononucleares
PCR → Reacción en Cadena de la Polimerasa
PMNs → Polimorfonucleares
ROS → Especies Reactivas de Oxígeno
Sacyl → Sanidad de Castilla y León
SIRS → Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica
TCR → Receptor de Célula T
UCI → Unidad de Cuidados Intensivos

Capítulo 2

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA CATÁSTROFE. TRIAJE

NOELIA VALENCIANO CUEVAS

MARIA ÁNGELES NAVARRO TORNERO

LAURA JOVEN CASTON

RAQUEL CORTES YESTE

JOSEFA CAMPILLO HERREROS

1 Introducción

Los desastres pueden ser: naturales, tecnológicos o causados por el hombre.

Los términos catástrofe y desastre tienden a utilizarse como sinónimos, aunque el término catástrofe es mucho más antiguo.

Podemos definir catástrofe como:

- Desastre como situación que afecta a un colectivo.
- Presencia de daños de diferente naturaleza.
- Necesidad de ayuda externa.
- Naturaleza múltiple de las causas del desastre.

El control de cualquier imprevisto se basa en hacer lo correcto y de una manera que sea rápida y segura tanto para las personas integradas en la catástrofe como los que ayudan.

Para la salud pública, los desastres se evalúan por el impacto en las personas.

Los hospitales tienen unos planes de emergencia que están desactualizados. Es importante actualizar los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el manejo de víctimas en desastres con el fin de mejorar toda la actuación en el futuro si hubiera una catástrofe, además estos integrantes deben de conocer muy bien el rol. Lo más importante para formar a los profesionales de enfermería, es tener unas pautas sistemáticas de actuación en las que cada profesional sabe que debe hacer en cada momento cuando surge una catástrofe.

El personal de enfermería desarrolla 4 funciones principalmente que son: asistencial, docente, investigadora y administrativa.

En los años 80, con la aparición de los desastres naturales se añadió el gran impacto psicológico causado por estos.

2 Objetivos

Conocer las funciones que tiene el personal de enfermería ante un desastre o una catástrofe.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un desastre es "una disrupción grave del funcionamiento de la comunidad o sociedad que causa numerosos daños humanos, económicos o incluso medioambientales y que exceden la capacidad de hacerle frente la comunidad donde ocurre con sus recursos".

1. Enfermería trabaja en estas labores ante el surgimiento de un desastre:
 - Valoración previa y plan de respuesta al desastre: conocer vulnerabilidad y recursos.
 - Simulacros: los planes de emergencia se deben mantener actualizados. En cada simulacro deben corregirse los errores y mejorar.
 - Programas de educación sanitaria: medidas de primeros auxilios, incluyendo a los grupos vulnerables.

2. Durante el desastre la enfermería realiza estas funciones:

- Evaluación rápida de las necesidades.
- Triage prehospitalario: rojo siempre es máxima urgencia, amarillo la atención puede demorarse unas horas, verde indica que hay lesiones leves y negro son los fallecidos.

La etapa tras el desastre es la que dura mas tiempo, se centrará en la rehabilitación y reconstrucción y su objetivo es recuperar la normalidad de la comunidad.

Las actuaciones de enfermería en situaciones de desastre en los hospitales se centran en: clasificar a los traumatizados, organizar los centros de primeros auxilios, limpiar, vendar y suturar heridas, evaluar y vigilar a las pacientes embarazadas, administrar medicamentos incluyendo anatoxina tetánica, anestesia local para heridas y analgésicos.

El gran aumento de los desastres climatológicos se debe al cambio climático, hay un aumento de la mortalidad debido a las temperaturas extremas.

Los accidentes tecnológicos fueron relacionados con el transporte. Andalucía y Canarias fueron los que tuvieron más desastres tecnológicos, ya que es donde llegan la mayoría de los transportes marítimos.

La mayoría de enfermeros/as no cuentan con una formación actualizada para hacer frente a desastres, estos deberían actualizarse sobre todo a la hora de triar a las víctimas, una situación compleja y que debe estar bien inculcada.

5 Discusión-Conclusión

Durante un desastre el personal de enfermería es el encargado de planificar, organizar, dirigir y proporcionar los cuidados de enfermería. Además, enfermería debe tener conocimientos y aptitudes especiales y muchas actitudes para trabajar en caso de desastre y además es necesario que tengan unas pautas sistemáticas de actuación en las que cada profesional sabe que debe hacer en cada momento cuando surge una catástrofe.

Enfermería desempeña una importante labor en situaciones de desastre.

Queda claro que los profesionales de enfermería no disponen de la formación necesaria para hacerle frente a este problema de tal magnitud.

Los desastres pueden ser: naturales, tecnológicos o causados por el hombre.

6 Bibliografía

1. <https://repositorio.unicartagena.>

- edu.co/bitstream/handle/11227/3215/610734C719a.PDF?sequence=1. 2. http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/980/3/TL_PerezBecerraMaria.pdf.
3. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17153/v91n>.

Capítulo 3

EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y LOS PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

NOELIA VALENCIANO CUEVAS

MARIA ÁNGELES NAVARRO TORNERO

LAURA JOVEN CASTON

RAQUEL CORTES YESTE

JOSEFA CAMPILLO HERREROS

1 Introducción

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones de carácter recurrente que causan a la persona un malestar importante e interfieren con su funcionamiento. Los pensamientos obsesivos casi siempre tienen dos categorías: las dudas y los temores.

Se caracteriza por cuatro aspectos fundamentales: por lo absurdo, por la duda que plantea, por la repetición y por la angustia asociada.

Los trastornos mas comunes del paciente son:

- Comprobaciones sistemáticas: son los pacientes con duda patológica. Como comprobaciones del gas o puertas.
- Ordenar: Son meticulosos y muy ordenados.
- Tocar: tocan objetos como protección.

- Rituales repetidos: repiten todo tanto que el lavarse o vestirse les va a llevar tanto tiempo que puede hacerles llegar tarde.
- Acumulación: La adquisición o la incapacidad para desechar objetos, son incapaces de tirarlo por miedo.
- Evitación: evitan objetos o personas contaminadas.
- Contar: como una acción mágica para que no ocurra algo.

Actualmente es el cuarto diagnóstico psiquiátrico más común después de las fobias, el consumo de sustancias y la depresión mayor.

El personal de enfermería debe de trabajar con la familia la importancia de una buena adherencia al tratamiento para tener buena evolución de la enfermedad y así evitar los desencadenantes que llevan a futuras crisis y a un deterioro del paciente.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es establecer una buena valoración de enfermería y conocer la importancia de una realización eficaz de los cuidados de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal de enfermería trata los trastornos compulsivos en estas 3 fases:

1-Cuando llega un paciente a consulta el personal de enfermería realiza una valoración que es:

- Identificación de signos y síntomas: como ansiedad, la depresión y satisfacción de las necesidades básicas como la higiene, el sueño, vestimentas y la nutrición.
- Tipo y frecuencia de pensamientos obsesivos y conductas ritualistas.
- Identificación de las posibles fuentes de estrés y ansiedad.
- Explorar los rituales que son peligrosos y con conductas agresivas.
- Evaluar su resistencia a estas.

- Evaluar la adherencia al tratamiento.
 - Vigilancia de los síntomas secundarios al tratamiento.
- 2- Con el tratamiento del abordaje conseguiremos la disminución de la ansiedad. Estos abordajes son:
- Permitir y favorecer que el paciente identifique verbalmente las preocupaciones.
 - Evitar que preste atención a otros problemas distintos de sus obsesiones y compulsiones.
 - Cuidar su entorno, evitar estímulos que aumenten las obsesiones.
 - Ayudarle a encontrar métodos alternativos para disminuir la ansiedad.
- 3- En ocasiones hay que darle al paciente un tiempo extra para la realización de estas actividades:
- Animarle a la terapia, actividades y a desviar la atención.
 - Reforzar la autoestima del paciente.
 - Evitar involucrarse en las obsesiones y las compulsiones, ya que reforzaríamos su conducta.
 - Asegurar el cumplimiento del tratamiento.

A los familiares hay que explicarles los efectos secundarios del tratamiento para que permanezcan atentos a una posible aparición de consecuencias, darles a conocer los beneficios de un buen control del tratamiento para asegurar una buena calidad de vida y sobre todo de concienciarlos de la importancia de no interrumpir el tratamiento para no desencadenar una nueva crisis.

El personal de enfermería debe de trabajar con la familia la importancia de una buena adherencia al tratamiento para tener buena evolución de la enfermedad y así evitar los desencadenantes que llevan a futuras crisis y a un deterioro del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El trastorno obsesivo-compulsivo es la presencia de obsesiones y compulsiones de carácter recurrente, estos causan a la persona un malestar importante.

El diseño de un buen plan de cuidados de enfermería es fundamental para asegurar unos cuidados integrales para que prevengan la aparición de crisis que implique un deterioro del paciente.

Dos de los cuidados principales deben de ser la disminución de la ansiedad que producen tanto las obsesiones como las compulsiones y una buena adherencia al tratamiento.

También es fundamental un cuidado de toda la familia y el entorno del paciente como pilar en la colaboración de estos cuidados.

6 Bibliografía

1. <http://www.google.es>.
2. Benjamín James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz (2015) Sinopsis de Psiquiatria (11a ED).

Capítulo 4

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA

NOELIA VALENCIANO CUEVAS

MARIA ÁNGELES NAVARRO TORNERO

LAURA JOVEN CASTON

RAQUEL CORTES YESTE

JOSEFA CAMPILLO HERREROS

1 Introducción

Una nefrostomía es un pequeño tubo que se coloca en el riñón puncionando a través de la espalda, generalmente se pone guiado con ecografía o fluoroscopia en un quirófano y se usa para drenar la orina en una bolsa recolectora fuera del cuerpo, con la finalidad de descomprimir la vía urinaria la cual puede obstruirse por una fistula urinaria, litiasis, coágulos de sangre, cáncer de próstata, masa adenopática, etc.

El tiempo de permanencia de catéter siempre dependerá del motivo por el que se le ha colocado, como tratamiento terapéutico estará 2-3 semanas o hasta que mejore la función renal, como diagnósticos estará pocos días.

Las contraindicaciones mas importantes son: coagulopatías corregibles, alergia de los contrastes yodados, la inestabilidad hemodinámica, la falta de acceso seguro a la lesión y la falta de colaboración por parte del paciente.

Las contraindicaciones absolutas son: los trastornos serios de la coagulación, la presencia de tumores vascularizados y enfermo crítico con corta expectativa de vida.

En algunos casos esta nefrostomía es una forma de mantener la función renal y en estos pacientes se colocará habitualmente una sonda más gruesa.

Por último algunas de las ventajas de la sonda de nefrostomía son: ayudar a drenar el riñón, ayudar a reducir la hinchazón, ayudar a sanar las vías urinarias y ayudar a expulsar fragmentos de los cálculos después de la cirugía.

2 Objetivos

Proporcionar al paciente los conocimientos básicos para que sea capaz de detectar precozmente las posibles complicaciones y conocer el papel de enfermería en estos casos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Algunas recomendaciones e información para controlar los tubos de nefrostomía son:

- Las nefrostomías pueden tener fugas de orina, sangrar u obstruirse por dentro.
- Debe tener cuidado de no sacar el tubo, accidentalmente se pueden enganchar.
- El tubo de nefrostomía se fija a la piel de la espalda y se conecta a una bolsa.

Es importante que el paciente siga las instrucciones que le ponga el médico como puede ser beber abundante cantidad de líquido y tomar analgésicos sobre todo para aliviar las molestias.

Los cuidados de enfermería irán desde la primera consulta hasta que se va de alta después de la intervención. El paciente no podrá por sí solo, puesto que el tubo de nefrostomía sale de la espalda y necesita a alguien que haga esos cuidados una vez fuera del hospital. El paciente y cuidador sabrán los consejos a tener en cuenta en los cuidados de la sonda de nefrostomía como son:

- Mantener limpia la piel de alrededor del sitio de incisión.
- Cambiar el vendaje con frecuencia para impedir el ingreso de bacterias y gérmenes en el sistema de drenaje de orina.
- Cambiar la bolsa si comienza a perder o se rompe.
- Vaciar la bolsa antes de que se llene.
- Mantener la sonda seca y protegida del agua porque, aunque puede bañarse porque la bolsa y sonda pueden humedecerse el sitio de incisión.
- No colocar la bolsa de la sonda de drenaje en el suelo.

Por último hay que explicarle al paciente que tendrá que llamar al médico urgentemente si tiene más de 38 grados, si la orina presenta sangre en exceso, si sufre dolor de espalda, si la bolsa de orina no recolecta orina, si hay irritación y enrojecimiento en el sitio de incisión que puede ser señal de infección cutánea y si tiene pérdidas excesivas alrededor de la sonda.

5 Discusión-Conclusión

La labor del personal de enfermería es primordial a la hora de llevar a cabo el buen control del paciente portador de nefrostomía percutánea, por ello es muy importante la educación sanitaria, no solo para el propio paciente, sino también para el cuidador, para reducir la ansiedad y preocupación que estos pueden tener ante las posibles complicaciones que pueden derivarse de los cuidados de la nefrostomía.

El personal de enfermería deberá estar lo suficientemente preparado sobre la materia para así poder responder con satisfacción, cualquier duda que tenga el paciente.

En algunos casos esta nefrostomía es una forma de mantener la función renal y en estos pacientes se colocará habitualmente una sonda más gruesa.

6 Bibliografía

1. Goodwing W.E., Casey W.C., Woolf W. Percutaneous trocar(needle)Nephostomy in Hydronephrosis. Jam Med Assoc.1995 Mar 12;157(11):891-894.

Capítulo 5

NECESIDADES DE SALUD PERCIBIDAS EN LOS ALUMNOS/AS DE 5º Y 6º DE PRIMARIA DE LOS COLEGIOS PÚBLICOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA DEL CONCEJO DE OVIEDO

ADELAIDE TCHUATOU MOUNGOUE

SILVIA BRAVO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La salud es un recurso que debemos cuidar. La constitución española de 1978 reconoce en su artículo 43, el derecho a su protección. Años después, la Ley General de Sanidad 14/1986 da un paso más allá al establecer en su artículo 3 la importancia de las acciones orientadas a la prevención y promoción de la salud.

Esta nueva visión se apoya en la evidencia de que los principales problemas de salud derivan de estilos de vida inadecuados adquiridos desde la infancia o la adolescencia, en los espacios de convivencia como puede ser el entorno escolar. Y que se implantan de tal forma que tratar de cambiarlos posteriormente resulta difícil (1).

Si tenemos en cuenta que la población infantil y adolescente pasa muchas horas en el colegio, es de esperar que surjan necesidades de salud que merecen ser identificados para asegurar el crecimiento saludable de los niños.

En España y en otros países de nuestro entorno, la infancia ha sido durante mucho tiempo percibida como un grupo poblacional con escasas necesidades de

salud. Las causas de esta percepción quizá estén en: la mejora en la supervivencia por los avances médicos, el escaso peso relativo que tiene esta población y en una investigación científica más centrada en la prevención de las enfermedades de los adultos (2).

Esto podría dar lugar a que, algunas veces, no haya una relación definida entre las necesidades de salud de la infancia y los servicios sanitarios que se prestan. Además, los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud de España (3) revelan que el principal escenario de la atención a la salud de la población de 5 a 14 años es, en un 87% de los casos, la A.P. seguida de los servicios de urgencias hospitalarios en un 32%. Por lo tanto, parece indiscutible que aquellas necesidades de salud que se den en otros entornos, como el escolar, podrían pasar desapercibidas.

Por otro lado, el actual desarrollo social exige plantear estrategias enfocadas en la participación activa de los niños en los procesos que afectan a su salud, y a ofrecer una atención accesible y orientada a sus necesidades específicas.

Estos nuevos planteamientos hacen que la salud autopercebida y la calidad de vida relacionada con la salud sean cada vez más utilizadas como indicadores de salud en la población general.

La Encuesta nacional de salud de España 2017 y Encuesta de salud infantil de Asturias utilizan estos indicadores de salud autopercebida y la calidad de vida relacionada con la salud para evaluar la salud de los niños menores de 16 años. Los principales resultados en la muestra infantil aportan los siguientes datos (3): la percepción positiva del estado de salud de los niños y niñas de 5-14 años ha pasado de 90,7 % (1987) a 94 % en 2017; la alergia crónica (asma alérgica excluida) es el trastorno crónico más prevalente en la población de 0-14 años; el sobrepeso más la obesidad en niños ha pasado de 24 % en 1987 a 28,7 % en 2017 y en las niñas de 21,9 % en 1987 a 28,4 % en 2017; el sedentarismo en los niños de 5-14 años es de 10,8 % en los niños y de 17,4 % en las niñas; el 44,4 % de la población de 1-14 años consume dulces a diario, y el 5,6 % toma refrescos con azúcar con esa frecuencia. Estas informaciones permiten conocer aspectos de las necesidades de salud de esa población. No obstante, cabe destacar que esas encuestas se realizaron en el domicilio familiar y en presencia de los padres o tutores, lo que sin duda conlleva una falta de protagonismo y de confidencialidad que podrían conducir a sesgos en las respuestas y, por tanto, comprometer los resultados. Favorecer que los adolescentes tomen sus decisiones de un modo libre y responsable dentro de sus circunstancias de riesgo y de forma confidencial, reflejaría mejor la percepción que tienen de su salud y permitiría identificar las necesidades reales de este colectivo.

2 Objetivos

La adolescencia es una etapa de la vida de la que se sabe menos que sobre cualquier otra. Lo que se conoce sobre la situación, los hábitos, las esperanzas y los sueños de esos adolescentes no es suficiente. Los datos referentes a la adolescencia temprana (10-12 años) son relativamente escasos, por lo que se desconoce una de las más importantes y cruciales etapas de la vida (4).

En la primera infancia, la familia representa el espacio de socialización, detección y satisfacción de las necesidades de salud. Con la incorporación al colegio, se añadirán elementos, ajenos al núcleo familiar (profesores y compañeros). A partir de la preadolescencia estos elementos nuevos, unidos a otros cambios de orden biopsicosocial y otras transformaciones que potenciarán la aparición de nuevas necesidades de salud, distintas a las anteriores, pero sumamente importantes y fundamentales para el óptimo desarrollo de los niños/as. Evaluar estas necesidades en la escuela sería acertado, ya que es un importante entorno social para la promoción de acciones de salud dirigidas a los adolescentes, y se considera como un espacio privilegiado para iniciar, desarrollar y reforzar una visión integral de la salud.

Por ello se plantea se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las necesidades de salud que perciben los alumnos de 5º y 6º de educación primaria de los colegios públicos del Concejo de Oviedo?

Para dar respuesta a esta pregunta se plantean los siguientes objetivos.

El objetivo general es:

- Determinar las necesidades de salud percibidas en los alumnos de 5º y 6º de los colegios públicos de educación primaria del Concejo de Oviedo.

Y los objetivos específicos son:

- Identificar qué dimensiones de la CVRS están afectadas en los niños y niñas encuestados.
- Detectar los problemas de salud que por su relevancia (bien por su frecuencia y/o su gravedad) requieran una actuación prioritaria.
- Comprobar si hay diferencias entre cursos y por sexo en las necesidades de salud percibidas

3 Metodología

Para alcanzar estos objetivos, se diseñó un estudio descriptivo transversal, cuya población a estudio estará constituida por todos los alumnos de 5º y 6º de primaria que estén matriculados en los 26 colegios públicos de Educación Primaria

del Concejo de Oviedo, cuyos padres acepten participar en el estudio y presenten firmado el consentimiento para realizar la encuesta. Se excluirán aquellos alumnos que no sean capaces de responder el cuestionario debido a barreras de comprensión y/o de lenguaje, o aquellos que no lo completen adecuadamente.

Para la recogida de información se utilizará el cuestionario Kidscreen-52, que se ha mostrado como una herramienta muy útil para evaluar la CVRS y las necesidades de salud en niños y adolescentes en numerosos países europeos (5). Este cuestionario permite recoger información detallada del perfil de salud para 10 dimensiones de CVRS en 52 ítems o preguntas. Algunos de los ítems del cuestionario analizan la frecuencia de los comportamientos y sentimientos, mientras que otros analizan la intensidad de las emociones y/o estados de ánimo. En ambos casos se utiliza una escala Likert de 5 categorías que va desde “nunca” a “siempre” en la escala de frecuencia y de “nada” a “muchísimo” en la escala de intensidad. Las preguntas se refieren a eventos ocurridos la semana anterior.

Las respuestas “nada” o “nunca” tienen un valor de 1 punto y “muchísimo” o “siempre” tienen la máxima puntuación, que es 5. Requiere de unos 15-20 minutos para ser completado. La naturaleza subjetiva de las dimensiones que evalúa lo convierte en un cuestionario ideal para conocer la salud autopercebida de los niños/niñas.

Además de las variables incluidas en el cuestionario, se recogerán otras de tipo sociodemográfico (como la edad, o el sexo).

- Recogida de datos:

La recogida de datos se llevará a cabo en el colegio, dentro del horario escolar para facilitar la participación de los alumnos. Se contará con el tutor de los alumnos/as para la entrega y recogida del cuestionario.

- Análisis de datos:

Los datos obtenidos se tabularán en una hoja Excel, y se empleará el programa SPSS para el análisis estadístico de los mismos.

En cuanto a las limitaciones de esta investigación, la principal podría ser la escasa colaboración de los directores de los colegios y, quizás, también de los padres. Otra posible limitación sería la derivada de la recogida de información mediante cuestionarios autoinformados, cuya veracidad no siempre puede ser contrastada.

- Aspectos éticos y legales:

El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias. Se solicitará por escrito la autorización para llevar a cabo la encuesta a los directores de los 26 colegios del Concejo de Oviedo.

Se proporcionará a cada familia una hoja informativa en la que se explicará en que consiste el estudio, que interés persigue y que beneficios aportaría tanto a

nivel del alumnado como al nivel de comunidad. Junto a ella se dará la hoja del consentimiento informado y revocación del mismo.

El estudio no expondrá a ningún riesgo adicional para los participantes, al igual que la no participación en el mismo. La colaboración será voluntaria y los implicados podrán retirarse en el momento que considerasen oportuno sin dar explicaciones, tal como aparece en la legislación vigente (Ley de autonomía del paciente).

Se garantizará la confidencialidad de los registros y el anonimato de los participantes de acuerdo con los requisitos legislativos pertinentes.

- Etapas del proyecto:

El proyecto, que tendrá una duración estimada de un año, se divide en varias etapas:

En la primera se hará una revisión bibliográfica y se elaborará la memoria del proyecto que se enviará al Comité de Ética. Se prevé que esta etapa dure 2 meses.

En la segunda etapa se solicitará la colaboración de los directores de los colegios. Se enviará una carta informando sobre la investigación a realizar. Se les pedirá también que cedan 10-15 min del tiempo dedicado a las reuniones que se realizan entre padres y maestros a inicio del curso escolar, con el fin de que se pueda hablar directamente con los padres.

En la tercera etapa se visitará a los colegios que hayan aceptado colaborar y se charlará con las familias acerca del estudio.

Esta fase del proyecto es muy relevante porque se tendrá la oportunidad de hablar directamente con los padres sobre el estudio a realizar, de los objetivos que se persiguen y, sobre todo, de los beneficios para sus hijos. El buen desarrollo de esta etapa podría contribuir a la mayor obtención de consentimientos de los padres. Se hará en una sesión de 10-15 minutos y se entregará en la misma ocasión la hoja de información y el consentimiento informado.

En la cuarta etapa se acudirá a los colegios para que los niños rellenen los cuestionarios. Esto se hará cuando directores o profesores hayan recibido los consentimientos informados firmados por los padres de los alumnos. Los cuestionarios se administrarán en las aulas, en horario de tutoría. Se llevarán a cabo en las aulas, en horario de tutoría. El tiempo medio para la cumplimentación del cuestionario se estima en 15-20 minutos.

Para garantizar el anonimato, los cuestionarios no tendrán ningún dato que permita identificar al participante.

Y finalmente en las etapas 5ª y 6ª se depurarán y analizarán los datos y se elabo-

rá el informe final con los resultados del estudio.

4 Bibliografía

1. Vázquez Fernández ME, González Hernández. C. Planificación e implementación de un proyecto de educación para la salud en la escuela. *Form Act Pediatr Aten Prim* [Internet]. 2013 [citado 3 Noviembre 2022]; 6(2): 153-61. Disponible en: <https://fapap.es/articulo/249/planificacion>.
2. Colomer-Revuelta C. Colomer-Revuelta J. Mercer R. Peiró-Pérez R. Rajmil L. La salud en la infancia. *Gac Sanit* [Internet]. 2004 [citado 3 Noviembre 2022]; 18(4): 39-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400009&lng=es.
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud España 2017[Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2018 [citado 3 Noviembre 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf.
4. Borrás Santiesteban T, Reynaldo Borrás A, López Domínguez M. Adolescentes: razones para su atención. *CCM* [Internet]. 2017; 21(3): 858-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300020&lng=es.
5. Aymerich M, Berra S, Guillamón I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberer U, et al. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN: un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gac Sanit*. 2005;19(2):93-102. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200002.

Capítulo 6

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS VENDAJES, TIPOS DE VENDAJES Y MODO DE EMPLEO

EVA GARCIA VELLISCA

ANA MARTINEZ AGUILAR

DAVID CUERDA CLEMENTE

LAURA PEREZ RIVERO

WILDER QUISPE CEBRIAN

1 Introducción

Un vendaje se define como el recubrimiento con una venda de una parte del organismo afectada, bien por una lesión traumática o una lesión inflamatoria para poder inmovilizarla o protegerla del medio externo, además sirve para sostener un apósito, férula o algún elemento de tipo terapéutico.

Es importante conocer qué tipos de vendaje existen ya que por ello es posible minimizar el riesgo de infección de las heridas, mientras la herida esté abierta la piel no recuperara su elasticidad y gracias a los vendajes sí se recupera.

Los vendajes con fines preventivos o terapéuticos y tienen como propósito:

- Compresión: se usan para detener hemorragias, absorben líquidos tisulares y prevenir la pérdida de los mismos.

- Contención: se usa para limitar los movimientos de extremidades o articulaciones, sobre todo cuando hay luxación, esguince o fractura.
- Corrección: para inmovilizar una parte del cuerpo y corregir las posibles deformidades.

Los vendajes son variadas y se utilizan para:

- Limitar el movimiento de la parte afectada.
- Fijar férulas para impedir su desplazamiento.
- Facilitar la sujeción de alguna parte del cuerpo.
- Fijar apósitos o medicamentos.
- Comprimir una parte del cuerpo.
- Favorecer el retorno de la circulación venosa.
- Fijar en su sitio los aparatos de tracción.
- Modelar zonas del cuerpo.

2 Objetivos

Dar a conocer los vendajes y tipos y cómo los aplica el personal de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de Pubmed, Medline o Scielo.

4 Resultados

Podemos clasificar el vendaje en 2:

- Blando o contentivo: este vendaje se utiliza para contener y mantener alguna masa medicinal en el sitio afectado permitiendo su movilidad.
- Compresivo: se utiliza para ejercer una compresión progresiva a nivel de una extremidad de la parte distal a la proximal, con el fin de favorecer el retorno venoso. También es utilizado en el caso de contusiones y esquinces de primer grado.

Además, otra clasificación de los tipos de vendajes es la siguiente:

1. Rígido: podemos encontrar:

- De sostén: para proteger la estructura capsuloligamentosa.
 - Descarga: se aplican en estructuras musculotendinosas.
 - Estabilidad: impide que se mueva una articulación lesionada o una epífisis.
 - Compresión: ejerce una presión que se opone a la formación de hematomas musculares y derrames articulares.
2. Circular: este tipo de vendaje es utilizado para fijar un apósito y también para iniciar o finalizar un vendaje. Se utiliza en la muñeca, brazo, pierna, pie y dedos de la mano.
 3. Espiral: se utilizará en las extremidades, puede emplearse con una venda elástica porque se adapta mejor a la zona del cuerpo.
 4. En 8: es utilizado en articulaciones, pues permite tener una cierta movilidad. Se coloca la articulación en posición funcional y se aplica alternando vueltas ascendentes y descendentes hasta hacer figuras en ocho.
 5. Espiga: se realiza sosteniendo el rollo de venda con la mano dominante y se sube comenzando por la parte más distal hasta completar el vendaje que terminado queda con aspecto de “espiga”.
 6. Velpeau: se realiza para las lesiones de la cintura escapular. Se dan vueltas de venda alrededor del tórax y el brazo para mantener esa posición.
 7. Vendaje de vuelta recurrente: es utilizado en las puntas de los dedos, la cabeza y los nudillos. Después de fijar el vendaje de forma circular se lleva el rollo de venda hacia el extremo del dedo o muñón y de ahí hacia atrás.

5 Discusión-Conclusión

El vendaje tiene fines preventivos y terapéuticos con el propósito de comprimir, contener y corregir. Hay que seguir las recomendaciones básicas para poner un vendaje, como por ejemplo, no dejarlo muy apretado, utilizar vendas que sean adecuadas para cada paciente y asegurarse de que las vendas estén bien desinfectadas para evitar la infección de la zona. Por otro lado existen diferentes tipos de vendaje en función del miembro a tratar.

El personal de enfermería tiene que tener un conocimiento exhaustivo de un vendaje nos llevará en la práctica a conocer el por qué estamos realizando la técnica y que beneficios tiene para el paciente.

6 Bibliografía

1. McRae, Ronald. Tratamiento práctico de fracturas. Editorial McGraw-Hill- Interamericana de España, S.A.U. Madrid. 2003.

2. Roces Camino, J.R. Y Fernández Martín, C. Manual de vendajes funcionales en consulta de Enfermería de Atención Primaria. Editorial BDF- Gijón. 2002.

Capítulo 7

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LAS MEDIDAS DE HIGIENE EN EL MANEJO DE UN PACIENTE CON AISLAMIENTO RESPIRATORIO

EVA GARCIA VELLISCA

ANA MARTINEZ AGUILAR

DAVID CUERDA CLEMENTE

LAURA PEREZ RIVERO

WILDER QUISPE CEBRIAN

1 Introducción

Existen cuatro tipos de aislamiento dependiendo de que microorganismo lo produzca la enfermedad, estos son: estricto, de contacto, respiratorio e inverso.

Uno de los objetivos de la salud pública es conseguir interrumpir la cadena de transmisión de todas las enfermedades infecciosas que existen, invirtiendo en investigación para conocer los microorganismos invasores y sus mecanismos de transmisión. Respecto a los mecanismos de transmisión, recordemos que pueden ser:

1. Por contacto directo:

- Contacto directo con fluidos corporales de una persona infectada.

- Mordedura o arañazo de un animal infectado.
- Transmisión madre-feto durante el embarazo o en el momento del parto.
- 2. Por contacto indirecto: se propaga entrando en contacto con superficies que estuvieron expuestas a los microorganismos.
- 3. Por vía entérica: se propaga al consumir alimentos que portan el germen, bien por estar mal cocinados, por lavados con aguas contaminadas o una mala conservación.

La infección es la invasión y multiplicación de bacterias, virus, hongos u otros microorganismos infecciosos en el cuerpo. Para ello hay que conocer la vía de transmisión de los microorganismos infecciosos para permitir al personal de enfermería crear las herramientas necesarias para realizar protocolos de aislamiento de cada una de las enfermedades.

En este capítulo hablaremos del aislamiento respiratorio y qué enfermedades son las que se transmiten por vía aérea.

2 Objetivos

Describir las medidas de seguridad que necesitamos para el aislamiento de pacientes con aislamiento respiratorio.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica que tenemos disponible.

Habiendo realizado una búsqueda bibliográfica en las principales fuentes de datos Scielo, PubMed y en páginas web como Google.

4 Resultados

Actualmente existen varios protocolos, pero todos recogen las mismas medidas de protección individual y colectivas para frenar el avance de las enfermedades. Estas medidas son:

1. La higiene de manos: esta medida es la más importante, se puede utilizar dos procedimientos, mediante agua y jabón o con solución alcohólica, pero siempre respetando los 5 momentos:
 - Antes de entrar en contacto con el paciente.
 - Antes de realizar una técnica aséptica.

- Después de la exposición con fluidos corporales.
- Después del contacto con el paciente.
- Después de estar en contacto con el entorno del paciente.

2-Una habitación individual al paciente: se mantendremos la puerta cerrada siempre que no se use para su paso. Se puede aislar a más pacientes en la misma habitación siempre que tengan el mismo microorganismo. Las entradas a la habitación serán las necesarias por parte del personal sanitario y las visitas de familiares se verán restringidas, además si entran a la habitación lo harán con todas medidas de seguridad individual.

3. Los objetos de la habitación que no sean desechables serán empaquetados en doble bolsa antes de ser retirados de la habitación. Y los objetos desechables se eliminarán en el contenedor de seguridad.

4. Uso de la mascarilla siempre que se entre en la habitación, desechándola a la salida de la habitación. Siempre que sea necesario realizar un traslado, el paciente debe llevar mascarilla.

5. Uso de guantes no estériles cuando se entre en contacto con el paciente o con cualquier objeto de la habitación.

6. Uso de bata desechable no estéril encima del uniforme habitual.

7. Uso de gafas o las pantallas.

El personal sanitario debe estar formado para la correcta aplicación de las precauciones que tienen que ser aplicadas en la atención de pacientes, independientemente del diagnóstico que presenten y del hecho de conocer si posee o no alguna infección o colonización por un microorganismo infeccioso.

5 Discusión-Conclusión

Conociendo la actualidad que nos rodea a nivel mundial y con la pandemia como foco de un virus respiratorio rápidamente contagioso, hemos puesto en práctica todas las medidas de prevención para realizar un correcto aislamiento aéreo, viendo que son la primera medida más eficaz para poner fin la diseminación de microorganismo aéreos.

El papel que juega la enfermera en la prevención y en la transmisión de las enfermedades infecciosas es primordial, y para ello debe estar capacitada y completamente formada.

La educación para la salud es imprescindible para toda la población, empezando desde los más pequeños hasta la edad adulta, enseñando las medidas que disponemos de protección tanto individual como colectivas para frenar las enfermedades.

6 Bibliografía

1. Penadés Antolín, R.A.Cortés Gómez, MJ.Girbés Calvo. Aislamiento .Serv.urg.hosp. De la Rivera. 2016. <https://dialnet.unirioja.es/>.

Capítulo 8

PROCEDIMIENTO Y PAPEL DE LA ENFERMERA EN BIOPSIA ECOENDOSCÓPICA SIMPLIFICADA CON EVALUACIÓN MACROSCÓPICA DE LA MUESTRA

LAURA SANROMAN CLAROS

ANA FERRER BLANCO

MARÍA BLANCO PABLOS

LAURA GARCIA ALONSO

1 Introducción

La ecoendoscopia es una técnica diagnóstica y, en algunos casos, con posibilidad de aplicar tratamientos, que consiste en la combinación de un endoscopio flexible y un aparato de ecografía.

Al usar una sonda ecográfica, permite obtener imágenes mucho más nítidas y una visualización más detallada de las distintas capas que conforman la pared del tubo digestivo.

Una ecoendoscopia permite:

- La visualización directa del interior del esófago, estómago, duodeno, recto y sigma.

- La visualización ecográfica del interior de su pared, así como las estructuras que rodean a estas vísceras (mediastino, región pancreática, vía biliar y cavidad pélvica).

La utilidad principal de la ecoendoscopia es la estadificación local de tumores tanto benignos como malignos que crecen en mediastino, región pancreática, vía biliar y cavidad pélvica.

Determina con precisión la profundidad que alcanza un tumor, si invade o no órganos vecinos y si afecta a ganglios próximos al tumor. También es de utilidad en la detección precoz de posibles recidivas de tumores ya tratados.

Tiene utilidad para visualizar y caracterizar algunas otras lesiones no tumorales situadas en la proximidad del tubo digestivo. Mediante la utilización de un ecoendoscopio y una aguja especiales se puede obtener material para ser estudiado al microscopio y dar un diagnóstico preciso.

En manos experimentadas es la técnica que más orienta al cirujano de cara a decidir el tratamiento más adecuado.

Indicaciones:

- Cáncer de recto.
- Cáncer de páncreas.
- Cáncer de esófago.
- Cáncer de estómago.

Mediante ecoendoscopia se puede tratar el dolor originado por el cáncer de páncreas y por la pancreatitis crónica. Esto se realiza localizando los nervios que transmiten este dolor, puncionándolos e inyectando algunos fármacos que bloquean la transmisión nerviosa.

Otra aplicación es el vaciado de algunos quistes o abscesos próximos al tubo digestivo.

La obtención y procesamiento directo de la biopsia por ecoendoscopia en lesiones sólidas basado en evaluación macroscópica permite la simplificación de pasos con la consiguiente menor posibilidad de errores en el procedimiento.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento y papel de la enfermera en biopsia ecoendoscópica simplificada con evaluación macroscópica de la muestra.
- Demostrar que la enfermera puede realizar una evaluación macroscópica fiable de la muestra según los criterios de calidad de la literatura actual.



3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos publicados en revistas indexadas en diferentes bases de datos: Medline, Pubmed, Cochrane Plus, Google Académico y Enfispo.

Se han empleado como palabras clave: biopsia ecoendoscópica, USE, ecoendoscopia con punción PAAF, MOSE, enfermera, cuidados post biopsia, ecoguiada, guiada por ultrasonido. Se han empleado como criterios de inclusión: textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión todos aquellos publicados previamente al año 2015.

4 Resultados

Técnica endoscópica:

- Se utilizan por defecto agujas de biopsia calibre 22G tipo Franseen.
- Tras corroborar en voz alta modelo y calibre se extrae la aguja de su envoltorio, se coloca la vaina a 0 cm y se entrega al endosonografista. La jeringa de vacío se carga a 5cm de aire. Una vez la aguja está en la lesión la enfermera va retirando el estilete y al finalizar la retirada coloca la jeringa de vacío. Se extrae la aguja del canal de trabajo y la muestra se expresa directamente en bote de biopsia (formol) conectando una jeringa de 5ml de salino 0.9% con luer-lock. Los siguientes pases se realizan solo en aspiración húmeda con 5cm de vacío.
- La enfermera y el endosonografista hacen una visualización macroscópica de la viabilidad de la muestra (MOSE). Se considera adecuada si se visualiza un cilindro blanquecino según los estándares descritos en la literatura y basándose en las medidas del contenedor de biopsia.

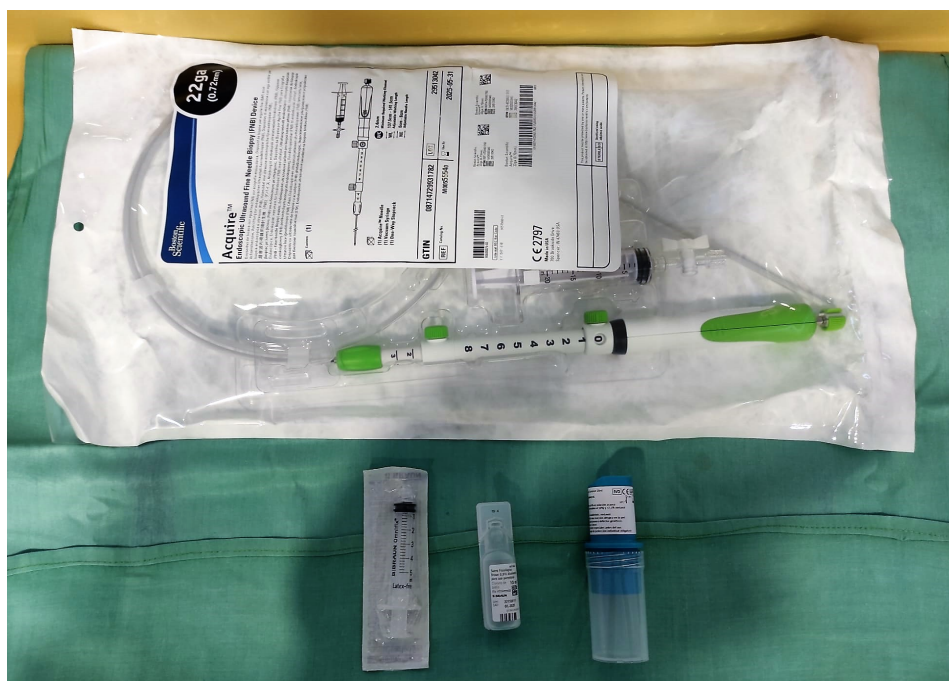
Plan de cuidados enfermeros:

Paciente:

- Ayunas previas de 12 horas. Control de constantes. Verificación de la no toma de antiagregantes, anticoagulantes o aines. C.I. firmado. Canalización de acceso venoso.
- Tras la Biopsia: Constantes c/15 min la 1ª hora, c/30 min la 2ª hora, c/1hora la 3ª y 4ª hora y posteriormente c/6 horas. Reposo absoluto en cama 4 horas sobre la zona de punción (DLD), reposo relativo hasta el día siguiente. Tolerancia a las 6 horas. Vigilar dolor intenso, dificultad respiratoria, T.A.S110.
- Al Alta se entregará un informe de la prueba, cuidados post biopsia y cita de revisión con resultados.

Muestra:

- Comprobación visual de la adecuada viabilidad (MOSE por enfermera).
- Correcto etiquetado con los datos del paciente, volante de petición al laboratorio correspondiente, validación y posterior traslado siguiendo el circuito establecido para su posterior análisis.



5 Discusión-Conclusión

El cambio de obtención de muestras por ecoendoscopia desde la citología a las nuevas agujas de biopsia de corte frontal ha demostrado un mayor rendimiento y simplicidad.

La evaluación macroscópica de la viabilidad de la muestra optimiza el rendimiento sin depender de tener un citólogo en la sala.

La ventaja del USE , con respecto a las otras técnicas de imagen, es la posibilidad de realizar PAAF y obtener muestra para estudio, lo que podría aumentar la eficacia diagnóstica.

La punción – aspiración con aguja fina guiada por USE (USE PAAF ó FNA) es una técnica segura que permite punción y aspiración de su contenido para realizar extracción de células de la lesión y realizar estudio de citología y genético.

Aumentar el rendimiento diagnóstico de las muestras tomadas por punción ecoendoscópica en lesiones de órganos digestivos es un aspecto clave en el diagnóstico y tratamiento de tumores de esta localización.

6 Bibliografía

1. Martínez B Martínez Aparicio JR. Prevalence of incidental pancreatic cyst UN upper endoscopic ultrasound. *Ann Gastroenterol.* 2017;31:90-5.
2. Lidia Arguello ET Al. Rendimiento diagnóstico de la punción mediante ultrasonografía endoscópica de las lesiones quísticas del páncreas. *Gastroenterología y Hepatología.* Elsevier: 2020;43(1):1-8.

Capítulo 9

IMPACTACIÓN INTRALUMINAL DE VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA

ANA FERRER BLANCO

MARÍA BLANCO PABLOS

LAURA GARCIA ALONSO

LAURA SANROMAN CLAROS

1 Introducción

La videocápsula endoscópica (VEC) es un método mínimamente invasivo de estudio del sistema gastrointestinal. La hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) es la principal indicación de la realización de videocápsula endoscópica, pero se utiliza también para el diagnóstico y estudio de extensión de la enfermedad inflamatorio intestinal (EII) entre otros. No funciona tan bien en el intestino grueso, pero esta zona no es difícil de valorar con un endoscopio.

Es un procedimiento en el que el paciente se traga una cápsula que funciona con una batería. La cápsula contiene una o dos pequeñas cámaras, una lámpara y un transmisor. El dispositivo realiza imágenes de la mucosa intestinal y las transmite a un receptor que la persona lleva sujeto a un cinturón o en una bolsa.

La retención de la videocápsula endoscópica es la complicación más frecuente. En nuestro servicio de endoscopias, la técnica de la cápsula endoscópica es realizado en su totalidad por el personal de enfermería, desde la preparación del paciente, material, colocación del dispositivo, seguimiento, posterior retirada e

introducción de los datos en el soporte informático y las recomendaciones al paciente tras la realización de la prueba. Siendo los facultativos especialistas los que se encargan de visualizar las imágenes para la detección de posibles hallazgos patológicos y realizar el informe.



2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar el procedimiento de la videocápsula endoscópica.

Objetivos secundarios:

- Dar a conocer la preparación para la administración de la cápsula endoscópica.
- Exponer el caso clínico de una paciente con complicaciones para la finalización de la prueba.

3 Caso clínico

Mujer de 54 años intervenida por obstrucción intestinal por invaginación ileocecal en 1999 y posteriormente por síndrome adherencial. Estudiada por anemia ferropénica con estudios endoscópicos y de imagen, sin hallazgos, por lo que se realizó VEC Patency sin incidencias. A las 72 horas, consulta la paciente porque no identificó la VEC en la deposición.

Se completó por tanto estudio con VCE SB3, con buen paso a duodeno, pero tras 7 h de grabación, la imagen continúa en intestino delgado (ID). Se informa la VCE, con mucosa de ID sin hallazgos significativos, hasta alcanzar segmento que presentar varias ulceraciones sugestivas de etiología inflamatoria, sin alcanzarse íleon terminal en las 13 horas de grabación (ni superar ese segmento).

Se realiza Rx abdomen, identificando VCE retenida en íleon medio.

Posteriormente, se realiza ileocolonoscopia, ciego, válvula ileocecal y orificio apendicular normales. Se avanza 15cm de íleon terminal sin visualizar cuerpos extraños ni estenosis.

Resto de exploración sin hallazgos relevantes, pero si la presencia de erosiones aftoides aisladas en el tramo explorado que se biopsian siendo la AP inespecífica. Se probó tratamiento con esteroides y laxantes, sin éxito.

Por lo que se realiza enteroscopia de doble balón con equipo Fujifilm T., a nivel de yeyuno proximal se observa anastomosis quirúrgica con asa ciega corta. En íleon pélvico se visualiza videocapsula endoscópica retenida en angulación, sin llegar a explorar zona distal que condiciona estenosis, por bucle persistente.

Se logra la sujeción con cesta de Roth, y se extrae.

No se observan lesiones en zona explorada, sin complicaciones inmediatas.

Se inició tratamiento con Budesonida 9 mg y actualmente está pendiente de control de imagen por TC. En caso de detectar estenosis, valorar cirugía (en lugar de biológicos) teniendo en cuenta que podría tener implicación de adherencias postquirúrgicas.

Preparación para ingesta de videocápsula endoscópica:

- Cuatro días antes de la ingesta de la cápsula endoscópica, recomendamos al paciente una dieta baja en residuos, evitando leche y derivados. El día antes de la prueba dieta líquida NO LECHE.

Día de la prueba:

- El día de la cita el paciente acudirá al servicio de endoscopias con ayunas de al menos 8h para la colocación del grabador e ingesta de la cápsula.

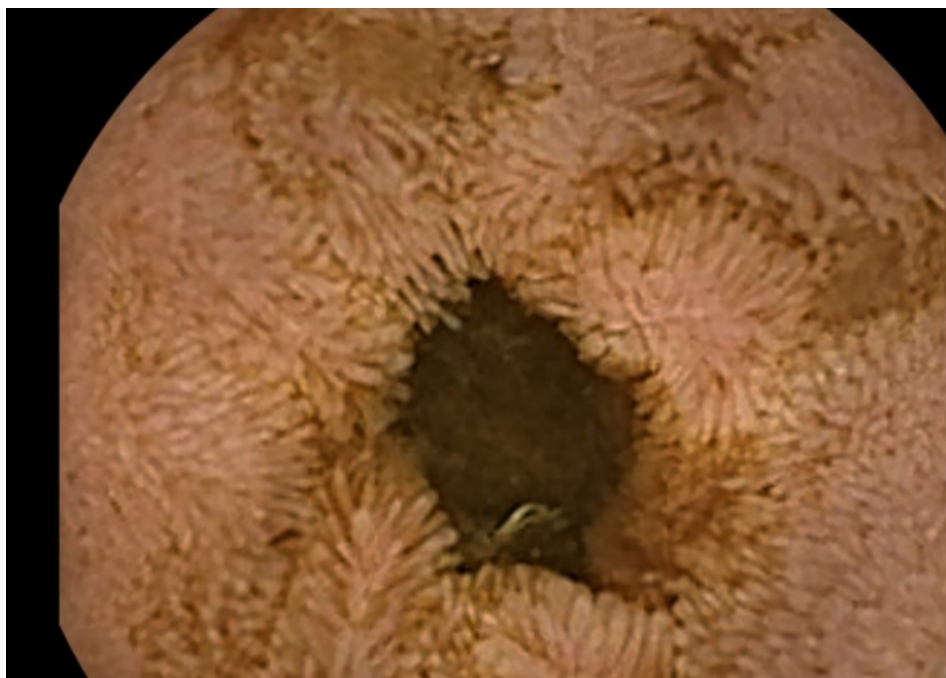
- Se recomienda de igual forma, si el paciente está tomando hierro oral suspenderlo, 10 días antes de la prueba.

Durante la prueba:

- El paciente, deberá continuar las ayunas durante al menos 2h, hasta comprobar que la cápsula ha pasado del estómago y al duodeno, una vez pasadas, se permite que se tome la medicación diaria y agua.
- Tras cuatro horas, podrá tomar un desayuno ligero, los lácteos seguirán evitándose.

Retirada del grabador:

- Tras la retirada del grabador, se permite realizar una dieta suave, Reiniciando la dieta habitual a la hora de la cena.
- Se advierte al paciente que la cápsula será expulsada con la deposición. Comprobando que la ha expulsado y si no fuera así en 7 días, debe acudir al servicio de endoscopias sin cita previa.
- Debe evitar la cercanía a campos electromagnéticos ni realizar RNM hasta asegurarse de la eliminación de la cápsula endoscópica.
- Si los días posteriores presentara dolor intenso, deberá acudir al servicio de urgencias.



4 Discusión-Conclusión

- La VCE es un procedimiento seguro que permite la exploración de la totalidad del intestino delgado, con un porcentaje bastante alto (90 %) de llegada de cápsula a ciego antes de la finalización de la batería de la misma.
- La retención de la VEC es la complicación más frecuente. Ocurre entre (0,75-1 %) en general y hasta un 13% en pacientes con Enfermedad de Crohn (EC).
- La utilización de VCE Patency pretende evitar estos casos en pacientes con sospecha de estenosis. Aun así, hay casos en los que se puede producir retención intestinal de la misma. Debe advertirse al paciente de esta posible complicación antes de la realización de la misma.

Una buena preparación previa del intestino y un adecuado seguimiento de las instrucciones durante la realización de la prueba presentan un claro aumento en el porcentaje de llegada de la cápsula al colon antes de terminar la grabación. Esto demuestra la importancia de la labor de enfermería en la realización de esta técnica.

5 Bibliografía

Se ha realizado a partir de un caso clínico, la información procede de la historia clínica de la paciente.

Capítulo 10

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: MUSICOTERAPIA DURANTE LAS ESPERAS HOSPITALARIAS

CARLOS MARTÍNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Acudir a un centro sanitario no debería ser algo habitual para la mayor parte de la población; es un lugar, en muchas ocasiones, nuevo y desconocido, y la espera para ser atendido suele ser dilatada en el tiempo. Entonces los usuarios, deben hacer uso de las salas de espera, habilitadas a tal efecto, mientras aguardan su turno a ser atendidos. En los últimos días, la demora en la atención va en aumento.

Si se le suma a que, una parte importante de la población, cuando acude es por un problema agudo, y que genera una incomodidad en la propia persona (síntomas), se consigue una situación en la que los niveles de estrés y nerviosismo se elevan por encima de su nivel óptimo, llegando incluso a ser perjudicial. Entonces la unión de un lugar nuevo y desconocido (extrínseco) con la propiocepción y sintomatología (intrínseco), se unen y provocan lo que se denominaría un estado no habitual.

Mantener un estado de confort adecuado, es una de las prioridades del sistema sanitario, ya que repercute directamente en el beneficio de sus usuarios. Cuando un usuario está relajado, es capaz de comprender lo que se le comunique de una forma más eficaz, y así fomentar una comunicación adecuada.

2 Objetivos

Valorar si el uso de música o hilo musical, puede llegar a ser beneficioso para el manejo de estados de nerviosismo y estrés, en el ámbito de la atención sanitaria, durante el tiempo intermedio en salas de espera entre que el paciente acude al centro sanitario y que es atendido por sus profesionales.

3 Metodología

Se propone la utilización de un método de estudio Cuantitativo Experimental, siendo un tipo de estudio de cohortes, seleccionando dos muestras representativas, a una de las cuales se le indicará realizar la espera en una sala con música / hilo musical relajante y se valorarán los resultados, mientras que a la otra, que se usará como muestra de control, se la mantendrá en una sala en silencio general.

Las muestras significativas constatarán, al menos, el 1% del total de la cantidad de usuarios habitual en el periodo de tiempo a estudio.

Se realizará una elección aleatoria (al azar) de los usuarios que accedan al centro en los periodos de control, sin distinción de edad, sexo, patología, motivo de acceso al centro, lugar de acceso al centro, ni cualesquiera otras índoles. En esta selección, se incluye una estimación de un 80% de personas que acepten voluntariamente participar en la investigación frente a 20% que lo rechacen. Será motivo de exclusión, y no contabilizará, las personas que por su situación de gravedad, no esté protocolizado que hagan uso de una sala de espera.

El lugar de realización sería en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Cabueñes, en Gijón, previa autorización expresa del comité de Ética, y de la Dirección Gerencia del mismo. Así mismo, se requerirá un consentimiento informado firmado, de forma voluntaria, por cada uno de los participantes al estudio (o de quien ostente en ese momento su tutoría legal, si procede).

Se utilizará el sistema de megafonía ya instalado en el falso techo de las salas comunes de espera para emitir las ondas sonoras pertinentes. Se suspenderá de forma puntual, cuando el equipo sanitario requiera hacer un llamamiento puntual por megafonía.

El tiempo de estudio será de 7 días naturales en su totalidad, y en particular, en cada usuario, el tiempo que permanezcan en las citadas salas de espera. La intervención sobre los pacientes de forma directa deberá ser la mínima indispensable

para evitar el sesgo del entrevistador. En todo momento, permanecerá al menos 1 entrevistador físicamente, mientras dure el tiempo de estudio de campo.

El estudio discriminará entre grupos de edad (<14, 14-17, 18-34, 35-64, >64); sexo masculino, femenino o no binario; si acude con dolor (independientemente de su grado de intensidad) o asintomático; y si existen antecedentes cognitivos (o de edad temprana) que impidan una recopilación de datos objetiva.

Los datos se recogerán de dos formas distintas:

- Primero se entregará una hoja / cuestionario que deberá rellenar el paciente al final de su espera en la zona sanitaria, describiendo su estado anímico previo y el final, indicando si ha favorecido o empeorado la situación y su percepción subjetiva de como se podría mejorar. El contenido de los cuestionarios se decidirá por el equipo investigador.
- Por otra parte existirá una entrevista verbal personal posterior, en la que podrán relatar libremente cualquier opinión que deseen oportuna.

Se recogerán de forma anónima todos estos datos, especificando un número de registro único para cada usuario, sin obtener mas datos personales de los indicados anteriormente, que puedan identificar de ninguna forma a cada usuario, asegurando la confidencialidad de los mismos y cumpliendo la Ley de Protección de Datos Personales vigente.

Tras este proceso, se realizará el volcado de datos cuantitativos y cualitativos, para centralizarlos, usando frecuencias absolutas y sus respectivos porcentajes. En datos complejos, que no se puedan agrupar, se estudiarán de forma individual y se sintetizarán de forma objetiva por el equipo investigador. En caso de discrepancias, se usará la decisión de la mayoría absoluta en primera vuelta, o de mayoría simple en segunda vuelta.

Se necesitará un equipo investigador de 6 componentes, siendo uno el jefe o jefa de equipo, actuando así mismo con interlocutor con la dirección gerencia de dicho hospital, otro miembro quien organice y clasifique la información objetivada resultante junto al primer miembro; y los 4 miembros restantes, los entrevistadores directos. Los 6 en su totalidad definirán la forma mas viable para codificar la información subjetiva en objetiva y valorable posteriormente.

En relación al marco legal y ético, se verá ajustado a lo indicado en la normativa vigente publicada en BOE y BOPA, así como normas de rango inferior e internas del SESPA y del Área V de salud. También se deberán cumplir las del comité de

Ética adscrito a dicha área.

Desglose presupuestario esperado:

- Recursos Humanos:

Perfil joven en periodo de formación, con vínculo al proyecto, y que acredite experiencia investigadora. Salario mínimo de 10€ brutos la hora de trabajo efectivo, pudiendo aumentar en base a las responsabilidades. Se limita el gasto de Recursos Humanos en 10000€.

- Recursos Materiales:

Material de oficina variado para escritura y electrónico para manejo de datos, así como equipo informático (se solicitará permiso para uso provisional del que ya existe en el centro sanitario, por parte de la Unidad de Docencia e Investigación). También se incluye gasto de imprenta para los formularios a entregar a los usuarios. Se limita el gasto de Recursos Materiales en 4000€.

- Audio:

Se intentará, en la medida de lo posible, disponer de archivos de audio de distribución y reproducción libre (sin Copyright ni licencia), de temática de concentración y relajación. Se limita el gasto en 500€.

- Dietas y Viajes:

Se fomentará la contratación de personal propio de la localidad, pero en caso contrario, se indemnizará en concepto de viaje y estancia el tiempo estrictamente necesario, con un máximo de 3 semanas para toda la investigación. Se limita el gasto en 5500€, en el que se incluyen comida de tipo menú cuando el tiempo de trabajo transcurra en los horarios de comida, cumpliendo la legislación vigente a tal efecto.

- Se estima, que el presupuesto total final, no deba superar los 20000€, al alza.

4 Bibliografía

- 1.- Sherman, C., Price, G. (2001) The invisible Web: uncovering information sources search engines can't see. Information Today, Inc.
- 2.- Romero Medina, A. (2002) La nueva herramienta de información, documentación y comunicación: Internet, Nuevas tecnologías de la información y documentación en psicología.
- 3.- Bayardo, M.G. (2005) Potenciar la educación. Un currículo transversal de formación para la investigación, REICE-Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. 3 (1).

- 4.- Bell, J. (2005) Como hacer tu primer trabajo de investigación: Guía para investigadores en Educación y Ciencias Sociales. Barcelona: Gedisa. 2ª ed.
- 5.- Coromina, E., Casacuberta, X., Quintana, D. (2002) El trabajo de investigación, Barcelona: Eumo-Octaedro. 1ª ed.
- 6.- G. Flores, J. (1993) La metodología de investigación mediante grupos de discusión. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, (10).
- 7.- Kerlinger, F. N. (1975) Investigación del conocimiento: técnicas y metodología, México, Interamericana.

Capítulo 11

COLANGIOSCOPIA CON SPYGLASS Y LITOTRICIA INTRADUCTAL ELECTROHIDRÁULICA

LAURA GARCIA ALONSO

LAURA SANROMAN CLAROS

ANA FERRER BLANCO

MARÍA BLANCO PABLOS

1 Introducción

Los cálculos en la vía biliar son un problema muy común que se presenta de manera cotidiana en la práctica clínica. Actualmente, las guías nacionales e internacionales recomiendan ofrecer extracción de cálculos a todos los pacientes con coledocolitiasis, sintomáticos o no, que estén en condiciones para tolerar la intervención por equipo de endoscopistas expertos y bajo sedación por servicio de anestesia.

La colangioscopia es un procedimiento clínico que permite la visualización directa de la vía biliopancreática con fines diagnósticos y terapéuticos durante la realización de una colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE). El sistema de colangioscopia realizada por un operador único Spy Glass, se introdujo en 2007, y es en el año 2015 cuando se introduce el sistema de visualización directa Spy Glass DS que muestra una mejora espectacular con respecto a la generación anterior de colangioscopia de fibra óptica. Permite una visualización directa intraductal de

la vía biliar; mejora el diagnóstico de lesiones intraductales y es una herramienta adecuada para obtener permeabilidad de la misma.

Aunque las guías actuales recomiendan la CPRE como método de elección para la extracción de cálculos, la litotricia electrohidráulica por medio de colangioscopia es una buena alternativa para el tratamiento de cálculos difíciles de la vía biliar.

2 Objetivos

Dar a conocer la utilidad de la colangioscopia usando el sistema Spy Glass® por visualización directa y litotricia electrohidráulica para la extracción de cálculos biliares.

3 Metodología

El presente proyecto se ha realizado mediante búsqueda bibliográfica de revistas y artículos en diversas bases de datos, así como libros de endoscopia digestiva, con objeto de elaborar revisión bibliográfica sobre los beneficios de la extracción de cálculos con sistema de visualización directa Spy Glass® y litotricia electrohidráulica. Las bases de datos consultadas fueron principalmente: Cochrane, Elsevier, Medline, Pub med-NCBI, Scielo y el buscador Google Académico. Se incluyeron en el estudio artículos a texto completo, gratuitos, comprendidos entre el año 2014-2021.

4 Resultados

El sistema Spy Glass® de visualización directa intraductal pancreatobiliar es un dispositivo diseñado para ser usado por un solo operador, que permite, a través de su canal de trabajo instrumentar la vía biliar bajo visión directa, con accesorios como guías hidrofílicas, pinzas de biopsia, catéteres de litotricia láser y electrohidráulica, en lugar de la colangiografía fluoroscópica convencional mejorando el diagnóstico de lesiones intraductales. Es una herramienta adecuada para extracción de cálculos de difícil acceso donde no se logra la visualización directa del cálculo por métodos endoscópicos convencionales.

El acceso a la vía biliar es realizado con canulación directa selectiva con guía hidrofílica, opacificación de la vía biliar con medio de contraste iónico, una vez identificados los hallazgos fluoroscópicos de la vía biliar se realiza una esfinterotomía en todos los casos para la introducción del sistema de colangioscopia.

Además de establecer diagnósticos con mayor precisión que la CPRE, la colangioscopia SpyGlass brinda la posibilidad de realizar procedimientos terapéuticos más complejos:

- Diagnóstico de imágenes dudosas.
- Identificar litiasis no visualizadas.
- Estenosis biliares indeterminadas.
- Canulación de estenosis complejas.
- Extracción de litiasis de difícil manejo con litotricia electrohidráulica.

La litotricia intraductal electrohidráulica utiliza la tecnología eléctrica bipolar, compuesto por una sonda bipolar que se conecta a un generador de carga (75-90 V ; 5-6 descargas por segundo). La sonda se puede pasar a través del canal accesorio del colangioscopio. La punta del catéter de litotricia intraductal electrohidráulica contiene dos electrodos aislados coaxialmente. Cuando se activa la fuente de energía se enciende una chispa entre los electrodos y bajo una solución de suero salino fisiológico produce ondas de presión hidráulica de alto voltaje que, al colapsar, crean una onda de presión secundaria denominada onda de choque que transmiten energía a la piedra para su fragmentación.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la necesidad de mejorar el diagnóstico y la terapia mínimamente invasiva de los trastornos de las vías biliares, se han desarrollado nuevas tecnologías para la colangioscopia. La colangioscopia con el sistema Spy Glass® ofrece un óptimo resultado en el tratamiento de cálculos en las vías biliares de difícil manejo, suponiendo un gran avance en la aplicación de técnicas endoscópicas complejas: litotricia electrohidráulica durante la realización de una CPRE.

Comparada con la cirugía convencional esta nueva técnica es más económica, ya que no requiere ingreso en muchos casos. El procedimiento se realiza en una hora aproximadamente y el paciente puede volver a su casa el mismo día.

6 Bibliografía

1. Wong, JC, Tang, RS, Teoh, AY, Sung, JJ y Lau, JY (2017). Eficacia y seguridad de la nueva litotricia láser digital guiada por colangioscopia peroral de un solo operador para cálculos biliares complicados. Endoscopia internacional abierta, 5 (1), E54 –E58.
2. Manes G, Paspatis G, Aabakken L, et al. Endoscopic management of common

bile duct stones:European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy*. 2019;51 (5):472-491. doi:10.1055/a-0862-0346.

3. Buxbaum J, Fehmi A, Sultan S, et al. ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. *Gastrointestinal endoscopy* 2018. 89 (6):1-31.

4. Ghersi S, Fuccio L, Bassi M, Fabbri C, Cennamo V. Estado actual de la colangioscopia peroral en enfermedades del tracto biliar. *World J Gastrointest Endosc*. 2015; 7 (5):510-517. doi:10.4253 / wjge.v7.i5.510.

5. Pereira P, Peixoto A, Andrade P, Macedo G. Peroral cholangiopancreatography with the SpyGlass® system: what do we know 10 years later. *J Gastrointest Liver Dis*. 2017; 26 (2):165-170. doi:10.15403/jgld.2014.1121.262.cho.

6. Aljebreen A, Alharbi O, Azzam N, Almadi M. Efficacy of spyglass-guided electrohydraulic lithotripsy in difficult bile duct stones. *Saudi Journal of Gastroenterology*. 2014; 20 (6):366.

Capítulo 12

FUNCIONES DESDE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA HACIA LA LACTANCIA

BEATRIZ OEO DELGADO

NEREA DÍAZ ANGULO

ISMAEL MENA MUÑOZ

ALICIA PINEDA ALORS

SILVIA BRAVO MARTIN

1 Introducción

Especialmente en la atención primaria, el inicio y la terminación de la lactancia materna es una tarea importante. Combinado con el hecho de que la relación entre el cliente/paciente y la enfermera de atención primaria se vuelve más estrecha y estable con el tiempo, esto hace que el escenario de intervención sea ideal y saludable. tarjeta de lactancia. El papel de los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, en la promoción y el desarrollo de la lactancia materna y en la promoción y el apoyo al éxito de la lactancia materna es inaceptable en todas las áreas de la práctica médica. Todo el personal médico del equipo de atención primaria tiene sus propias funciones, tienen el trabajo muy importante de amamantar, pero estamos ampliando nuestro enfoque en el papel crítico de las enfermeras, en el caso de la lactancia, desde un principio se considera que

es uno de los expertos en el tratamiento de la lactancia de la madre, es decir, la exposición a la mujer desde el momento de la concepción. Embarazada. Los dos servirán como asesores supervisores. . Como docente de la clase de educación para la maternidad, brindará a esta gestante toda la información y capacitación sobre lactancia materna, preparándola y ayudándola a brindarle una nutrición adecuada y completa. Siempre estará de acuerdo con ella y siempre respetaré sus decisiones con respecto a sus futuros hijos.

2 Objetivos

Exponer el papel fundamental que desempeñan las enfermeras en la evaluación, el seguimiento y la capacitación en el uso de habilidades.

3 Metodología

Para complementar este trabajo, se realizó una encuesta que incluyó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y también se referenciaron artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos académicos de publicaciones académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Las enfermeras de atención primaria empiezan a trabajar después del parto. Durante los primeros meses, las mujeres embarazadas y sus recién nacidos son monitoreados especialmente por matronas y pediatras. El rol de la Personalidad de Enfermería se enfoca en la evaluación, supervisión y educación, proporcionando a las madres las herramientas básicas, precisas y necesarias y el apoyo emocional que necesitan para establecer, apoyar y disfrutar la lactancia materna. Si la madre elige

Para ello, utiliza las siguientes fuerzas:

Practicar habilidades de comunicación para realizar entrevistas clínicas. - Ser capaz de monitorear la lactancia y detectar signos y síntomas positivos.

- Incorporar la educación para la salud como base de todas nuestras intervenciones. El comportamiento natural de las enfermeras en los centros de atención primaria se puede resumir de forma similar a la lactancia materna, pero existen diferencias en la provisión de menús y servicios que ayudan a la lactancia, no solo

entre comunidades, sino también entre los mismos centros y dentro de un mismo médico. campo Tienes que entender que hay diferencias. Las enfermeras entregan y entregan, que sale de nuestra interminable lista de situaciones específicas, somos capaces de manejar situaciones muy diferentes.

Si no, no tenemos un equipo para dividir todo este trabajo en áreas de enfoque relacionadas.

- Actividades publicitarias: información de consejería prenatal, toda la información relacionada con la lactancia materna tanto para mujeres embarazadas como para mujeres en general.
- Actividades de seguimiento y apoyo: Elaborar una historia de lactancia, monitorear una de las lactancias, programar consejería de seguimiento en los momentos de mayor riesgo como la primera semana de vida y consejería a pedido de la madre. Siga Desarrollo de bebés o niños pequeños para obtener apoyo y preguntas.
- ☒Actividades de educación grupal: En atención primaria, el eje principal para el mantenimiento de la lactancia materna es el grupo de lactancia, que construye un sistema de apoyo básico por el momento y es un grupo educativo para el cuidado del niño en general.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal de este artículo es dejar patente la importancia indiscutible del gran abordaje enfermero de la lactancia materna en los centros de Atención primaria, la enfermería se convierte en un referente para la madre que precisa ayuda, consejo, apoyo o seguimiento en el proceso de amamantamiento de su bebé, generando una puerta accesible y eficaz dentro del sistema sanitario, lo cual es de vital importancia sobre todo para los progenitores primerizos, para que no incurran en ninguna negligencia debido al desconocimiento del cuidado del bebe, y que sepa que estamos hay para el apoyo y ayuda que requiera en el proceso del postparto en especial.

6 Bibliografía

1. Pallás Alonso Carmen Rosa, Soriano Faura Javier, Colomer Revuelta Julia, Cortés Rico Olga, Esparza Olcina M.^a Jesús, Galbe Sánchez-Ventura José et al . Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Mayo 26]; 21(82): 191-201. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200020&lng=es. Epub 14-Oct-2019.

2. <http://previnfad.aepap.org/monografia/lactancia-materna>
3. González Requejo Ángel, Mateo Ciria Rocío, Carmona Gallardo Antonia M^a, Gómez Deyros Concepción, Bravo Rodríguez Jesús, Escobar Castellanos María. El apoyo a la lactancia materna en los centros de Atención Primaria: “Es la formación, idiota”. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2020 [citado 2022 Mayo 26]; 22(Suppl 28): 24-24. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000200011&lng=es. Epub 16-Nov-2020.
4. <https://portal.guiasalud.es/egpc/embarazo-atencion-puerperio/>.
5. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e29a0513-7286-11ea-870d-13c8969bb0c7/Purperio.pdf>.
6. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-lactanciamaterna-puede-el-personal-13073415>.

Capítulo 13

CONOCIMIENTO Y DETECCIÓN POR ENFERMERÍA DEL ICTUS

BEATRIZ OEO DELGADO

NEREA DÍAZ ANGULO

ISMAEL MENA MUÑOZ

ALICIA PINEDA ALORS

SILVIA BRAVO MARTIN

1 Introducción

El Ictus es referenciado y registrado como una patología que logra incurrir en demasiadas consecuencias y secuelas negativas para el paciente que lo soporta y por ello se origina una gran problemática social y de salud a la sanidad pública. Hace como unos 5 años llego a lograr una incidencia alarmante con unas cifras exponenciales llegando a lograr la ocupación del primer lugar en los sucesos de exitus consiguiendo estar detrás y en segundo lugar en nivel, ya que el primer puesto de incidencia lo logran las patologías isquémicas cardiacas, además debemos decir que se evidenció en el estudio que el suceso de Ictus en cuanto a cifras de muerte registradas se da más en las mujeres que en los varones.

Podemos catalogar y encontrar en el estudio dos tipologías de ictus:

- Puede ocasionarse un ictus hemorrágico: se origina en un 20 % de los sucesos y este ocurre cuando hay una rotura de una arteria o de una vena cerebral que encharcan una fracción del cerebro aboliendo así su función.

- En el Ictus considerado como isquémico: se origina y producen en un 80 % de los sucesos en estos ocasionados por una reducción del flujo de la circulación sanguínea que deja de recibir una fracción del cerebro se ocasiona debido a un taponamiento u obstrucción por un trombo o coagulo de una arteria.

2 Objetivos

Describir en este los principales síntomas del ictus, así como los elementos de riesgo, tanto los modificables como los no modificables.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, Google académico. Los criterios de inclusión fueron: ictus, elementos de riesgo, prevención, enfermedad cerebro vascular, hemorragia e isquemia.

4 Resultados

El Ictus es un suceso que reviste de una gran gravedad que se debe procurar evitar actuando desde la prevención.

Se entiende por prevención que el ictus no se ocasione, esto se realizara desde la prevención primaria, en cuanto a la prevención secundaria ya se centrara en la ocasión de que haya ocurrido.

En el suceso de que suceda un ictus es trascendental y vital para el paciente afectado saber por parte del profesional de enfermería de qué signos y sintomatología es precedido la manifestación y suceso de un ictus. Ya que está en la gran mayoría de sucesos logra suceder sin síntomas de aviso ya que aparece brusca e inminentemente.

Referenciamos la sintomatología las cuales son:

- Pérdida repentina de turgencia y aparición de laxitud en la piel y en la musculatura, ya que no se logra notar los músculos de la zona o área afectada, quedando sin fuerza en la cara, normalmente afecta a un solo lado y además de la musculatura de la cara se ven afectados el brazo, así como la pierna como mencionamos afecta en un solo lateral del cuerpo.

- Notan de pronto una gran y repentina conmoción y confusión, dificultades y alteraciones para hablar o inclusive para hacerse entender en el lenguaje.
- Visión nublada y plomiza o pérdida impensada de visión.
- Fuerte dolor de cabeza sin origen supuesto y de aparición inminente.
- Dificultad para conseguir caminar, con manifestación de mareos o detrimento y pérdida de equilibrio.
- Trastorno al respecto de la sensibilidad, sensación de prurito en cara tipo hormigueo, en el lado afectado.

En cuanto a los riesgos modificables hallamos:

- Hipertensión arterial.
- Hipercolesterolemia.

Uso de tratamientos hormonales.

- Elementos dietéticos.
- Estrés.
- Diabetes inconvenientemente controlada.
- Hábito tabáquico.
- Neuralgias.
- Pacientes afectados de cardiopatías.
- Ictus ocurridos por segunda vez considerados de repetición.
- No llevar una vida activa.
- Consumo y abuso de sustancias como el alcohol y otras sustancias estupefacientes como las drogas.

5 Discusión-Conclusión

En el estudio y ejecución de esta investigación por parte del profesional de la enfermería sobre el ictus la opinión a la que se llega a si como la conclusión, es que es de vital importancia para con el paciente el lograr saber identificar la sintomatología a tiempo, ya que de ello dependerá en gran medida y exponencialmente la actuación y asistencia inmediata para lograr que las consecuencias sean lo más leves posibles para el afectado, ya que se abordara el tratamiento necesario y conveniente con la prontitud que estos casos requieren, cuando ya han sucedido.

Se debe incidir en que la prevención de los estilos de vida y la modificación de hábitos no saludables será un aliciente y ayuda a la hora de que se ostenten menos probabilidades de padecer un ictus.

6 Bibliografía

1. Ustrell X, Serena J. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. Revista española de cardiología. 2007.
2. García A, López E, Rodríguez M, Alonso M, Amaro M, Arenillas JF, Ayo O, Castellanos M, Fuentes B, Freno MM, Gomis M, Gómez M, Martínez P, Morales A, Palacio EJ, Segura Y, Serena J, Vivancos J, Roquero J. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurología para la prevención del ictus. Neurología 2021.
3. Sociedad Española de Neurología, Grupo de estudio de Enfermedades Cerebrovasculares.,1997.

Capítulo 14

ENFERMERIA ANTE LOS PACIENTES CON UNA SEPSIS

BEATRIZ OEO DELGADO

NEREA DÍAZ ANGULO

ISMAEL MENA MUÑOZ

ALICIA PINEDA ALORS

SILVIA BRAVO MARTIN

1 Introducción

Podríamos definir la sepsis como una respuesta sistémica e inmune desregulada, producida por una invasión microbiana, desembocando en la lesión de múltiples órganos, es una respuesta que no se adapta a la propia infección, creando síntomas profundos multiorgánicos así como unos resultados deficientes, produciendo una desmejora en el organismo. Este síndrome está formado por un conjunto de factores tanto patógenos como del propio huésped, que con el transcurso del tiempo van evolucionando. Podemos diferenciar a la sepsis de la infección debido a que la primera es una respuesta aberrante, observándose disfunción orgánica. Todo esto enfatiza la importancia de la respuesta que da el huésped a la infección, la letalidad que es proporcionalmente mayor que la de una infección directa y la gran necesidad de un reconocimiento urgente de la patología.

La sepsis es una de las principales causas de muerte, y si hablamos de infección, es la principal causa, especialmente si no hay un buen reconocimiento y un buen

tratamiento de forma precoz. A largo plazo, se observa unas cifras de muertes al año alrededor del 50% de los pacientes que han sufrido un ataque séptico, además de un deterioro funcional frecuente en los supervivientes.

Además, los datos nos informan de que tanto la sepsis grave como el shock séptico son patologías cuya mortalidad se encuentra alrededor del 25%.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las principales actuaciones de enfermería para comenzar un tratamiento adecuado y precoz en el ámbito extrahospitalario.

Objetivos secundarios:

- Exponer los criterios diagnósticos.
- Estudiar los factores pronósticos en el paciente séptico.
- Poner de manifiesto la utilidad del reconocimiento temprano de la enfermera para reducir el porcentaje de mortalidad así como los costos.

3 Metodología

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

4 Resultados

La sepsis se trata de la causa principal de muerte en nuestro medio por infección, relacionada directamente con una mala detección y por consiguiente no tratarla de una forma precoz. Ya que una de las bases para restaurar la normalidad y conseguir una buena funcionalidad orgánica en un paciente séptico será comenzar con una antibioterapia precoz, por lo que se debe conocer con exactitud los criterios diagnósticos del paciente séptico así como los fármacos antibióticos de los que disponemos en el ámbito prehospitalario.

En cuanto a las actuaciones de enfermería, las principales son las siguientes:

- Canalización de al menos dos vías venosas periféricas de grueso calibre para administración de tratamiento.

- Administración de volumen hasta conseguir restablecer volemia y tensión arterial (TA).
- Administrar antibióticos (ATB) de amplio espectro hasta recibir resultados de diferentes cultivos que se lleven a cabo en el ámbito hospitalario.
- Si encontramos a los pacientes en hiperglucemia se puede administrar insulina rápida, con la posterior realización de controles cada 1-2 horas.

Siempre que estamos ante un proceso de sepsis, tiende a evolucionar con el tiempo respondiendo de forma sistémica ante la infección, provocando sepsis grave e incluso shock séptico. La velocidad con que este proceso se lleva a cabo depende del paciente, cuyas manifestaciones pueden variar de unos a otros considerablemente.

Se pueden presentar choques sépticos sin una detección previa de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), y viceversa, pueden aparecer manifestaciones simples o disfunción orgánica en ausencia de choque.

Además los cambios de temperatura, tanto por hipotermia como por hipertermia puede ser un criterio diagnóstico fundamental.

Se ha observado que existe tanta variabilidad en cuanto a la frecuencia cardíaca, que esta es un factor de mal pronóstico.

En cuanto a la hiperventilación, asociada a una frecuencia respiratoria mayor de 20 rpm es considerado un signo precoz y muy útil para el diagnóstico.

Por último, signos como confusión, desorientación, o sintomatología relacionada con la encefalopatía pueden ser manifestaciones tempranas de la enfermedad, sobre todo si hablamos del paciente anciano.

5 Discusión-Conclusión

Tomando en consideración los riesgos de la persona en posible shock séptico, la presencia de multitud de efectos secundarios, la disminución o pérdida de capacidad funcional, además de la posible dependencia en un periodo de tiempo posterior que podría presentar el paciente a consecuencia de un proceso de hospitalización.

Hay que destacar que la realización de acciones interdisciplinares coordinadas, un protocolo de actuación común y aplicación de estrategias universales preventivas son imprescindibles para la gestión y el abordaje de este tipo de pacientes. Tras la revisión bibliográfica se ha podido observar la multitud de tratamientos que pueden ser llevados a cabo y la poca unificación de criterios, siendo estos poco sensibles y no se corresponde con la morbilidad dentro del ámbito hospitalario.

Debemos ser conscientes de que este tipo de enfermedades puede conllevar un periodo de actuación muy corto con respecto a la esperanza de vida por lo que cuya conclusión principal de este artículo es la importancia de la necesidad de un protocolo conjunto.

6 Bibliografía

1. Jones S, Ashton C, Kiehne L, Gigliotti E, Bell-Gordon C, et al. Reductions in Sepsis Mortality and Costs After Design and Implementation of a Nurse-Based Early Recognition and Response Program. Pumbed (internet). 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4880050/>
2. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock. Pumbed (internet). 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26903338>
3. Richard S. Hotchkiss, Lyle L. Moldawer, Steven M. Opal, Konrad Reinhart, Isaiah R. Turnbull and Jean-Louis Vincent. Sepsis and septic shock. Pumbed (internet). 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5538252/>
4. Donald M Yealy, David T Huang, Anthony Delaney, Marian Knight, et al. Recognizing and managing sepsis: whay needs to be done? 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410741/>
5. Complejo hospitalario de Toledo. Código Sepsis Área de salud de Toledo. 2011. https://campusvirtual.uclm.es/pluginfile.php/3493975/mod_resource/content/1/CODIGO%20SEPSIS%20TOLEDO.pdf

Capítulo 15

VALORES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL

NEREA JUÁREZ MUÑOZ

ALICIA FLORES CASARRUBIOS

MARÍA USERO MOZOS

MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ

1 Introducción

En la introducción de este trabajo vamos a mencionar que a lo largo de él queremos valorar distintas cuestiones que van relacionadas con la misión del Sistema Nacional de salud y qué relación tiene con el personal de enfermería. Con estos valores vamos a manifestar la importancia de las funciones de los enfermeros respecto a que se realicen en relación a dichos valores. Los mismos nos van a servir para poner de manifiesto qué importancia tienen las funciones del personal de enfermería, no solamente que las realicen según el protocolo de actuación, sino de manera correcta conforme a la misión que pretende el Servicio Nacional de salud. A lo largo de este trabajo vamos a intentar presentar esos principios básicos que debe de tener la sanidad pública, aunque dejamos constancia de que existen muchos más valores relacionados con esto y que los que presentamos

aquí son una pequeña muestra para poner de manifiesto la relación que existe entre dicho sistema de salud y como el mismo enlaza con la categoría profesional concreta de enfermería. No obstante el resto de las categorías profesionales se van a regir por el mismo sistema, aunque en estas líneas veremos la relación de las funciones concretas del personal de enfermería con esta serie de valores.

2 Objetivos

En este trabajo hemos recogido varios objetivos que hemos querido reflejar a continuación:

- Analizar determinados aspectos relacionados con la misión que sigue el Sistema Nacional de salud con respecto a distintos valores importantes para ella.
- Enumerar una serie de valores que van relacionados con dicha misión del Sistema Nacional de salud de manera general y qué guarda relación con el personal de enfermería.

3 Metodología

La parte metodológica de nuestro estudio está orientada en torno a conocer, a través de la investigación y la bibliografía adjunta, el papel del personal de enfermería en la sanidad pública. Para ello hemos usado varias bases de datos que han sido distintas para poder recoger la mayor información posible. Hemos usado Google Scholar o plataformas como DIALNET que se encargan de que muchos de los documentos estén clasificados y ordenados de manera que nos facilite el trabajo de investigación.

4 Resultados

En este apartado de resultados vamos a hablar por un lado de una serie de valores que tiene la sanidad pública y que están enfocados al estilo y a la misión que se pretende del Servicio Nacional de salud. Esta cuestión la vamos a relacionar con valores concretos que nos oriente el trabajo. Por otro lado, vamos a enumerar algunos de esos valores importantes que están relacionados y deben de seguir los enfermeros en sus funciones diarias. La misión de la sanidad pública consiste en prestar atención sanitaria a los ciudadanos con independencia de otras cuestiones añadidas como es la igualdad, siendo un referente de partida importante.

Por ello tenemos una serie de servicios sanitarios públicos de calidad en la que se asegura la accesibilidad como la equidad y la satisfacción de los usuarios. Con esto se busca la eficiencia y el aprovechamiento más favorable de los recursos que ofrece la sanidad. Para que esta misión se lleve a cabo es importante tener en cuenta a las distintas categorías profesionales que trabajan para la sanidad. Es por ello que se elabora una serie de valores o principios que deben de seguir para actuar de manera uniforme a todas las categorías profesionales. Igualmente, se debe de mostrar aquellos valores que exponen a la sanidad como una organización en la que atiende al usuario de manera igualitaria y que busca como fin último el bienestar del paciente. Dichos principios aparte del mencionado de equidad que está relacionada con la igualdad, como la propia accesibilidad de cualquier ciudadano en igualdad de condiciones, tenemos añadidas otras en la que los enfermeros deben de tener presente. Uno importante para los enfermeros es realizar una atención personalizada, ya que deben de atender a los usuarios de manera individual, asesorándonos y ayudándonos en relación con sus funciones y las necesidades de los mismos. Deben de actuar también los enfermeros de manera organizativa en su caso, especialmente coordinándose con el médico, ya que es importante la relación entre ambos.

5 Discusión-Conclusión

Esta parte del trabajo sirve para concluir que tras analizar determinados aspectos relacionados con la misión que persigue a Sistema Nacional de salud vemos que hay una serie de valores que deben de cumplirse por las distintas categorías profesionales. Dichos valores persiguen una misión común del Sistema Nacional de salud siendo de esta manera una meta uniforme a todo el sistema sanitario. Por otro lado y una vez enumerados algunos de los valores a los que nos referimos, visualizamos que el personal de enfermería debe de cumplir dichos valores, ya que además de sus funciones específicas en el trabajo de enfermería deben de seguir la misma misión que de manera coordinada contempla la sanidad pública.

6 Bibliografía

Potter, Perry & Stockert. Fundamentos de enfermería: 9 edition.

Capítulo 16

ENFERMERÍA: CUIDADOS DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL

NEREA JUÁREZ MUÑOZ

ALICIA FLORES CASARRUBIOS

MARÍA USERO MOZOS

MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ

1 Introducción

El paciente quirúrgico es aquel que se somete a una intervención quirúrgica o cirugía.

Este proceso o procedimiento pasa por diferentes fases y durante el mismo se ven implicados multitud de profesionales del ámbito sanitario.

Durante el desarrollo de todo el proceso se ha de garantizar la seguridad del paciente, la efectividad clínica, la información, el uso adecuado de los medicamentos y los cuidados de enfermería requeridos.

Existen diferentes tipos de cirugías: cirugías urgentes, cirugías preferentes o cirugías programadas.

El paciente puede llegar o acudir desde su casa, desde atención especializada o desde atención primaria y pasará por una serie de fases durante el proceso: el

preoperatorio (preparación del paciente para la cirugía), intraoperatorio (se desarrolla en el antequirófano y quirófano), el postoperatorio inmediato (se desarrolla en la UCI, URPA, Reanimación o CMA), el postoperatorio tardío (se realiza en las unidades de hospitalización) y el seguimiento del paciente ya sea por parte de la atención primaria o atención especializada.

Los bloques quirúrgicos son aquellos lugares dotados con el material, personal e información necesarios para la realización de las cirugías, es decir, donde tiene lugar la actividad quirúrgica y en ocasiones pueden apoyarse de otros servicios como banco de sangre, urgencias, laboratorio, rayos para llevar a cabo los procedimientos.

2 Objetivos

Conocer como profesionales de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con los cuidados que debemos aplicar en el postoperatorio inmediato de un paciente tras una intervención quirúrgica, ayudando a unificar criterios y mejorar así nuestra calidad asistencial.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

El postoperatorio inmediato es un lapso de tiempo comprendido que va desde el momento en el que termina la cirugía hasta las 24 a 48 horas después de realizarse una intervención quirúrgica durante el cual el paciente se está restableciendo tras la intervención y la anestesia.

Los cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato del paciente tienen como finalidad principal proteger al paciente y manteniendo su seguridad hasta que revierta el efecto de la anestesia, ayudando a prevenir y detectar las posibles complicaciones que pudiesen surgir.

Normalmente esta actividad se desarrolla en las unidades de vigilancia postquirúrgica (REA, UCI, URPA, CMA).

Durante esta fase el personal de enfermería debe realizar un seguimiento y vigilancia del paciente, en la que destacamos:

- Controlar las constantes vitales y temperatura.
- Control de los drenajes, volumen y apariencia.
- Controlar el dolor del paciente, haciendo uso de los medicamentos o analgésicos pautados si fuese preciso.
- Valorar el estado de la piel y las mucosas, detectando cualquier anomalía o reacción inesperada.
- Realizar una valoración del estado neurológico del paciente (pupilas, respuesta, movilización de extremidades, orientación en tiempo y espacio).
- Ayudar al paciente a mantener la ventilación respiratoria adecuada (mediante pulsioximetría o gasometría se valoran sus requerimientos, pudiendo ser necesaria la administración de oxígeno tras la extubación del paciente así como fisioterapia respiratoria, cambios posturales que favorezcan la respiración, aspiración de secreciones etc.).
- Controlar la evolución de la herida quirúrgica y prevenir posibles infecciones de la misma.
- Atender a las necesidades psicosociales tanto del paciente como de sus familiares, proporcionando la ayuda e información que necesiten o derivándolos en todo caso al profesional adecuado.
- Favorecer el bienestar y la estancia adecuada del individuo durante esta etapa.
- Velar por el correcto y adecuado descanso del individuo, evitando ruidos o alteraciones.

5 Discusión-Conclusión

El postoperatorio es el tiempo que transcurre desde que finaliza una intervención hasta que se recupera el paciente.

El postoperatorio se divide en el postoperatorio inmediato y el postoperatorio tardío.

El postoperatorio inmediato que es el que hemos visto es el que transcurre desde la operación hasta unas 24-48 horas después de la intervención.

Hemos podido conocer como personal de enfermería cuáles son las principales fases en las que se desarrolla el procedimiento quirúrgico, así como qué cosas se deben de garantizar para el correcto desarrollo y evolución del mismo.

Hemos visto qué es el bloque quirúrgico y que en muchas ocasiones es apoyado por otros servicios complementarios.

6 Bibliografía

1. Postoperatorio: cuidados y prevención de complicaciones- disponible en <https://cirugiasvital.com/blog/cuidados-postoperatorio/>.
2. Etapas de postoperatorio: inmediato, mediato y tardío- disponible en: <https://significado.com/postoperatorio/>.
3. Cuidados de enfermería durante el postoperatorio inmediato- disponible en http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2661-67422021000200018.

Capítulo 17

VALORACIÓN NUTRICIONAL EN ENFERMERÍA

PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL

NEREA JUÁREZ MUÑOZ

ALICIA FLORES CASARRUBIOS

MARÍA USERO MOZOS

MARIA MERCEDES MORALES MARTINEZ

1 Introducción

La valoración del estado nutricional del individuo está considerado un elemento importante, puesto que conservándolo de manera óptima estaremos más cerca de asegurar un desarrollo adecuado de las funciones celulares y a la existencia de la relación que hay entre nuestro estado de salud y nuestra nutrición.

Desde el punto de vista de la enfermería, el personal debe de estar implicado y formado para poder guiar al usuario tanto en atención primaria y secundaria, así como en los estados de salud y enfermedad.

Podemos valernos de varias herramientas a su vez para que la valoración sea completa, como son la historia clínica, la exploración corporal, valoración analítica y el estudio de la valoración corporal. Todas ellas pueden proporcionarnos una visión más detallada de que tipo de carencias o no está sufriendo nuestro paciente.

A su vez, no se limitan solo a un ámbito de aplicación, ya que son ejecutables desde las visitas domiciliarias hasta cuando tenemos al paciente ingresado en una unidad de hospitalización.

El ámbito de aplicación de esta valoración es bastante amplio, pues cobra importancia desde el primer segundo de vida del individuo e irá pasando por todas las etapas de la vida e interactúa con los procesos de enfermedad que se produzcan a lo largo de la misma.

2 Objetivos

Explicar e indicar en qué consiste la valoración del estado nutricional por parte de la unidad de enfermería.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda sistemática de información en bases de datos como Medline, Pubmed, Scielo, Dialnet y Cinahl. En ellas se ha consultado diferentes artículos científicos y libros, utilizando para su búsqueda palabras clave como nutrición, valoración nutricional y enfermería, entre otras.

4 Resultados

La valoración del estado nutricional nos facilita la fijación de metas en todos los niveles como cambios en el peso, grasa, masa muscular, como enseñar al paciente a desarrollar su propio estado de bienestar, ejerciendo con ello una prevención primaria.

Disponemos de varias herramientas y métodos que nos conceden una visión más amplia y fiable, como los que se detallan a continuación:

- Historia clínica.

Una buena cumplimentación es de gran importancia sustentando las actividades de la práctica clínica.

Deberá estar lo mejor cumplimentada y recoger varios datos para poder ofrecer una atención acorde a la situación física y psicosocial del paciente. Sería conveniente incluir antecedentes familiares y personales, enfermedades potencialmente comprometidas para una correcta alimentación, antecedentes quirúrgicos,

síntomas de malnutrición que podamos valorar mediante exploración física, actividad física, recursos económicos, ambiente cultural y estilo de vida y todo dato que podamos considerar que pueda influir en el estado nutricional de nuestros pacientes y con ello repercutir en futuros estados de salud-enfermedad de los mismos.

- Exploración física:

Mediante la exploración física del usuario podemos detectar signos de exceso/déficit nutricional, para ello contamos con la antropometría, pues proporciona una medición objetiva y comparable de la composición corporal. Las medidas más utilizadas son:

1. Talla: estimador principal del tamaño y proporcionalidad corporal. Consiste en la medición lineal de la cabeza a las extremidades inferiores, expresada en cm y realizada en un estadiómetro.

2. Peso: es la medida de valoración más utilizada. Se realiza con una báscula y se expresa en kg.

Si relacionamos la talla con el peso mediante una fórmula matemática obtenemos en IMC cuyo resultado es el que mejor refleja la proporción de grasa corporal 3.

Pliegues cutáneos: El perfil de pliegues cutáneos representa la distribución de la grasa subcutánea en las diferentes zonas del cuerpo y su sumatorio una estimación de la cantidad total de grasa subcutánea. Vamos a medir la doble pliegue de la piel y el tejido subcutáneo en determinadas localizaciones con un aparato llamado lipocalibre.

Los pliegues que se miden son: tricipital, bicipital, subescapular, ileocrestal, supraespinal abdominal, muslo anterior y pierna medial.

4. Perímetros corporales: se obtienen midiendo la circunferencia de determinados miembros con una cinta métrica flexible. Podemos conocer el riesgo de enfermedades metabólicas y cardiovasculares a través de un indicador que obtenemos relacionando dos perímetros corporales con unos valores de referencia, nos referimos al índice cintura/cadera.

- Valoración analítica:

Determina las concentraciones en plasmas de los diferentes nutrientes.

Proteínas: determina las proteínas viscerales (albúmina, transferrina y prealbúmina) y las somáticas (como la creatinina que es un reflejo de la masa muscular, el índice creatinina/talla, coeficiente de creatinina) y plasma nitrogenado.

Lípidos: se estudia el perfil lipídico y el colesterol, cuyos niveles nos pueden orientar a una desnutrición moderada cuando ya se sitúan entre 100-135 mg/dl.

Hidratos de carbono: los ítems que más se estudian para su valoración son la glucemia basal y las determinaciones de galactosemia e insulina.

Oligoelementos: el hierro es el que se estudia con más frecuencia.

Inmunología: el sistema inmunitario puede verse comprometido en estados de malnutrición. Se tiene en cuenta el número de linfocitos en sangre periférica.

- Estudio de la composición corporal:

Disponemos de varios tipos de estudios que nos ayudan a complementar la historia clínica del paciente, como pueden ser:

Densitometría: consiste en la medición de la densidad corporal con fórmulas, permitiendo conocer la masa grasa y masa libre de grasa.

Estudios de imagen como radiografía, TAC, resonancia magnética, etc. Nos ayudan a determinar la grasa corporal.

Impedancia bioeléctrica: nos permite calcular el tanto por ciento de masa grasa, masa libre corporal y el porcentaje de agua corporal total.

5 Discusión-Conclusión

La valoración nutricional en el campo de la enfermería resulta crucial, ya que dentro de nuestra práctica diaria tenemos una serie de herramientas que nos pueden ayudar a conocer los estados nutricionales tanto en los procesos de salud como en los de enfermedad.

Con esta valoración conseguimos en un objetivo fundamental, pues intentamos alcanzar una función corporal normal que nos permita afrontar una base para los posibles momentos de enfermedad y la consecución de un estilo de vida favorable.

El conocimiento de todos estos recursos por parte de los profesionales sanitarios supone una ventaja en la práctica de nuestra profesión y de la salud de nuestros pacientes y familiares.

6 Bibliografía

1. Mesejo Arizmendi, A.; Valoración del estado nutricional. En: Manual Básico Nutrición Clínica y Dietética. Valencia. 2000. Generalitat Valenciana; 22-30.

Capítulo 18

MIDLINE: ALTERNATIVA EN ACCESOS VASCULARES PERIFÉRICOS

NATALIA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La utilización de accesos venosos, es uno de los procedimientos más frecuentes dentro de la práctica de la asistencia sanitaria por parte de enfermería. Durante un ingreso hospitalario, un paciente puede ser portador de varias vías venosas, y pueden necesitar de estas desde periodos de tiempo comprendidos desde unas horas hasta varias semanas.

Son indiscutibles los beneficios y ventajas de la utilización de los accesos venosos para la administración de tratamientos, medicaciones y soluciones terapéuticas, tanto en situaciones asistenciales médicas y quirúrgicas como también en prevención y en el tratamiento de cualquier uso de salud.

El uso de accesos venosos es un procedimiento invasivo con múltiples usos y beneficios que no está exento de dolor e incomodidad, ni tampoco lo está de potenciales complicaciones. El acceso venoso es una puerta de entrada de microorganismos al torrente sanguíneo evitando la barrera cutánea, provocando complicaciones desde leves y localizadas como la flebitis a complicaciones más graves y sistémicas como el embolismo.

En los últimos años, ha surgido el uso de los llamados catéteres de línea media o midline; se trata de catéteres de entre 8 y 25 cm de longitud, de inserción periférica a través de los vasos de brazo, antero cubital, situando la punta del catéter en el paquete vascular debajo de la axila, quedando a media distancia entre una localización periférica y una localización central.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir las características de los catéteres de línea media.

Objetivos secundarios:

- Conocer los beneficios de su uso.
- Utilizar como opción alternativa ante la dificultad de accesos venosos periféricos en tratamientos prolongados.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro de la práctica clínica actual, se tienen presentes tanto el bienestar del paciente como los costes de los tratamientos más asequibles en cada caso. Se busca que la terapia intravenosa necesaria para resolver los problemas del paciente, tenga las menores complicaciones y riesgos posibles. De esta manera, el uso de los catéteres de línea media resurge como alternativa para evitar los problemas secundarios derivados de la utilización de un catéter venoso periférico como puede ser la flebitis, así como de los catéteres venosos centrales y de los PICC (catéter venoso central de inserción periférica), que tampoco están exentos de complicaciones más graves como la bacteriemia, además de ser de elevado coste para tratamientos de corta duración.

En los años 80 ya fueron muy utilizados estos catéteres de línea media o midline. Hoy en día, donde la evidencia científica prima, y donde son puntos importantes las necesidades clínicas, eficiencia y coste de la práctica, vuelven a resurgir en su uso.

Los catéteres de línea media son catéteres de inserción periférica, con una técnica poco invasiva, evitando complicaciones tempranas y evitando las punciones repetidas que pueden ser necesarias en el caso de los catéteres cortos. Alcanzan

venas de calibres y diámetro importantes, ya que su inserción se hace en el brazo, y no en el antebrazo, como en el caso de los catéteres cortos.

Su colocación es generalmente en la vena basilíca o cefálica, dejando su extremo distal alojado en el paquete vascular debajo de la axila. Para su implantación se cuenta con la técnica Seldinger, bien sea la clásica o la modificada, según se use dilatador o no y bajo punción ecográfica. Al no ser catéteres centrales, no precisan de radiografía de tórax que confirme su colocación.

Estos catéteres están fabricados con materiales de alta biocompatibilidad, conllevando así un menor riesgo de lesión de la pared íntima de la vena y además de una alta resistencia química, haciendo que los fármacos no los debiliten. A través de ellos se pueden administrar soluciones con un pH entre 5 y 9 y con una osmolaridad no superior a 500 mOsm. Son apropiados para los tratamientos que se administran generalmente por catéter periférico corto.

Su uso está indicado en terapias intravenosas que duren entre 6 días y 4 semanas, utilizando así un solo catéter para todo el tratamiento, reduciendo punciones al paciente y preservando la red venosa.

Los catéteres de línea media o midline son recomendados por las guías internacionales como una buena alternativa basada en la evidencia para terapias intravenosas no hiperosmolares, con un pH entre 5 y 9 y para una duración superior a 6 días.

5 Discusión-Conclusión

Para alcanzar la calidad en los cuidados, se buscan alternativas en la terapia intravenosa que satisfaga las necesidades del paciente, así como la reducción de los costes de su tratamiento. Para ello y basándonos en la evidencia científica, encontramos los catéteres de línea media o midline, que ofrecen seguridad al paciente y al profesional de enfermería, permitiendo tratamientos más duraderos, con materiales de alta compatibilidad y que ofrecen menos infecciones; las líneas medias se han asociado con tasas más bajas de flebitis que los catéteres cortos periféricos y con menor tasa de infección que los catéteres venosos centrales.

Permiten la infusión de las prácticamente las mismas soluciones que un catéter corto periférico, pero son mucho más duraderos, hasta 4-6 semanas.

Por lo tanto, siempre que se use por profesionales de enfermería expertos y se le presten los cuidados adecuados, los catéteres de línea media se están convirtiendo en un medio seguro y eficiente tanto para la terapia continua como la intermitente.

6 Bibliografía

1. Montealegre Sanz, María, and M. Antonia Cubero Pérez. "Beneficios, complicaciones y mantenimiento de los catéteres Midline." *Metas enferm* (2018): 23-27.
2. Carrero Caballero, M. Carmen, María Montealegre Sanz, and M. Antonia Cubero Pérez. "Catéter venoso medial o midline (mvc)." *Rev. Rol enferm* (2014): 36-41.
3. Sanz, María Montealegre, and M.^a Antonia Cubero Pérez. "Beneficios, complicaciones y mantenimiento de los catéteres Midline." *Metas de enfermería* 21.4 (2018): 5.
4. Pittiruti, Mauro, and Giancarlo Scoppettuolo. "Manual GAVeCeLT sobre catéteres PICC y MIDLINE: Indicaciones, inserción, mantenimiento y gestión." Edra, 2017.
5. Hipólito Gragera, Lourdes. "Accesos vasculares: tipos, criterios de inserción y factores de riesgo de los pacientes en su manejo." (2021).
6. Udina, Maria Eulalia Juvé, et al. "Mantenimiento de catéteres venosos periféricos durante más de 4 días. En busca de la mejor evidencia." *Enfermería clínica* 13.4 (2003): 208-216.
7. Valera Pineda, Alejandro. Factores relacionados con la bacteriemia en pacientes portadores de catéter venoso periférico. Revisión bibliográfica. BS thesis. 2021.

Capítulo 19

QUÉ ES, CÓMO SABER DETECTAR Y CÓMO ABORDAR EL SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO (SNM)

ELENA SÁNCHEZ CORROCHANO

1 Introducción

El SNM fue descrito y registrado por primera vez en el año 1960 por Jean Delay, tras una reacción asociada al empleo de haloperidol. Aunque en la actualidad, su incidencia a nivel universal es de 0'5-2'6%, en una proporción 2 a 1 hombre-mujer, se registra y estima como una urgencia neurológica, donde la premura en el diagnóstico y en la aplicación del acorde tratamiento son primordiales para lograr las mínimas consecuencias posibles y prevenir las complicaciones e incluso muerte del enfermo.

El síndrome neuroléptico maligno, (SNM), es una del todo infrecuente, no por ello cuando hace su aparición es potencialmente muy grave, realiza su manifestación tras la administración de fármacos neurolépticos o antipsicóticos, que son aquellos medicamentos usados en la psiquiatría para el tratamiento y control de algunas alteraciones y trastornos psicóticos, así como del estado de ánimo y/o de personalidad. Se ocasiona una reacción idiosincrásica asociada al bloqueo dopa-
-minérgico correspondiente al sistema nervioso central; como consecuencia, se objetiva un incremento a nivel central de serotonina y noradrenalina, lo que logra desencadenar una oscilación e inestabilidad de la dopamina, con consecuencia de hipertermia, rigidez muscular y/o trastornos o alteraciones de la conciencia. Dentro de los medicamentos utilizados en psiquiatría los neurolépticos estos logran desencadenar este efecto secundario, entre ellos se encuentran todos aquel-

los que bloquean el receptor proteínico referenciado como D2r para la dopamina a nivel central, conteniendo antipsicóticos tanto típicos como atípicos: proclorperazina, droperidol, prometazina y metoclopramida, entre otros.

2 Objetivos

Exponer desde los cometidos de enfermería las actuaciones ante una situación de síndrome neuroléptico maligno, buscando ofrecer una actuación de eficacia y calidad, preservándose la seguridad del propio enfermo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El síndrome neuroléptico maligno suele por norma general manifestarse entre las 24 y las 72 horas tras el estreno y/o cambio en el tratamiento con los neurolépticos o antipsicóticos y que ostenta una serie de manifestaciones clínicas que un profesional de enfermería, como papel clave en la asistencia y continuidad de cuidados, ha de estar al tanto para detectarlos cuanto antes y así lograr minimizar o evitar las posibles complicaciones asociadas.

Entre ellas destacan:

- Rigidez muscular extendida y generalizada.
- Alteración y trastornos del nivel de conciencia.
- Hipertermia con T° desde los 38,5°C y los 40,5 °C logrando llegar inclusive a los 42°C.
- Hipertonía muscular especificada como una rigidez plástica o comúnmente “tubo de plomo”.
- Incremento del tono muscular de orofaringe, causando disartria, disfagia y sialorrea.
- Hipoventilación y disnea llegando a necesitar el efecto de ventilación mecánica, asociado a disminución de distensibilidad torácica.

- Alteraciones vegetativas: la más común logra ser la hipertensión, así como palidez cutánea, taquipnea, incontinencia de esfínteres, taquicardia, diaforesis.
- Complicaciones potenciales: insuficiencia renal aguda por rabdomiólisis y mioglobinuria, deshidratación, neumonía y coagulación vascular diseminada.
- Hallazgos de laboratorio: dentro de las consecuencias y lesiones musculares se verá la elevación de la creatinina, CPK, así como leucocitosis en los marcadores de reacción inflamatoria.

A la hora de confirmar y de establecer un diagnóstico, han de estar presentes y concurrir tres criterios

(rigidez muscular, fiebre elevada y elevación de CPK) junto a criterios considerados menores dentro de una inestabilidad autonómica como logran ser alteración de la conciencia taquicardia, taquipnea, diaforesis, presión arterial anormal y leucocitosis.

Respecto al manejo terapéutico, es trascendental y esencial tanto el diagnóstico con prontitud como la inmediatez en la instauración y puesta en marcha de medidas encaminadas a minimizar o prevenir las posibles complicaciones.

Las actuaciones hacia el síndrome neuroléptico maligno:

- Suspender inmediatamente la administración del neuroléptico que se tenga pautado y avisar al facultativo psiquiatra de guardia y en caso de que se precisara organizar y gestionar un traslado a la unidad de cuidados intensivos.
- Monitorización básica (Tensión arterial (TA), Frecuencia cardíaca (FC), Frecuencia respiratoria (FR), Saturación de oxígeno (SaO₂) e invasiva (PAI, PVC, T° a nivel central), según estado y curso del enfermo.
- Oxigenoterapia para mantener y/o conservar la SaO₂) mayor de 93 %.
- Administración de fluidoterapia intensiva, en vía venosa periférica si no la tuviera, se le canalizaría una, para prevenir el fracaso agudo renal derivado de la deshidratación y de los niveles de CPK altos.
- Extracción de analítica sanguínea: bioquímica, hemograma, y los citados niveles CPK.
- Control diuresis horaria mediante un sondaje vesical.
- aplicación de medidas tanto físicas como farmacológicas para bajar a 37- 37,5° C la temperatura corporal.
- Administración de dopaminérgicos bromocriptina por vía oral en caso de que está fuera viable 7.5-15 mg/día o amantadina 200-400 mg/día.
- En aquellos enfermos donde no es factible esta vía oral citada debido a una rigidez extrema, rabdomiólisis, hipertermia, pautar dantroleno 1-2 mg/kg potente relajante muscular por vía intravenosa.
- Evaluación mediante la escala de Glasgow de estado actual neurológico.

5 Discusión-Conclusión

Desde nuestra opinión en el manejo y exposición del (SNM) síndrome neuroléptico maligno es imperativo considerarlo como una emergencia neurológica que, aunque no se esté muy familiarizado, ya que no es muy usual, si no se detecta y actúa con prontitud, logra llegar a presentar y derivar en un alto índice de complicaciones graves, llegando incluso a concluir y finalizar en la muerte del paciente afecto. Se desencadena en un contexto y esfera psiquiátrica, con un estado mental sobresaltado y alterado, por el uso de farmacología neuroléptica en enfermos susceptibles, donde se ocasiona un bloqueo y alteración de los receptores dopamínicos.

La detección precoz, desde enfermería y una rápida actuación multidisciplinar y el uso y conocimiento de protocolos de actuación es imprescindible y vital en ocasiones para ofrecer unos cuidados asistenciales de calidad, garantizando en todo momento la seguridad del enfermo.

6 Bibliografía

1. Cuesta Lozano D, Enríquez Calatrava V, Rodríguez Sánchez J, García Cánovas S, et al. Síndrome neuroléptico maligno. Pautas de detección y actuación. Internet: [http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af98843320f05ea/d4a07452-41b5-42d1-b83f-d65db3da6888/6db4f890-04de-404b-a728acc6c10a41f/Sindrome_neuroleptico_maligo_deteccion_actuacion.pdf5acc6c10a41f/Sindrome_neuroleptico_maligo_deteccion_actuacion.pdf].
2. Ramos Cabrera V, Ramírez Calderón F. Rigidez muscular, trastorno de sensorio y antipsicóticos: reporte de caso. *Horiz Med (Lima)* 2019; 19(3):78-83.
3. Alonso Marín J, Castañeda Arango C, Palomino Camargo L, Pérez Agudelo J.J, Castro Álvarez J.F. Síndrome neuroléptico maligno asociado a la administración del haloperidol. Caso clínico. *Rev Toxicol* (2018) 35:7-10.
4. Sanjuán Domingo R, Villaverde Royo M.V, Elías Villanueva M.P, Castán Ruiz S, et al. Síndrome neuroléptico maligno. *Med Gen Fam* 2018;7(1):32-34.
5. Colón Núñez S, López Santacruz Y.A, Brito Hernández A. Síndrome neuroléptico maligno. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Qhalikay. Revista de Ciencias de la Salud* 1 (2017) 13-18.
6. Caballero Guerrero M.J, López Sánchez O. Diagnósticos e intervenciones de Enfermería ante enfermo que presenta síndrome neuroléptico maligno. A propósito

de un caso. Ciberrevista SEEUE 2016. Internet: [<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2016/pagina3.html>]

Capítulo 20

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE CRISIS HIPERTENSIVA EN URGENCIAS

ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO

ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES

ROCIO LOMAS MENDAZA

MARTA MUÑOZ RUIZ

NATALIA MARTINEZ HUERTAS

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 estadios 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 estadio 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 e indicar un caso clínico de crisis hipertensiva atendido en urgencias por parte del equipo de enfermería en un centro hospitalario.

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; T^a:36°C.

Exploración Física: paciente consciente, orientado, colaborador. Auscultación cardíaca: 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 nolitil 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

Capítulo 21

ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) LEVE EN URGENCIAS

ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO

ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES

ROCIO LOMAS MENDAZA

MARTA MUÑOZ RUIZ

NATALIA MARTINEZ HUERTAS

1 Introducción

Es muy común que los pacientes con lesiones cerebrales traumáticas (LCT) leves sean tratados en los servicios de urgencias.

Las personas con una lesión cerebral traumática pueden experimentar complicaciones a corto o largo plazo, según la gravedad y la ubicación de la lesión. También se debe tener en cuenta la edad del paciente y el estado de salud inicial. Estas complicaciones pueden afectar el pensamiento, la visión, el habla, la visión, el equilibrio, las emociones y otras habilidades. La pérdida temporal de la conciencia es un síntoma muy común en la mayoría de los pacientes con lesiones en la cabeza.

Los síntomas posteriores varían según el tipo de lesión. Las lesiones menores en la cabeza pueden causar síntomas como dolores de cabeza, visión borrosa,

pérdida de memoria y cambios de comportamiento. Por otro lado, las lesiones en la cabeza de moderadas a graves pueden causar una variedad de síntomas, que incluyen náuseas, vómitos, debilidad en las extremidades y dificultad para pensar y hablar correctamente. El resultado de una lesión cerebral traumática varía de persona a persona, incluida la ubicación y la gravedad de la lesión. Cambios en la personalidad o el comportamiento, pérdida de memoria o falta de juicio, pérdida del control de los impulsos, dificultad para concentrarse. El manejo inicial de TBI se enfoca en la identificación precisa de los pacientes en riesgo de muerte y la evaluación y el diagnóstico apropiados para prevenir posibles complicaciones.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los signos de alarma tras un TCE leve.

Objetivos secundarios:

- 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

Vamos a hablar de una afección que está a la orden del día sobre todo dentro de enfermería y equipo médico. El traumatismo craneoencefálico se caracteriza por una lesión cerebral debido a un fuerte golpe o aceleración/desaceleración en la cabeza, así como un latigazo cervical, que resulta en una lesión cerebral con o sin traumatismo directo.

La lesión cerebral traumática leve es un tipo de lesión cerebral traumática leve. Los signos y síntomas generalmente son temporales y mejoran significativamente después de 2 semanas. En algunos casos, los pacientes pueden tener síntomas durante más de un año. Las manifestaciones clínicas dependen del área del cerebro que esté dañada. Se pueden resumir en estados alterados de conciencia,

signos neurológicos (desorientación, deterioro del equilibrio y de la memoria) y funciones vitales alteradas. Algunas de las manifestaciones clínicas más comunes de TBI son el resultado de lesiones secundarias.

La lesión cerebral traumática causa daño al sistema nervioso a través de una variedad de mecanismos de lesión.

- La lesión primaria determina un daño estructural y funcional reversible. Es el daño que se produce como consecuencia de un traumatismo y que se produce inmediatamente después del impacto con impacto mecánico.
- De lesiones primarias debidas a procesos metabólicos, moleculares, inflamatorios y vasculares que surgen y persisten durante horas e incluso días. Estos procesos incluyen desequilibrio de electrolitos, muerte programada, isquemia y otros procesos que conducen a complicaciones como edema, hipertensión, hemorragia, aumento de la presión intracraneal y trombosis que pueden provocar isquemia celular o apoptosis.

Cuando una enfermera pregunta la historia clínica de un paciente, debe pedirle al paciente que le explique la situación. Le preguntará sobre los detalles que sucedieron antes y lo que sucedió inmediatamente después. Las respuestas ayudan a establecer el grado de demencia, si corresponde.

5 Discusión-Conclusión

Aquí hay algunas sugerencias para seguir en casa durante las próximas 24-48 horas.

Proteja a sus seres queridos en casa de las luces brillantes y el ruido.

- Asesorar a los miembros de la familia o parientes para que los supervisen y cuiden adecuadamente. Cada dos o tres horas, se asegura de que el paciente esté correctamente posicionado en relación con el lugar, la hora y la persona. Esto se puede hacer fácilmente preguntándole cómo se llama, dónde está, en qué año vivió y si recuerda lo que le sucedió. También es importante evaluar si el paciente tiene un rango de movimiento normal y un buen movimiento de las extremidades superiores e inferiores. Los pacientes pueden comer y beber en pequeñas cantidades. No tienes que forzarlo si no quieres. El alcohol y/o los sedantes están prohibidos. Un dolor de cabeza leve es normal y dura de 1 a 2 días. Para los dolores de cabeza, tome analgésicos según las indicaciones de su médico. Es importante que el paciente regrese al departamento de emergencias si desarrolla un dolor de cabeza intenso que no desaparece con analgésicos, vómitos repentinos, letargo, tamaño de pupila irregular o desorientación y desorientación.

6 Bibliografía

1. Guía para el manejo inicial de traumatismo craneoencefálico 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,a%20normal%3A%20hemorragia%20intracraneal%2C%20edema%20cerebral%2C%20fractura%20craneal%2C%20etc>

Capítulo 22

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

ANDRÉS BENJAMIN FERNÁNDEZ NAVARRO

ÁLVARO LÓPEZ PIQUERES

ROCIO LOMAS MENDAIZA

MARTA MUÑOZ RUIZ

NATALIA MARTINEZ HUERTAS

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 necesi-

dades que presente. Se trata de mantener un confort eficaz, gracias al control del dolor, a través de las Unidades de Atención en Cuidados Paliativos, de cada zona de Salud.

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

Asegurar la disponibilidad de dichos fármacos es fundamental, pues el síntoma más frecuente descrito en el paciente paliativo es el dolor y según la 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 30-45° 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 Elástica 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, Metrocloropamida, 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 palién los síntomas más molestos, a través de los infusores subcutáneos en el propio domicilio, siendo la alternativa más eficaz para prevenir y aliviar el sufrimiento.

Resulta eficaz que las intervenciones sean realistas, evitando el encarnizamiento terapéutico en el paciente terminal y el uso de actuaciones innecesarias. Es por eso que se ha llegado a la conclusión de extender en la Atención en los Cuidados Paliativos el uso de la vía subcutánea para la administración de los tratamientos en los que el fin a buscar sea el control de los síntomas que repercutan en el confort y bienestar del paciente, siendo el control del dolor un objetivo prioritario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 23

CIRUGÍA ABLACIÓN MECÁNICOQUÍMICA DE LA VENA SAFENA CON EL CATÉTER CLARIVEIN: CUIDADOS INTRAOPERATORIOS DE ENFERMERÍA

MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO

MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ

BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO

CARLOS PALACIO MORALES

MARIA ÁNGELES GONZÁLEZ DE LA ROSA

1 Introducción

Actualmente sabemos que las várices en miembros inferiores es una patología vascular muy frecuente, que afecta al sistema venoso de los miembros inferiores y cuyo curso es evolutivo con gran tendencia a la cronicidad. Las varices son la principal manifestación de la insuficiencia venosa crónica. Esta patología puede verse influida por factores que determinen su aparición o evolución, entre los cuales podemos encontrar, la edad, pues es más frecuente su aparición entre los

30 y 60 años. Por otro lado, el sexo y la raza también son un factor importante, predomina en el sexo femenino a razón de 4:1, y la raza blanca se ve más afectada que la raza negra. Además, existe una predisposición genética, pues el riesgo de desarrollar várices en hijos cuyos ambos padres desarrollaron esta patología llega a 90%.

La esclerosis es el método mínimamente invasivo más rápido y eficaz para la desaparición de las varices. La técnica permite eliminar el tronco venoso principal afecto (safena externa o interna) en una sola sesión en la mayoría de las veces.

El método con el catéter Clarivien, consiste en la inyección en la vena de un producto químico que la endurece y provoca su cierre y desaparición a través de un catéter que lleva incorporado un motor que hace que el este rote a gran velocidad.

Es una combinación mecánica y química.

2 Objetivos

- Exponer un protocolo de Enfermería para la cirugía ablación mecanicoquímica de la vena safena con el catéter clariven.
- Definir las pautas de actuación necesarias para garantizar la seguridad del paciente en el periodo intraoperatorio de la cirugía ablación mecanicoquímica de la vena safena con el catéter clariven.

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Google académico, utilizando las palabras claves: ablación mecánico-química de la vena safena, varices, enfermería, protocolo, obtenidos de los Descriptores de Ciencias de la Salud, la búsqueda se realizó utilizando el operador booleano and.

Para la confección del protocolo se utilizó la plantilla de procedimientos específica dictada por el Servicio de Salud del principado de Asturias que consta de los siguientes apartados:

4 Resultados

Es necesario:

Equipo quirúrgico.

Recursos materiales y normas de protección.

Material textil:

- Equipo universal.

Instrumental:

- Caja de ambulatorio (solo se usa si el acceso a la vena mediante punción con ecógrafo no es posible).

Suturas:

- Ligaduras de premilene de 2/0 y 3/0 poliamida de 4/0 (solo se usan si hay que abrir piel para el acceso a la vena).

Otros materiales:

- Guantes estériles.
- Clorhexidina acuosa.
- Gel conductor estéril.
- Kit de punción.
- Jeringa de 5ml.
- Jeringa de 10 ml.
- Aguja subcutánea.
- Apósito pequeño.
- Funda del ecógrafo.
- Venda elástica de crepé.
- Hoja de bisturí del N.º 11(solo si abren).
- Suero salino para purgar y lavar.
- Kit de Clarivein.

Aparatos y accesorios:

- Ecógrafo de cirugía vascular.

Medicación:

- Mepivacaina al 1 %.
- Etoxiesclerol 20 mg/ml.

Información y preparación al paciente.

Recepción del paciente.

El paciente llega al antequirófano acompañado del celador de la Unidad de CMA. El enfermero recibe al paciente y se presenta con nombre y cargo. Confirma su identidad y estado actual: ayunas, alergias, medicación habitual, intervenciones quirúrgicas previas, presencia de prótesis, objetos metálicos, marcapasos o DAI. Igualmente se le pregunta si es conocedor de la intervención quirúrgica programada. Se confirmará siempre la lateralidad de la pierna. Este tipo de intervenciones se realizan con anestesia local.

Técnica de realización.

Colocación del Paciente:

Se solicita al celador del Área Quirúrgica el traslado del paciente al quirófano. Se coloca de pie en un alza alado de la mesa quirúrgica para que el cirujano vascular le realice una ecografía, marque el recorrido de la vena y la posible zona de punción. Para ello se prepara encima del ecógrafo un bote con marcadores (sirven los capuchones de las agujas o de los equipos de suero), un rotulador negro permanente, un bote de gel conductor y un paquete de compresas par limpiar el gel.

A continuación se le acomoda en posición decúbito supino o prono (dependiendo de la vena a abordar), procurando que se encuentre lo más cómodo posible, se le indica que flexione ligeramente la pierna a intervenir con la planta del pie mirando hacia dentro (si la posición es supina) y el cirujano aplica clorehixidina acuosa en spray. Se le tranquiliza y se explican las actividades a realizar: monitorización completa y canalización de vía venosa periférica con catéter endovenoso del calibre 22 y suero salino de 250 ml para mantenimiento de la vía venosa.

Tiempos de la intervención:

El cirujano e instrumentista colocan el campo estéril y ofrecen la funda abierta para que la circulante introduzca el gel conductor en el fondo seguido de la sonda del ecógrafo. El cable de la sonda se fija al campo estéril con el velcro del equipo universal.

El cirujano aplica anestésico local en la zona de punción (jeringa de 10 ml con aguja subcutánea y 1 ampolla de mepivacaína 1 %) y canaliza la vena con la aguja verde del kit poniendo el bisel hacia arriba con ayuda del ecógrafo. Una vez que refluye sangre (en este paso tenemos que fijarnos en la aguja y avisarle cuando refluya la sangre, puesto que el cirujano está mirando la pantalla del ecógrafo y puede no percatarse) introduce la guía metálica por la parte menos rígida y si esta se introduce bien pediremos el kit del Clarivein; al tiempo que se entrega el introductor al cirujano.

Preparamos el catéter Clarivein, para ello lo purgamos con una jeringa de 5 ml con suero salino colocando previamente la rosca que viene en le kit y preguntamos cuantas ampollas de etoxiesclerol de 20mg/ml serán utilizadas (máximo de 4 por paciente). Una vez listo se lo entregamos al cirujano el cual quita el fiador del introductor y mete el catéter. Cuando nos lo indique conectamos la parte del motor al catéter (quitar plástico de contacto de las pilas) y enroscamos la jeringa que viene en el kit cargado con etoxiesclerol. El etoxiesclerol lo echa la enfermera rotante en uno de los huecos de la bandeja de plástico donde viene el catéter para que lo carguemos de dos en dos ampollas.

A indicación del cirujano activaremos el botón azul del dispositivo iniciando la rotación de la punta del catéter y una vez comprobado que está en el sitio correcto

comenzamos a introducir el etoxiesclerol presionado el émbolo de la jeringa a la vez que el botón azul y retirando lentamente el catéter hasta finalizar el recorrido, manteniéndolo estirado.

Finalmente se desinfecta la zona de punción con clorhexidina y se coloca un apósito pequeño. Se venda la pierna intervenida con vendaje compresivo isquipédico.

- Observaciones:

Registros.

Documentación intraoperatoria: Segment Group,

Vista Interactiva: Catéteres, Heridas-Drenajes, Dispositivos de Inmovilización si procede.

Formularios: Valoración de Enfermería en quirófano.

Indicaciones.

Agenda de cuidados.

Registro de medicación.

Cuidados del material.

Recuento, recogida y envío del instrumental a la Central de Esterilización para su procesamiento si lo hubiere.

Recogida de materiales textil, desechable y punzante según procedimiento habitual sacar la pila del kit del clariven para su correcta eliminación antes de echarlo al contenedor amarillo.

Recogida y colocación de los aparatos y accesorios.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente la utilización de protocolos se ha convertido en un indicador de calidad asistencial; por ser una herramienta de trabajo que disminuye la variabilidad de la práctica enfermera. Es un referente imprescindible para los/as enfermeros/as de nueva incorporación y optimiza los recursos utilizados.

La implantación del protocolo de Enfermería para la cirugía de ablación mecánico-química de la vena safena con el catéter clariven facilita el cumplimiento de las pautas de actuación, garantizando la seguridad de paciente.

Disponer de un protocolo de cuidados perioperatorios de enfermería:

Disminuye la variabilidad de la práctica enfermera.

Aumenta la calidad de los cuidados dispensados.

Es una eficaz herramienta de trabajo para los enfermeros-as de nueva incorporación.

A través de la información y educación para la salud se potencia la promoción del autocuidado aportando seguridad al paciente durante su recuperación en el domicilio.

6 Bibliografía

1. Thierens N, Holewijn S, Vissers WH, Werson DA, de Vries JPP, Reijnen MM. Five-year outcomes of mechano-chemical ablation of primary great saphenous vein incompetence. *Phlebology*. 2019Jul 10:268355519861464.
2. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario La Ribera, Alzira, Valencia, España Serie de ecografía intervencionista: Intervencionismo venoso guiado por ecografía 18 October 2020.
3. L. Reina Gutiérrez, J.L. Fernández Solares Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, Madrid, España Ablación mecánico-química de la vena safena con el catéter ClariVein® (MOCA): aspectos técnicos y revisión de la literatura 28 Noviembre 2017.
4. Sánchez-Beorlegui J, Arribas-Cerezo Á, Adanero-Calvo I, Aspíroz-Sancho A, Lamata ÓL, Lamata-Hernández F Tratamiento quirúrgico de la insuficiencia venosa en el territorio de la vena safena externa Julio 2018.

Capítulo 24

ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL PACIENTE DONANTE POTENCIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO

MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ

BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO

CARLOS PALACIO MORALES

MARIA ÁNGELES GONZÁLEZ DE LA ROSA

1 Introducción

La donación de órganos es un proceso anónimo y altruista en el que se sustituye un órgano o tejido enfermo, que no funciona o lo hace de manera deficiente por otro sano para mejorar la calidad de vida de la persona que lo recibe y aumentar así su esperanza de vida. Además, supone un ahorro de recursos económicos para el sistema sanitario a largo plazo.

Hay diferentes métodos para la realización de la donación. Donación tras muerte encefálica que se define como pérdida irreversible, por motivos conocidos, de todas las funciones encefálicas, representa el 90% de las donaciones que se producen en España.

El otro método es la donación en asistolia, se lleva a cabo en personas cuyo fallecimiento se ha producido por problemas circulatorios y/o respiratorios que no han sobrevivido a las maniobras de reanimación cardiopulmonar. Además, no han evolucionado a muerte encefálica y se ha tomado la decisión de retirar las medidas de soporte vital y sin contraindicaciones médicas para la donación de órganos y tejidos.

En las últimas décadas, en España la técnica de extracción y trasplante de órganos ha ido aumentando exponencialmente hasta convertirse líder mundial y referente en esta materia.

Los donantes de órganos necesitan unos cuidados muy exhaustivos que deben llevarse a cabo por los equipos multidisciplinarios en una Unidad de Cuidados Intensivos. Dentro de estos equipos la enfermera juega un papel muy importante, ya que es la que presta una atención directa del paciente donante potencial como de la familia. Es quien se encarga del mantenimiento y preservación hemodinámica y fisiológica de los órganos del paciente donante.

Se trata de una situación compleja y difícil, ya que supone un importante desgaste físico y psicológico.

Los cuidados que se brindan deben ser iguales que los recibidos por otro enfermo ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer el papel de la enfermería en el mantenimiento del paciente donante potencial en una Unidad de Cuidados Intensivos.

3 Metodología

Se ha realizado una estrategia de búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos. Para garantizar los objetivos hemos acotado la búsqueda definiendo unos criterios de inclusión y exclusión: artículos en inglés y español, con menos de 10 años de antigüedad y que traten del tema que nos interesa.

4 Resultados

Una vez se ha diagnosticado- detectado al posible donante mediante una serie de pruebas objetivas los cuidados que se realizan sobre los potenciales donantes de órganos son una tarea compleja que es llevada a cabo por los equipos que trabajan

en una Unidad de Cuidados Intensivos. Dentro de estos equipos la enfermera juega un papel muy importante, ya que es la que presta una atención directa tanto a los potenciales donantes de órganos como a sus familiares.

Por un lado, la enfermera brinda unos cuidados más técnicos enfocados a la prevención y tratamiento de las posibles complicaciones que pueden sufrir este tipo de pacientes (hemodinámicas, respiratorias, endocrinas, infecciosas).

Por otro lado, proporciona unos cuidados bioéticos donde se engloban las intervenciones enfocadas al cuidado de la familia del potencial donante, mostrándose cercana, ofreciéndoles el apoyo necesario y cuidado del paciente con dignidad y respeto.

Es muy importante una vez diagnosticada la situación del paciente, realizar una entrevista con la familia en la que se les comenta el pronóstico funcional y vital del mismo. Esta entrevista va dirigida a solicitar el consentimiento para mantener las medidas de soporte en la Unidad de Cuidados Intensivos en espera a que el paciente evolucione a muerte encefálica para la donación o en caso de que no evolucionara a muerte encefálica por la situación causante o el proceso patológico que presenta se les solicita el consentimiento para la donación en asistolia. Aquí juega un papel importante el Coordinador de trasplantes junto con el resto del equipo.

El mantenimiento del donante potencial supone un cambio en la mentalidad del cuidado, ya que las intervenciones que realiza la enfermera no están encaminadas a la recuperación del paciente sino al mantenimiento y recuperación de los órganos y tejidos.

Uno de los papeles principales que debe proporcionar en estos casos el equipo profesional y en particular la enfermera es resolver dudas respecto al proceso de donación con un lenguaje claro, sencillo y directo, todo ello proporcionando intimidad y respeto.

5 Discusión-Conclusión

La prevalencia del proceso de extracción y trasplante de órganos y tejidos en España está aumentando progresivamente. Por ello es un tema que cada vez va cobrando más importancia, y aunque estamos hablando de la muerte también se habla en cierto modo de la vida de tal manera que la población va teniendo más inquietudes al respecto.

Una vez diagnosticado al paciente de posible donante hasta la extracción de órganos es frecuente la aparición de posibles complicaciones. Es aquí donde la enfermería juega un papel importante. La enfermera debe contar con unos

conocimientos y aptitudes adecuados para brindar unos cuidados óptimos y así mantener los órganos y tejidos a trasplantar en las mejores condiciones posibles, asegurando la viabilidad del trasplante y la mejor calidad de vida del paciente receptor.

6 Bibliografía

1. Organización Nacional de Trasplantes. Trasplante [Sede Web]. Madrid: Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010.
2. SEMICYUC y ONT. Cuidados Intensivos orientados a la donación de órganos. Med Intensiva. 2017; 2-5.
3. Cárdenas Cruz A. Tratado de Medicina Intensiva. 2º ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
4. Nieves Ureña C. Muerte encefálica: cuidados de enfermería en el mantenimiento del donante de órganos [Trabajo Fin de Máster] Oviedo: Universidad de Oviedo; 2013.
5. Freire Izaura LS, Oliveira de Mendonça AE, Bessa de Freitas M, De Sousa Martins ML, Costa Fernandes IK, Torres de Vasconcelos G. Conocimiento del equipo de enfermería sobre la muerte encefálica y la donación de órganos. Enferm. glob. [Internet]. 2014 13(36):179-193.
6. De Tantillo L, González JM, Ortega J. Organ Donation After Circulatory Death and Before Death: Ethical Questions and Nursing Implications. Policy, Polit Nurs Pract. 2019;20(3):163-73.
7. Scales A, Donation N, Bentley H, Development P, Donation O. Organ donation: Nursing roles and responsibilities. 2020;29.

Capítulo 25

ENFERMERIA EN EL USO DE ASPIRINAS Y EL SÍNDROME DE REYE

MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO

MARIA GEMA QUINTANAR LOPEZ

BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO

CARLOS PALACIO MORALES

MARIA ÁNGELES GONZÁLEZ DE LA ROSA

1 Introducción

El síndrome de Reye se caracteriza por presentar una serie de signos y síntomas poco comunes, pero muy graves y que pueden llegar a causar incluso la muerte, debido a que se produce una insuficiencia mitocondrial aguda en forma de encefalopatía aguda, enfermedad hepática e infiltración grasa visceral. Suele darse en menores de edad, especialmente en menores de seis años de edad que usen la aspirina para paliar procesos de virus como la gripe o el virus de la varicela.

Los síntomas comienzan repentinamente, aproximadamente una semana después de la infección viral, y provocan vómitos, encefalopatía, cambios de personalidad, hipoglucemia, confusión, somnolencia y convulsiones, e incluso en los casos más graves pueden llegar a inducir al coma y la muerte. También está presente una considerable elevación de transaminasas, hígado graso, degeneración grasa del hígado, aumento de la presión intracraneal que causa edema cerebral y problemas con en las neuronas.

Hay varias etapas de la enfermedad:

Etapas 0: El paciente se está recuperando de la contracción de un virus común que de repente se acompaña de episodios de náuseas.

Etapas 1: tiempo después se puede producir letargo o dificultad para no dormirse.

Etapas 2: Se produce mareo.

Etapas 3 a 5: Presenta convulsiones o coma y acaba por fallecer.

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es explicar qué es el síndrome de Reye y como el uso de medicamentos como las aspirinas para combatir virus comunes afecta a su aparición.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca del síndrome de Reye, 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

Varios estudios de epidemiología concluyeron en que el uso de ácido acetilsalicílico o aspirinas para el tratamiento farmacológico de virus comunes como pueden ser la gripe o la varicela pueden afectar considerablemente a las personas que las usan desarrollando síndrome de Reye, el grado de aparición es más de diez veces mayor en los pacientes que han consumido salicilatos en los últimos días en comparación con los que no, especialmente en edades jóvenes.

Salvo casos donde esté indicado el uso, no se debería usar este tipo de medicamentos para tratar procesos febriles, debido a que generalmente la fiebre en sí no es dañina ni altamente perjudicial para los que la padecen, debería restringirse el uso de las aspirinas en los jóvenes para solo aquellos que tengan antecedentes de convulsiones y puedan darse convulsiones febriles causadas por el virus de la fiebre, en los demás casos para tratar procesos febriles es mejor emplear otros métodos como pueden ser el enfriamiento de la temperatura corporal con agua a temperatura ambiente, paracetamoles u otros antipiréticos.

Investigaciones científicas publicadas en los últimos años sobre el síndrome de Reye indican que el número de casos ha disminuido en los años transcurridos desde que se empezó a usar la recomendación de no tomar aspirina en niños con enfermedades virales. El Comité de Seguridad de Medicamentos ha vuelto a evaluar el riesgo de los salicilatos en sus indicaciones pediátricas y ha realizado una serie de recomendaciones como pueden ser:

- Detener la comercialización de productos que contengan ácido acetilsalicílico destinado a niños.
- Los productos de prescripción deben contener una contraindicación para su uso en jóvenes.
- Advertencia del riesgo del síndrome de Reye.
- Recomendaciones de consultar con el médico antes de usar estos medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

La actuación preventiva es la forma fundamental más eficaz de tratar el síndrome de Reye debido a que no existe un tratamiento específico para el síndrome.

A pesar de que las personas que sobreviven al síndrome se suelen recuperar de una manera bastante rápida, el daño que se produce neurológicamente no llega a desaparecer en su totalidad, las consecuencias o secuelas que puedan quedar al paciente depende del grado de encefalopatía que haya llegado durante la evolución del síndrome en su cuerpo, queda evidenciado que el tratamiento sintomático de manera precoz es muy eficaz a la hora de obtener mejores resultados de recuperación para la persona.

6 Bibliografía

1. J. Ortiz, F. González - Síndrome de Reye en paciente pediátrico. 2014. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75151998000200010.
2. Ácido acetil salicílico y síndrome de Reye. Scielo 2016. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000300008.

Capítulo 26

DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE Y TRAS LA INSERCIÓN DEL OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)

LARA QUESADA ITURMENDI

LUIS ALFONSO GONZALEZ DÍAZ

LAURA MUÑIZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El ECMO o oxigenador de membrana extracorpórea es un sistema que proporciona soporte pulmonar y cardíaco en pacientes con insuficiencia respiratoria o cardíaca, durante un periodo de días o semanas.

En caso de soporte pulmonar se utiliza como mecanismo para una recuperación del paciente o cuando este esté esperando a un trasplante pulmonar.

En caso de soporte cardíaco se utiliza como asistente previo cuando el paciente está esperando por un trasplante cardíaco o inserción de un dispositivo de asistencia ventricular, así como cuando se espera una recuperación.

La implantación de un ECMO en un paciente es bastante común en los servicios de cuidados intensivos (UCI) y presenta algunas complicaciones como fallos en el aparato, la posible ruptura, acodamiento o deterioro de las tubuladuras del oxigenador, la decanulación de la cánula que conecta al paciente, salida de sangre por la tubuladura venosa, entradas de aire en el circuito, la desconexión de la llave de 3 pasos que se coloca en el circuito...

Por todo ello lleva una serie de cuidados específicos que debemos conocer y realizar como personal de enfermería y que vamos a ver en mayor detalle a continuación, de tal forma que evitemos cualquier riesgo sobre el individuo, trabajando con la mayor calidad profesional posible.

2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados de enfermería asociados a un paciente con un dispositivo ECMO en las unidades de cuidados intensivos de un centro hospitalario, reduciendo los problemas y riesgos para el paciente asociados a su utilización.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

El personal de enfermería colabora con el personal médico en la colocación del ECMO y también se encarga de realizar los cuidados diarios asociados al mismo.

Entre los cuidados asociados al ECMO encontramos:

- Los pacientes con ECMO tienen una elevada inestabilidad hemodinámica y por ello deben monitorizarse mediante un catéter arterial con determinación de gasto cardíaco.
- Es necesario realizar una doble monitorización de la saturación de oxígeno del paciente: una en la parte media-alta del paciente y la otra en la parte media-baja

(frente y extremidades)

- Es necesario realizar un control gasómetro o del paciente cada 8 horas.
- Hay que corregir las deficiencias nutricionales ocasionadas por el uso del ECMO utilizando nutrición enteral o nutrición mixta (enteral y parenteral) según las necesidades del paciente.
- Es necesario controlar los niveles de glucemia, y si hay niveles superiores a 160mg/dl en varias tomas puede ser necesario iniciar con insulina intravenosa hasta reducirse a parámetros normales.
- Es necesario realizar los cuidados de piel y mucosas, haciendo hincapié en las zonas que están en contacto con cánulas arteriales o venosas, así como colocación de barreras de protección cutánea, hidratación de la piel, alivio de puntos de presión etc.
- Durante la movilización del paciente extremar las precauciones para evitar la decanulación del paciente.
- Prevenir infecciones nosocomiales asociadas al ECMO.
- Valoración del dolor, como parte de la valoración neurológica del paciente mediante la escala EVA y EVN cada 4 horas.
- Vigilar de forma diaria el correcto funcionamiento del oxigenador y las tubuladuras.
- Preparar a los familiares, informarlos y familiarizarlos con el dispositivo, para disminuir su preocupación al visitar al paciente, ofreciendo un clima seguro, con comunicación y confianza.
- Realizar cultivos de vigilancia, solicitando marcadores de infección de forma pautada.
- Vigilar la temperatura del paciente, para evitar casos de hipotermia.
- Llevar un estricto control de ACT y una adecuada pauta con anticoagulantes y analíticas rutinarias para evitar/detectar posibles hemorragias.
- En estos pacientes es bastante común complicaciones como taponamiento cardíaco, neumotórax y hemotórax, si se detectan señales de aparición, hay que avisar al médico responsable para realizar las pruebas diagnósticas pertinentes.
- Realizar las curas pertinentes en el lugar de inserción del catéter de forma rutinaria.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica hemos realizado un repaso acerca de la utilización del ECMO en las unidades de cuidados intensivos de un centro hospitalario.

Hemos visto en qué casos puede ser necesario su uso y también los cuidados asociados.

Cabe destacar la importancia de evitar la decanulación del paciente durante el aseo y la movilización del mismo, así como también la necesidad de controlar los catéteres, por lo que debemos de estar siempre presentes durante la realización de estas tareas, colaborando con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el celador.

Es importante también la verificación del correcto estado nutricional del individuo y el cuidado de la piel y mucosas.

6 Bibliografía

- 1- empleo de ECMO en UCI - <https://www.medintensiva.org/es-empleo-ecmo-uci-recomendaciones-sociedad-articulo-S0210569118302845>
- 2- oxigenación por membrana extracorpórea- https://es.m.wikipedia.org/wiki/Oxigenaci%C3%B3n_por_membrana_extracorp%C3%B3rea
- 3- oxigenación por membrana extracorpórea- <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/ecmo/about/pac-20484615>
- 4- empleo de ECMO en uci - <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-182074>
- 5- ECMO - <https://www.ucihealth.org/medical-services/cardiology/ecmo>
- 6- cuidados de enfermería al paciente con ECMO - <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-con-oxigenador-de-membrana-extracorporea-ecmo-revision-bibliografica/>

Capítulo 27

PACIENTE CON CLÍNICA DE PARESTESIAS QUE INGRESA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE NEUROLOGÍA

NATALIA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La parestesia es un trastorno de la sensibilidad de tipo irritativo que se manifiesta con sensaciones anormales sin estímulo previo, como el hormigueo. Esta sensación suele darse principalmente en brazos, manos, dedos, piernas y pies, aunque puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo. La mayoría de las veces, esta sensibilidad anormal es transitoria y a menudo la describimos coloquialmente como que alguna parte del cuerpo “se nos ha dormido”. Esta sensación puede aparecer, por ejemplo, cuando permanecemos tiempo en una misma postura en la que hay presión sobre un nervio.

Cuando la parestesia se manifiesta de manera crónica o recurrente, puede estar relacionada con una lesión que ha sufrido algún nervio o con alguna patología que puede afectar a cualquiera de las estructuras del sistema nervioso, tanto del central (cerebro y médula espinal), como del periférico (todos los nervios periféricos).

En este caso, los daños en los nervios y terminaciones nerviosas pueden ser temporales o permanentes, así como afectar a una sola rama de nervios o a varias. Entre las que afectan al sistema nervioso central, podemos destacar el accidente cerebrovascular (ACV), los ataques isquémicos transitorios (AIT), la

mielitis transversa, la encefalitis, el aneurisma cerebral, la malformación arteriovenosa cerebral, esclerosis múltiple, la hernia de disco o una crisis epiléptica. También distintos tipos de tumores (cerebral, de la médula espinal) pueden causar parestesia. Entre las causas que afectan al sistema nervioso periférico podemos mencionar el síndrome de Guillén-Barré (se suele iniciar en extremidades inferiores) y la neuropatía periférica, y dentro de esta se pueden ver afectados uno (mononeuropatía), o varios (polineuropatía) nervios periféricos. Dentro de las mononeuropatías, podemos encontrar como ejemplo de causa de las mismas el síndrome del túnel carpiano, afectación de algún nervio craneal (por un tumor del oído llamado neurinoma del acústico), u otros trastornos que produzcan atrapamientos nerviosos. Causa de polineuropatías pueden ser, por ejemplo, las originadas por la diabetes, alcoholismo, déficit de vitamina B12, de ácido fólico, alteraciones en el equilibrio de calcio, potasio o sodio, algunos tóxicos o fármacos. También numerosas patologías infecciosas pueden ocasionar la aparición de parestesias.

2 Objetivos

Identificar las posibles causas de la aparición de las parestesias.

Concienciar a la población de la importancia del diagnóstico del origen de las parestesias para evitar complicaciones derivadas del diagnóstico tardío.

3 Caso clínico

Paciente que acude por sensación de parestesia y debilidad en hemicuerpo izquierdo desde hace 20 min.

Antecedentes:

Sin alergias medicamentosas conocidas.

AF: Sin interés.

AP: Vive en familia, mujer e hija.

No hábitos tóxicos

No metabolopatías conocidas

Sd ansioso a tratamiento hace años.

Cervicalgias

IQ: Apendicectomía.

Medicación previa: No precisa.

HISTORIA ACTUAL

El día del ingreso, mientras estaba duchándose en su domicilio, comienza de manera brusca con agarrotamiento de dedos de la mano izda. (describe dedos en garra) y dedos de pie izdo., con extensión de los mismos. Además, parestesias en región malar izda. En el momento de la exploración presenta mejoría de síntomas, excepto a nivel facial donde persiste cierta sensación de debilidad. No refiere clínica previa a evento actual.

Algo nervioso. Agarrotamiento principalmente a nivel de extremidades y dificultad para el habla, que ha recuperado. No dolor centrotorácico de características coronarias ni cefalea. No alteraciones a nivel de la agudeza visual.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Consciente, orientado, colaborador. Buen estado general. Eupneico en reposo. Normohidratado y normoperfundido. Algo nervioso.

AP: RsCsRs

AP: Mvc, simétricos.

ABDOMEN: Blando, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal.

EEII: No edemas ni signos de TVP.

Exploración neurológica: PIN, MOE, a su llegada mínimo facial izquierdo que recupera tras 10 minutos aproximadamente. Campimetría por confrontación normal. No alteraciones en la fuerza, tono y sensibilidad de extremidades. No dismetrías (dedo-nariz, talón-rodilla). No alteraciones en el lenguaje. Orientado en las 3 esferas. Babinski negativo.

RESUMEN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ECG: RS a 100 lpm

TAC craneal: Se practica estudio sin contraste endovenoso. No evidencia de sangrados ni efecto masa a ningún nivel.

HG: 3 series dentro de la normalidad.

COAG: Normal.

BQ: Glucosa 110, Urea 41, Creatinina 0.89, Filtrado glomerular estimado por CKD-EPI >90. Ion Na 139,

Ion K 3.57. La hemólisis produce una interferencia positiva. Proteína C Reactiva <0.10.

Eco-Doppler de troncos supra aórticos/ carótidas: Se realiza estudio Doppler de ambos ejes carotídeos cervicales con resultado de: Registros gráficos espectrales arteriales y velocidades picosistólicas dentro de la normalidad,

RM craneal abierta: Dentro de límites normales.

EEG: Trazado que muestra signos de actividad epileptiforme en región temporal anterior izda.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Posible Epilepsia temporal de etiología no filiada.

4 Discusión-Conclusión

Aunque en la mayoría de las ocasiones las parestesias no están asociadas a ninguna patología, muchas pueden ser las causas que originen su aparición. Es importante identificar el origen de las mismas para tratarlas y hacer que desaparezcan los síntomas o evitar su empeoramiento.

La población debería de tomar conciencia de la importancia de conocer el diagnóstico que genera la aparición de las parestesias por la relevancia que pudiera llegar a tener.

En el caso estudiado con anterioridad, el diagnóstico de Epilepsia ha condicionado de manera considerable la vida del paciente, de manera que, con el tratamiento antiepiléptico que se le ha prescrito, debe de abstenerse de consumir alcohol y cumpliendo con la normativa de la DGT, debe de dejar transcurrir un año sin crisis para volver a conducir. El diagnóstico precoz ha podido evitar posibles consecuencias negativas derivadas de su desconocimiento.

5 Bibliografía

<https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parestesia.htm>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003206.htm>

<https://www.mayoclinic.org/es-es/symptoms/numbness/basics/definition/sym-20050938>

Capítulo 28

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE NEUROCRÍTICO CON DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

EVA GARCIA VELLISCA

ANA MARTINEZ AGUILAR

DAVID CUERDA CLEMENTE

LAURA PEREZ RIVERO

WILDER QUISPE CEBRIAN

1 Introducción

El drenaje ventricular externo (DEV) se utiliza con frecuencia en pacientes neurocríticos en unidades de cuidados intensivos (UCI) pediátricas y de adultos. Estos sistemas se utilizan para monitorear la presión intracraneal (PIC) y el drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR) en pacientes con hipertensión intracraneal (HTIC), lo que resulta en un suministro reducido de oxígeno al cerebro, lo que conduce a la muerte neuronal y, en última instancia, a la muerte cerebral.

El DEV permite el drenaje de LCR a través de un sistema de drenaje de vasos comunicantes que se coloca a varias alturas, marcando el nivel o presión de drenaje, y la salida de LCR se ajusta de acuerdo a este sistema mientras se monitorea la PIC a través de un transductor de presión. Los profesionales de enfermería son

responsables de abrir y cerrar el drenaje de acuerdo con la tasa de drenaje, reposicionar la altura del drenaje y verificar que el drenaje funcione correctamente y pueda soportar la presión.

Es de vital importancia que el equipo de enfermería tenga conocimientos sobre las intervenciones y cuidados a la hora de realizarlos ante el paciente que porta un DEV, para prestar la atención continuada que prevenga y detecte aquellas complicaciones que se puedan derivar de la HTC y del propio dispositivo del DVE.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo son los de conocer los cuidados en el paciente neurocrítico con HTC tratado con DVE, así como evitar las complicaciones derivadas de este dispositivo

3 Metodología

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

4 Resultados

El DVE es el dispositivo que nos aporta las cifras de la PIC y de la PPC. Para su correcta medición, el transductor de presión será colocado y calibrado con la puesta a 0 mmHg, a la altura del lóbulo de la oreja del paciente, que corresponde al agujero Monro. El DVE, además de darnos la posibilidad de monitorizar la PIC, por sí sólo dispone un sistema colector de LCR que abriremos y/o cerraremos según el objetivo marcado y la situación del paciente neurocrítico.

Ante un paciente neurocrítico con HTC en la UCI, se realizará una valoración exhaustiva neurológica horaria realizando las siguientes intervenciones para el control de la PIC y evitar las posibles complicaciones del paciente con HTC portador de DVE:

- Valorar presencia de movimientos anormales.
- Monitorización y registro de la perfusión cerebral (PPC).

- Control estricto de las glucemias, evitando las hiperglucemias que pudieran aumentar el consumo cerebral.
- Valoración de la escala de sedoanalgesia RASS.
- Monitorización y registro de la PIC.
- Mantener la cabeza del paciente en posición neutra. Evitar la flexión del cuello, ya que se verán incrementados los valores de la PIC.
- Se mantendrá, siempre que se pueda, el cabecero a una altura mínima de 30 grados.
- Tamaño y reactividad de las pupilas y la presencia de posibles nistagmos.
- Mantener al paciente en normotermia para evitar el aumento del consumo cerebral.
- Mantener las yugulares libres.
- Evitaremos rotación, hiperflexión e hiperextensión de la columna cervical.
- Monitorización del BIS.

El DVE debe ser cerrado durante maniobras que aumenten la PIC para evitar una salida incontrolada de LCR, como las maniobras de valsava, aspiración de secreciones, movimientos que modifiquen la altura del sistema colector del DVE, tos del paciente, traslado del paciente para la realización de pruebas complementarias que se realizan fuera de la UCI.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes neurocríticos HTC tratados con dispositivos DEV tienen una serie de complicaciones y también son propensos a complicaciones graves que pueden limitar irreversiblemente la calidad de vida futura del paciente e incluso pueden conducir a la muerte. El control y funcionamiento del equipo es responsabilidad del equipo de enfermería, quien será el responsable de encender y apagar el equipo en primer lugar. Enfermería es la responsable de detectar las intervenciones que aumentan la PIC, provocando así una fuga descontrolada de LCR, y cerrar la cámara de recogida de la DEV antes de que se produzca, evitando sus complicaciones fatales. Por lo tanto, se puede concluir que todos los responsables de la atención del paciente neurocrítico con DEV deben saber manejarla y sus posibles complicaciones para evitar consecuencias fatales por un mal manejo.

6 Bibliografía

- M.R. Sanchez, M.A. Cotillo Fuente, A.S. Vallejo, Et Al.Cuidados de enfermería a pacientes portadores de drenaje ventricular externo. Tiempos de enfermería y

Salud.2017
- Pubmed

Capítulo 29

EFICACIA DE LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN EL AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y 2

ANA GARCÍA ALONSO

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la diabetes mellitus se define como “una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos” (1).

Existen diversas variantes de la diabetes, entre las que encontramos:

- 1) Diabetes tipo 1, a la cual también se le denomina insulino dependiente, juvenil o de comienzo en la infancia, en este tipo de diabetes se genera una cantidad de insulina insuficiente y por ello, se precisa de una administración diaria de esta hormona.
- 2) Diabetes tipo 2, no insulino dependiente o de inicio en la etapa adulta, surge a raíz de un uso ineficaz de la insulina. Se trata del tipo de diabetes más común a nivel mundial.
- 3) Diabetes gestacional es la que se origina por la intolerancia a los hidratos de carbono durante el embarazo.

Según los datos recogidos por la Sociedad Española de la Diabetes, la prevalencia de dicha patología en España es de un 14,8%, afectando a 1 de cada 7 personas, y es considerada la segunda tasa más alta del continente europeo. La prevalencia es mayor en el género masculino que en el femenino.

En cuanto a la edad media de diagnóstico, en la DM2 suele presentarse a partir de los 50 años (90% de los casos) y en la DM1 en 4,9 años en la población pediátrica y de 19,3 años en el adulto. La diabetes gestacional incide entre un 5 y 12% de las mujeres embarazadas (2, 3)

Cada variante de esta enfermedad presenta diversas causas (4):

- Diabetes tipo 1:

La principal causa es la no producción de insulina por parte del organismo dando lugar a niveles altos de glucosa en sangre. Aún se desconocen los hallazgos que desencadenan la nula producción de insulina, lo que sí se sabe es que se trata de una combinación de factores genéticos y ambientales.

- Diabetes tipo 2:

La etiología se basa en una combinación de factores genéticos y metabólicos que dan lugar a una producción ineficaz de insulina o una mala gestión de la misma. Entre los factores no modificables encontramos: edad (más edad, más riesgo), antecedentes familiares y síndrome de ovario poliquístico.

Entre los factores modificables hallamos: HTA, sobrepeso/obesidad, tabaquismo e inactividad física.

- Diabetes gestacional:

Las hormonas producidas durante el embarazo pueden llegar a causar que el cuerpo de la madre muestre cierta resistencia hacia la insulina. Tener un peso elevado o la ganancia de peso excesiva durante la gestación, antecedentes familiares o personales de diabetes en embarazos previos pueden aumentar el riesgo de padecerla.

En cuanto a la sintomatología es muy similar en todos sus tipos. Entre las manifestaciones clínicas más habituales encontramos: la glucosuria (incremento de la excreción de glucosa a través de la orina), poliuria (aumento del volumen de orina), polidipsia (aumento de la sed), pérdida de peso y polifagia (se aumenta la ingesta de alimentos).

Respecto a las complicaciones de la diabetes se pueden clasificar en agudas y crónicas. Entre las agudas se hallan: la hiperglucemia, la hipoglucemia, la cetoacidosis diabética y el coma hiperglucémico hiperosmolar. Las complicaciones crónicas son aquellas que se producen a largo plazo y en las que la comorbilidad

tiene un papel importante para favorecer su desarrollo. Estas a su vez se dividen en:

- Microvasculares: retinopatía diabética, nefropatía diabética y neuropatía diabética.
- Macrovasculares: cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica y enfermedad cerebro vascular.

Cabe destacar la complicación de pie diabético, basado en una alteración causada a nivel neurológico producida por la hiperglucemia que con o sin presencia de isquemia da lugar a una lesión o úlcera en la piel. Se estima que en torno al 15% de la población con diabetes desarrolle como mínimo una úlcera. Se emplea la clasificación de Wagner para valorar la severidad de estas lesiones.

Existen tres pruebas que tienen como función medir la glucosa en sangre y a través de las cuales se puede establecer el diagnóstico. El test de la glucemia basal, basado en un análisis de sangre en ayunas, marcando como límite una glucemia de 126 mg/dl para el diagnóstico; sobrecarga oral de glucosa (SOG), el paciente ha de estar en ayunas y se le realizará una analítica de sangre en este estado, posteriormente se le administran vía oral 75 gramos de glucosa y se repetirá el análisis 1 hora y 2 horas después de la ingesta, un valor superior de 200 mg/dl es suficiente como criterio diagnóstico; y, por último, la medición de la hemoglobina glicosilada, este tipo de hemoglobina indica de forma aproximada el valor medio de glucosa en sangre en los últimos 3 meses, un valor superior a 6,5% sirve como diagnóstico de esta patología.

Si hablamos de diabetes gestacional, a todas las mujeres embarazadas se les realiza un cribado entre la semana 24 y 28 de gestación, esta prueba se denomina Test de O'Sullivan. Si dicho test saliera positivo es necesario realizar el test de tolerancia a la glucosa para confirmar el diagnóstico (5).

El tratamiento de la diabetes es complejo y consiste en la combinación tanto de medidas no farmacológicas como farmacológicas que tengan como finalidad controlar el nivel de glucosa en sangre y disminuir los riesgos asociados a la enfermedad. Es importante que las personas tengan una correcta adherencia terapéutica, se define como adherencia terapéutica a “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS) (6).

Lograr una buena adherencia terapéutica es una tarea difícil, ya que además in-

fluyen de forma negativa múltiples factores como pueden ser la edad avanzada del paciente, existencias de efectos secundarios derivados del tratamiento, falta de apoyo en el ámbito familiar y la dificultad de acceso al sistema sanitario y a las farmacias. Los test de Morisky-Green y el test de Haynes-Sacket son los cuestionarios más utilizados para medir la adherencia.

El método más eficaz para conseguir una correcta adherencia al tratamiento sería proporcionar al paciente la información necesaria, además de enseñarle a adoptar conductas de autocuidado, permitiendo que el individuo consiga un buen control metabólico y prevenir la aparición de complicaciones. Por ello en el presente capítulo se establece la hipótesis de que la educación diabetológica cumple un papel primordial en el autocuidado del paciente diagnosticado de diabetes mellitus (7).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar cómo influye la educación sanitaria en el autocuidado del paciente diabético.

Objetivos secundarios:

- Conocer los beneficios de establecer hábitos saludables en pacientes con diabetes mellitus.
- Establecer qué variables influyen en el mal control de la diabetes.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se llevó a cabo una revisión bibliográfica con metodología sistemática centrada en la influencia de la educación diabetológica en el autocuidado del paciente diabético. Se siguieron las pautas metodológicas PRISMA. Se revisó la literatura científica disponible mediante diversos buscadores y bases de datos, como son: Google Académico, Scielo, Medigraphic y Pubmed, aplicando las siguientes palabras clave: “diabetes mellitus”, “tratamiento”, “autocuidado”, “control metabólico”, “educación sanitaria”, “educación diabetológica”, “enfermería”.

Los estudios a incluir debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: a) artículos que abordasen el tema; b) aquellos que tuviesen acceso completo a su contenido; c) documentos escritos en castellano; d) publicados en los últimos diez

años. Se descartaron los artículos que: a) no trataran sobre el tema elegido; b) publicados antes del 2012; c) aquellos que no tuviesen fácil acceso a su contenido y no estuviesen en español.

Tras haber aplicado los criterios de inclusión y de exclusión se encontraron un total de 198 referencias bibliográficas, de las cuales escogimos 9 artículos de interés para incluir en este capítulo.

4 Resultados

La educación diabetológica es una parte fundamental para el manejo de la diabetes. Proporcionar conocimientos acerca de la alimentación, la práctica de ejercicio físico y el manejo de los medicamentos (ya sean antidiabéticos orales o insulina) constituye la base primordial para que el tratamiento sea eficaz. El objetivo principal es lograr un buen control metabólico, con el fin de disminuir la probabilidad de que aparezcan complicaciones crónicas que comprometan la calidad de vida de los pacientes. Las conductas/habilidades incluidas en el plan de educación diabetológica a adquirir por parte del paciente o allegados se centran básicamente: dieta, administración subcutánea de insulina, medida de la glucemia capilar, manejo de la hipoglucemia y prevención del pie diabético (8).

- MEJORAS EN EL CONTROL METABÓLICO

El estudio realizado por Aliza Copado C. et al. se basa en un ensayo clínico constituido por 120 sujetos y en el que se realizaron dos tipos de intervenciones: educación sanitaria en grupo y monitorización grupal de actividad física. Los participantes se dividieron en 4 grupos: el grupo 1, recibía educación diabetológica; el grupo 2, educación y ejercicio físico; el grupo 3, solamente ejercicio físico; y, el grupo 4, grupo control.

Los resultados muestran una disminución de la hemoglobina glicosilada tanto en el grupo que practica conjuntamente ejercicio y educación como en el que solo se realiza ejercicio.

Tras la acción conjunta de educación y ejercicio físico, se observaron beneficios tales como la disminución del peso, del IMC, del colesterol total y tensión arterial diastólica (9).

Por otro lado, Jurado Campos J et al. llevaron a cabo un estudio observacional prospectivo basado en la supresión de la educación y el grado de control metabólico al cabo de 5 años. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos: el grupo convencional y el grupo especializado. En los grupos se mide la

hemoglobina glicosilada antes de llevar a cabo la intervención y tras 5 años de recibir ambos únicamente educación convencional.

Después de los 5 años, se observó que ambos grupos disminuyeron el control metabólico (aumentando consigo el valor de hemoglobina glicosilada), siendo más relevante en el que recibió educación especializada previamente (10).

León-Mazón MA. et al. realizaron un estudio observacional en el que compararon parámetros clínicos y bioquímicos antes y después de un año de intervención educativa. El proyecto constaba de 126 sujetos. En cuanto a parámetros clínicos se observó una reducción del peso, IMC y del perímetro abdominal tanto en hombres como en mujeres. En relación a los parámetros bioquímicos se mostró un descenso importante en la glucosa, triglicéridos y hemoglobina glicosilada (11).

Solano Solano G. et al. hicieron un estudio cuasi experimental compuesto por 82 pacientes, a los cuales se les dividió en dos grupos: grupo intervención y grupo control. Los resultados mostraron que, tras la intervención, el 27% de los pacientes pertenecientes al grupo intervención disminuyeron un 5% su peso inicial y el 55% normalizaron la glucemia basal, la hemoglobina glicosilada, el colesterol total, LDL y los triglicéridos (12).

- MEJORAS EN EL AUTOCUIDADO

Avila Alpírez H. et al. plantearon como objetivo de su estudio de qué manera influye la educación sanitaria proporcionada por el personal de enfermería en el autocuidado de pacientes con diabetes. La muestra estaba constituida por 20 sujetos. Se realizaron dos mediciones mediante un cuestionario: una pre-intervención y otra post-intervención. Los resultados revelaron mejoras estadísticamente significativas en el autocuidado posteriormente a introducir el apoyo educativo (13).

Pimentel James JA. et al. elaboraron una revisión bibliográfica acerca de la efectividad a largo plazo de intervenciones educativas en el manejo del autocuidado del paciente diabético. Revisaron un total de 8 artículos centrados en el tema. En cuanto a los resultados cognitivos, se observó en 3 de las investigaciones un buen nivel de conocimientos a largo plazo. Respecto a los resultados conductuales, se lograron efectos positivos en el autocuidado a los 6 meses, 1 año y 5 años tras establecer el programa educativo. A su vez, también se observaron mejoras en la calidad de vida (14).

El estudio llevado a cabo por Romero Baquedano I. et al. basado en el autocuidado de personas con diabetes atendidas en el servicio de urgencia de México estaba

compuesto por 251 personas. Mediante los resultados obtenidos en la Escala de Capacidad de Autocuidado se reflejó que, 33% de los individuos presentaron buena capacidad de autocuidado y el 67%, regular (15).

Guzmán-Pérez MI. et al. desarrollaron una investigación sobre el nivel de conocimientos que poseen 69 personas diabéticas acerca del autocuidado. Se encuestó al grupo antes y después de las sesiones educativas. Como resultados se obtuvieron los siguientes: alrededor del 50% de los casos poseen conocimientos aceptables en referencia a la enfermedad y posibles complicaciones y el 71% tienen un nivel aceptable en cuanto a su autocuidado (16).

Por último, Priscila Peña A. et al. revelaron en su estudio que, antes de la intervención el 87,3% de las personas participantes presentaban baja capacidad de autocuidado, mientras que después el porcentaje disminuyó a un 45,9%. Concluyendo que la educación para la salud reporta cambios positivos en la capacidad de autocuidado del paciente (17).

5 Discusión-Conclusión

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica, cuya característica principal es un aumento del nivel de glucosa en sangre, ya sea porque el páncreas no secreta suficiente insulina o por una gestión ineficaz de la misma. Existen diversos tipos de diabetes, siendo la más común la diabetes tipo 2.

España tiene la segunda tasa de prevalencia de esta patología en Europa, afectando a un 14,8% de la población. La prevalencia es superior en hombres que en mujeres.

A pesar de los avances científicos, la diabetes sigue constituyendo un problema de salud pública. La educación diabetológica es uno de los pilares fundamentales de las estrategias preventivas y de tratamiento. El objetivo principal de la educación es proporcionar la información necesaria para que el propio paciente logre responsabilizarse del control de la enfermedad y, por tanto, fomentar su autonomía. Dicha información debe facilitarse teniendo en cuenta todos aquellos factores que puedan entorpecer el proceso (edad avanzada, ausencia de apoyo familiar, etc.).

Los estudios incluidos en la presente revisión refieren que, tras la aplicación de intervenciones educativas, se hallan mejoras en cuanto a ciertos parámetros como son el peso, el IMC, la glucemia basal, la hemoglobina glicosilada, el colesterol y

los triglicéridos dando lugar a un buen control metabólico.

Respecto al autocuidado también se observaron mejoras estadísticamente significativas después de recibir la educación en comparación a los datos recogidos previamente a ella.

Se ha visto que si los pacientes están informados correctamente e implicados en su enfermedad son capaces de llevar un buen control glucémico y cuidarse mejor. Esto significa una disminución de la probabilidad de que aparezcan complicaciones que comprometan seriamente la salud del paciente.

6 Bibliografía

1. Diabetes [Internet]. OPS/OMS - Diabetes. [citado 11 Dic 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=4475&layout=blog&Itemid=40610&lang=es&limitstart=15
2. ESPAÑA ES EL SEGUNDO PAÍS CON MAYOR PREVALENCIA DE DIABETES DE EUROPA [Internet]. Sociedad Española de Diabetes. [citado 12 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.sediabetes.org/comunicacion/sala-de-prensa/espana-es-el-segundo-pais-con-mayor-prevalencia-de-diabetes-de-europa/>
3. Un estudio de la sed aclara la situación de la diabetes tipo 1 en España [Internet]. Sociedad Española de Diabetes. [citado 11 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.sediabetes.org/comunicacion/sala-de-prensa/un-estudio-de-la-sed-aclara-la-situacion-de-la-diabetes-tipo-1-en-espana/>
4. Causas [Internet]. Federación Española de Diabetes FEDE. 2019 [citado 8 Dic 2022]. Disponible en: <https://fedesp.es/diabetes/causas/>
5. Vázquez Álvarez A. DIABETES MELLITUS: TRATAMIENTO Y EDUCACIÓN SANITARIA. Revista NPUNTO [Internet]. 2021 Nov. [citado 13 dic 2022]. 4(44). Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/44/diabetes-mellitus-tratamiento-y-educacion-sanitaria>
6. Adherencia Terapéutica y el Papel del Farmacéutico [Internet]. Laboratorios Normon España. [citado 10 dic 2022]. Disponible en: <https://www.normon.es/articulo-blog/adherencia-terapeutica-y-el-papel-del-farmaceutico>
7. Sánchez-Garrido R, Isabel Rodríguez M, Plácida Molina M, Luis Martínez J, Martínez L, Escolar JL. Análisis de la Educación Diabetológica y perfiles de Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un área sanitaria rural [Internet]. Revista de Calidad Asistencial. Elsevier; 2015 [citado 10 dic 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-analisis-educacion-diabetologica-perfiles-pacientes-13070528>

8. Revista Española de Salud Pública. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [citado 14 dic 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/
9. Ariza Copado C, Gavara Palomar V, Muñoz Ureña A, Aguera Mengual F, Soto Martínez M, Lorca Serralta JR. Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico [Improvement of control in subjects with type 2 diabetes after a joint intervention: diabetes education and physical activity]. *Aten Primaria*. 2011 Aug;43(8):398-406. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2010.07.006. Epub 2011 Feb 24. PMID: 21349603; PMCID: PMC7025064.
10. Jurado Campos J, Caula Ros JA, Hernández Anguera JM, Juvinyà Canal D, Pou Torelló JM. La Supresión de la Educación Especializada empeora el control metabólico en diabetes Tipo 2 [Internet]. *Atención Primaria*. Elsevier; 2009 [citado 12 dic 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-supresion-educacion-especializada-empeora-S0212656709002649>
11. Eficacia del programa de educación en diabetes en parámetros clínicos y bioquímicos [Internet]. [citado 12 dic 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im131j.pdf>
12. Solano Solano G, Emilia Pace A, García Reza C, Del Castillo Arreda A. Efectos de un protocolo aplicado por enfermeras en el control metabólico a personas con diabetes tipo 2 [Internet]. Scielo. Universidad de Concepción; [citado 9 dic 2022]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532013000100008&script=sci_arttext
13. Intervención de enfermería en el autocuidado con Apoyo Educativo en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 [Internet]. [citado 14 dic 2022]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/877/1/culturacuidados_20_20.pdf
14. Pimentel James JA, Sanhueza Alvarado O, Gutiérrez Valverde JM, Gallegos Cabriales EC. Evaluación del efecto a largo plazo de intervenciones educativas para el autocuidado de la diabetes. *Scielo*. 2014. 20(3). 59-68.
15. Romero Baquedano I, Antonio Dos Santos M, Aparecida Martins T, Lúcia Zanetti M. Self-care of patients with diabetes mellitus cared for at an Emergency Service in Mexico. *Scielo*. 2010. 18(6):1195-202.
16. Guzmán-Pérez ML, Cruz-Cauich A, Parra-Jiménez J, Manzano-Orsorio M. Control glucémico, conocimientos y autocuidado de pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas. *Rev Enferm IMSS*. 2016. 13(1):9-13. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/607/591

17. Peña AP, Venegas BC, Obando JA. Educación en salud para promover autocuidado en personas con Diabetes tipo 2 durante su hospitalización. Univ. Salud. 2020;22(3):246-255. Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3963>

Capítulo 30

PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL USO DE CONTENCIÓNES MECÁNICAS EN PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

INMACULADA FERNÁNDEZ SANCHO

1 Introducción

Los sistemas de sujeción físicos o mecánicos, como apoyabrazos, correas en sillas o camas, mesas de seguridad, se utilizan comúnmente en hospitales generales, hogares de ancianos y guarderías para ancianos. Las razones para usar este tipo de restricción mecánica o física son principalmente para prevenir caídas y lesiones relacionadas con caídas, controlar el comportamiento en forma de agitación y/o deambulación, lo que permite administrar la atención médica y evitar lesiones y descuidos. retirar a los pacientes hospitalizados de los dispositivos portátiles (p. ej., catéteres, drenajes, sondas, etc.). Aunque no hay pruebas claras de la eficacia de esta práctica, los posibles efectos nocivos son bien conocidos e incluyen daños asociados con el uso de restricciones físicas y efectos negativos sobre el bienestar humano. En general, se recomienda minimizar o eliminar su uso en la medida de lo posible y garantizar la seguridad de los pacientes y personas sanas y enfermas. Dos revisores seleccionaron de forma independiente los artículos para su inclusión, extrajeron los datos y evaluaron el riesgo de sesgo de todos los estudios incluidos, como se describe a continuación. Debido a la heterogeneidad de los datos, no fueron adecuados para análisis adicionales y los resultados se presentan en forma narrativa.

2 Objetivos

Evaluar la mejor evidencia de los efectos y la seguridad de las intervenciones destinadas a prevenir y reducir el uso de la contención mecánica de las personas mayores en los ámbitos hospitalarios generales incluyendo éstas residencias geriátricas y describir el contenido, los componentes y los procesos de estas intervenciones. Dos autores de la revisión, de forma independiente, seleccionaron los artículos para inclusión, extrajeron los datos y evaluaron el riesgo de sesgo de todos los estudios incluidos. Debido a la heterogeneidad de los datos, no fueron aptos para el metanálisis y los resultados se presentaron de forma narrativa. Se utilizó el método GRADE para describir la certeza en los resultados.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática, en la que se ha hecho una recopilación de información en distintas plataformas de bases de datos científicos (Medline, Pubmed, Cochrane, Cuiden) y en el buscador Google Académico. También se realizaron búsquedas en los registros de ensayos para identificar estudios no publicados.

4 Resultados

De los cuatro estudios incluidos, dos eran ensayos controlados aleatorios y los otros dos eran ensayos clínicos controlados. Un estudio se realizó en un departamento de salud general canadiense y los otros tres se realizaron en un hospital de rehabilitación japonés. Tres estudios incluyeron a más de 1700 participantes, pero el número de participantes no se informó en el cuarto estudio. La edad media varió de 67 a 84 años y el seguimiento incluyó una estancia hospitalaria media de 21 días en un estudio y de 4 a 11 meses en el otro estudio. Las definiciones de restricciones físicas/restricciones difirieron levemente y un estudio no incluyó barandillas de cama.

Tres estudios se centraron en intervenciones organizacionales para implementar una política mínimamente restrictiva para aliviar las restricciones físicas. El enfoque teórico de la intervención y el contenido del componente de capacitación fueron comparables entre los estudios. Un estudio final investigó el uso de sensores de presión en participantes con alto riesgo de caídas. Esto alertó a los participantes si se levantaban de la cama o de la silla y aplicaban presión. Los grupos de control en todos los estudios recibieron la atención habitual.

Debido a la certeza muy baja de la evidencia, no existe seguridad acerca del impacto de la intervención institucional para implementar una política mínimamente restrictiva en el resultado primario de eficacia de esta evaluación. Un estudio encontró un aumento en el número de participantes que estaban restringidos al menos una vez en los grupos de intervención y control, otro mostró una ligera disminución en ambos grupos, y un tercero El estudio mostró una disminución en el número de participantes con limitaciones físicas bajas en todos los grupos. grupo. Se realizó el grupo después de la intervención, pero no se proporcionaron detalles. Se encontraron pruebas sólidas para el uso de alarmas con sensor de presión de la cama o la silla en personas con alto riesgo de caídas, pero tuvieron un efecto de moderado a escaso o nulo en el número de participantes. Tiene al menos una limitación física en comparación con la atención habitual. no hay pruebas que respalden el uso de alarmas con sensores de presión en camas y sillas para personas en riesgo para reducir el número de caídas. No hay estudios definitivos sobre las lesiones relacionadas con caídas.

Se encontró evidencia de que las intervenciones institucionales pueden lograr poca o ninguna diferencia en el funcionamiento del paciente, incluida la movilidad aquí. También se concluyó que el uso de alarmas con sensores tuvo poco o ningún impacto en la movilidad.

Aunque la certeza de la evidencia es muy sólida, tampoco está claro el efecto de las intervenciones sobre las actitudes y el conocimiento de las enfermeras generales y los trabajadores de la salud sobre el uso de restricciones.

5 Discusión-Conclusión

Se desconoce si las intervenciones institucionales para hacer cumplir una política menos restrictiva pueden reducir las restricciones físicas en entornos hospitalarios generales. Cualquiera que sea la razón subyacente, el uso de una alarma de detección de presión de cama o silla en personas con alto riesgo de caídas puede tener poco o ningún efecto en comparación con el uso de otros medios. Debido al pequeño número de estudios y sus limitaciones, los resultados deben interpretarse con cautela. Se necesita más investigación sobre estrategias efectivas para implementar políticas menos restrictivas y superar las barreras para aliviar las restricciones físicas en hospitales generales, hogares de ancianos y centros de día.

6 Bibliografia

- 1.Wong, CH. Effects of a physical restraint reduction program on restraint prevalence, restraint proportion, fall number and nurses' knowledge, attitude and practice on physical restraint use. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences 2020;81(9-A):27783980.
2. Lai CK, Chow SK, Suen LK, Wong IY. Reduction of physical restraints on patients during hospitalisation/rehabilitation: a clinical trial. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics* 2013;8:38-43.
3. Kwok T, Mok F, Chien WT, Tam E. Does access to bed-chair pressure sensors reduce physical restraint use in the rehabilitative care setting. *Journal of Clinical Nursing* 2006;15(5):581-7.
- 4.Enns E, Rhemtulla R, Ewa V, Fruetel K, Holroyd-Leduc JM. A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2014;62(3):541-5.
- 5.Kwok T, Mok F, Chien WT, Tam E. Does access to bed-chair pressure sensors reduce physical restraint use in the rehabilitative care setting. *Journal of Clinical Nursing* 2006;15(5):581-7.

Capítulo 31

BURNOUT EN CUIDADORES DE PACIENTES GERIÁTRICOS

ALICIA CRESPO ALONSO

ALVARO DEL VAL PELAEZ

ALEXA MARTINEZ GONZALEZ

1 Introducción

El término burnout, es el llamado síndrome de desgaste profesional o síndrome de estar quemado, es el veredicto que tiene un trabajador cuando siente la diferencia que hay entre sus propios principios y la veracidad de su historia laboral. Se lleva a efecto, principalmente , en los empleos de ayuda y de correspondencia social frecuente. Es un agotamiento mental y físico que se dilata en el tiempo causando graves problemas para la salud como perder el autoestima , perturbar la personalidad... en el trabajo.

Este síndrome llamado burnout fue descrito por un psiquiatra en 1974 llamado Herbert Freudenberger quien describe esta patología es peligrosa ya que quien la padece puede perder la atención en sus tareas profesionales , su compromiso profesional ,todo esto puede llegar a desencadenar a acontecimientos peligrosos como una depresión grave. Esta expresión que como primigenio viene del mundo del deporte , se comenta como vivían la gente dedicada al deporte cuando no obtenían los resultados que querían a pesar de su dedicación y esfuerzo por mejorarse y superarse. Seguidamente esta expresión se fue dando en otros lugares como en el trabajo, ya que al igual que los deportistas pese a su dedicación y esfuerzo, terminan expresando problemas en el trabajo . Expresando desgaste.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Solicitar apoyo.

Objetivos secundarios:

- Duerma un tiempo óptimo de entre 7-9 horas diarias.
- Aumente su autoestima.
- Lleve una dieta sana y equilibrada.
- Procure disminuir el consumo de alcohol y café (sobre todo 3 horas antes de dormir).
- Ordenar el trabajo por orden, dar precedencia a las tareas más importantes.
- Hablar con los jefes, si algo que te exijan no lo puedes realizar y te supone un problema.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha hecho un estudio intensivo en diferentes tipos y sitios. Se ha estudiado en las mejores bases de datos como por ejemplo: Pubmed, Medline, Scielo, recogiendo los más importantes de todos los estudios. También se revisó y se recogieron datos en diferentes páginas de Google.

4 Resultados

Para saber si una persona parece burnout se realizan unos test donde los resultados lo aclaran, si la puntuación respecto a la sobrecarga de esfuerzo psíquico o la pérdida de individualidad por encima de los puntos estimados, y una baja puntuación en la autorrealización, se diagnostica síndrome burnout.

Existen dos tipos de burnout, activo y pasivo. El burnout activo tiene buenas conexiones extrínsecas del trabajo y en el burnout pasivo el trabajador tiene actitud de indiferencia.

El término burnout se distingue en 5 etapas

- Fase inicial o de exaltación.
- Fase de estancación.
- Fase de fracaso.
- Fase de indiferencia.
- Fase de cansado.

La Organización Mundial de la Salud contempla el síndrome de burnout como enfermedad profesional debido a las características que motivan su aparición.

Esta alteración mental causa un cansancio emocional en las personas trabajadoras, creciendo el estrés laboral y así llevando una percepción de inacción, dejadez y poca eficacia.

Hay una diferente similitud entre el estrés y el burnout. Aunque estos dos problemas van a terminar siendo muy parecidos. El estrés es una patología que se va reuniendo, y se va viendo que las tareas ya no se pueden realizar con la misma facilidad. Cuando pasa un tiempo, se empieza a sentir que se disminuye la concentración, y/o alteración de memoria, y con estos padecimientos se sufre más estrés. Y es que tener todos estos síntomas mentales no es lo normal. Las manifestaciones del burnout empiezan a verse. Ya que se quiere tomar acciones contra estos síntomas, logramos estar aún más estresados. Por eso que el estrés se presenta igual porque estás padeciendo los síntomas del estrés, y esto hace efecto pelota, esto produce que sufras todavía más estrés y por conclusión más síntomas de burnout.

5 Discusión-Conclusión

Este Síndrome del Burnout puede estar bien tratado por todo el personal que trabajan en la esfera de la salud si estuvieran instruidos y preparados para la prevención del mismo, también indicándoles como enfrentarse o deshacerse de aquellos estados que provocan sentimientos contrapuestos con nosotros mismos o con el resto de personas que nos rodea (directivos, colegas, personal de enfermería, familiares, amigos, etc.) que están todos los días, también contamos con diferentes técnicas terapéuticas que nos son de gran ayuda. Las técnicas eficientes son las de orientación cognitivo conductual, con esto logramos enfrentar el estrés, remodelación cognitiva y mejorar nuestros pensamientos negativos.

6 Bibliografía

1. Fundación foro.
2. cbarra.webs.ull.es.
3. www.universia.net.
4. factorial.mx.
5. Google.

Capítulo 32

EL ANCIANO Y SUS CUIDADOS

ALEXA MARTINEZ GONZALEZ

ALVARO DEL VAL PELAEZ

ALICIA CRESPO ALONSO

1 Introducción

Se conoce como envejecimiento al desarrollo que se inicia desde el nacimiento y termina con la muerte.

Llamamos vejez a la última etapa de la vida, es algo natural que forma parte del envejecimiento. Se dice que comienza a partir de los 60 años, pero no se determina por simple cronología, sino más bien por la evolución vital de las personas:

- Edad cronológica (desde el inicio de la vida).
- Edad fisiológica (según las funciones del cuerpo).
- Edad psíquica o mental (según envejecimiento psicológico).
- Edad subjetiva (según el envejecimiento que sufra cada persona).
- Edad social (según el rol o circunstancias marcadas (familiares, económicos, laborales)).

Es verdad que el envejecimiento también va ligado a una serie de modificaciones:

- Modificaciones morfológicas y funcionales (peso, estatura, en la piel, modificaciones funcionales).
- Modificaciones sensorio-perceptivas (vista, oído, tacto, gusto, olfato).
- Modificaciones psicológicas.
- Modificaciones sociales.

El anciano con más frecuencia puede sufrir variación en el estado de salud y por lo tanto perder calidad de vida, las enfermedades más frecuentes que pueden sufrir son :

- Enfermedades aparato digestivo (estreñimiento, divertículos, hernias).
- Enfermedades respiratorias (neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), gripe).
- Enfermedades cardiovasculares (hipertensión, cardiopatía, insuficiencia venosa).
- Enfermedades sistema endocrino (obesidad, diabetes, malnutrición).
- Enfermedades aparato locomotor (artritis, artrosis, osteoporosis).
- Enfermedades aparato genitourinario (procesos litíasicos, alternación en la micción, próstata, prolapso uterino).
- Otras enfermedades (tumores, demencias, Parkinson).

2 Objetivos

- Conocer el envejecimiento y cambios que se sufren con el paso de la edad.
- Poner de manifiesto la importancia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) para ayudar y cuidar a los ancianos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado 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: Google, Google Académico y Scielo.

Las palabras claves para realizar la búsqueda han sido:

- Anciano.
- Envejecimiento.
- Cuidados al anciano.
- TCAE.

4 Resultados

En la especialidad de geriatría, es muy importante el papel del TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería). Las actividades de ocio son muy valiosas en la vida de los ancianos, es una manera de conservarse activos y tienen la

necesidad de sentirse aún integrados en la sociedad, esto repercute para bien proporcionando: vitalidad, energía, autoestima, felicidad, etc.

La autonomía personal y movilidad en los ancianos es de vital importancia, el TCAE es el profesional que le ayudará en todo lo que necesite.

Para el bienestar de estas personas es necesaria mantener una piel limpia e hidratada, así evitaremos la aparición de ciertas infecciones. Si se precisa, el aseo se realizará en la cama, con el máximo respeto y cuidado posible.

Para evitar la aparición de úlceras (el mayor problema en las personas encamadas) es necesaria la movilización y los cambios posturales.

Con la edad se va perdiendo el apetito y es imprescindible una buena alimentación y nutrición, si el anciano puede comer por si solo, se le animará y le dejaremos el tiempo necesario para terminar.

Necesitan una dieta de alto contenido en fibra y baja en grasas, ya que facilitará la digestión y así evitar la obstrucción intestinal (es un gran problema con el paso de la edad).

La causa principal de lesión entre los ancianos, son las caídas (muy importante la prevención), disminuyen la movilidad y la independencia.

El TCAE además de todas estas funciones, colaborará en otros procedimientos como puede ser :

- Realización de pruebas diagnósticas y tratamientos.
- Administración de fármacos.
- Recogida de muestras.
- Control, reposición, limpieza y desinfección del material.
- Cuidados post mortem.
- Medidas de promoción de la salud y educación sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

La aceptación del envejecimiento y el ser consecuente de las limitaciones que sufrimos con el paso de la edad, permite a las personas ancianas establecer un punto de vista de la vida satisfactorio.

Uno de los objetivos a cumplir con estas personas es preservar el máximo nivel de autonomía y prevenir la aparición de enfermedades.

Otro propósito es mejorar la calidad de vida, facilitando el estilo de vida con ayudas externas que les permita llevar a cabo las actividades de cada día.

Es evidente que todos estos cuidados, junto con una buena alimentación, una vida activa, tienen una gran importancia en la salud de los ancianos.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tcae-cuidados-anciano/>.
2. <https://revistamedica.com/actuacion-basica-tcae-anciano/>.
3. <https://on-enfermeria.com/wp-content/uploads/2019/12/GERIATRIA-TCAE-FRAGMENTO.pdf>.

Capítulo 33

LA ALIMENTACIÓN DE LOS PACIENTES CON ALZHEIMER Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

IVÁN MORÁN SUÁREZ

1 Introducción

El Alzheimer es un trastorno neurológico degenerativo que hace que el cerebro se atrofie y las neuronas cerebrales mueran. Es la causa de demencia más común e implica un deterioro del pensamiento, la consciencia y las habilidades sociales que va imposibilitando progresivamente la capacidad de llevar una vida independiente.

Los primeros indicios de esta enfermedad incluyen el olvido de eventos o conversaciones recientes y a medida que la enfermedad progresa, una persona con enfermedad de Alzheimer presentará una gran pérdida de memoria sobre todo a corto plazo e incapacidad para realizar las tareas cotidianas.

Los medicamentos pueden ayudar a controlar y retrasar los síntomas de la enfermedad y pueden ayudar a las personas con enfermedad de Alzheimer a alargar al máximo sus funciones y mantener su independencia lo máximo posible.

No existe actualmente una cura para la enfermedad de Alzheimer o un medicamento que altere la evolución de la enfermedad en el cerebro.

En los últimos estadios de la enfermedad, las complicaciones causadas por la pérdida de la función cerebral (como la deshidratación, la malnutrición o la infección) terminan llevando al paciente a la muerte.

Cada día se evidencia más la importancia que tiene la nutrición en el desarrollo y progresión de múltiples enfermedades neurológicas como el Alzheimer.

Por esto, la alimentación debe formar parte del tratamiento y debe estar adaptada al paciente en cada momento de la enfermedad, en cuanto a valor calórico y textura se refiere.

A las alteraciones típicas de esta enfermedad hay que sumarles las alteraciones fisiológicas que se producen durante el envejecimiento así como la presencia de otras enfermedades (diabetes, hipertensión, etc.). Todo esto puede comprometer el estado nutricional del paciente favoreciendo la desnutrición que agravará la demencia y su morbilidad.

2 Objetivos

- Abordar el problema de nutrición en los enfermos de Alzheimer.
- Exponer los principales estadios y las peculiaridades de los mismos

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente relacionada con el enfermo de Alzheimer y su nutrición. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

El deterioro de la enfermedad de Alzheimer evoluciona en varias fases clínicas (leve, moderada y grave o final) y cada una de estas fases presenta diferentes problemas relacionados con la alimentación o la nutrición.

En una fase inicial, el paciente es autónomo para comer y beber, pero el comienzo de la pérdida de memoria hace que no se cumplan todas las tomas o ingestas del día, que los alimentos se queden a medio preparar, las compras no se realicen adecuadamente etc.

Es importante durante esta fase hacer partícipe al paciente de la elaboración de las comidas para incidir en cada una de las tomas.

En una fase intermedia el paciente comienza a tener dificultades para hacerse cargo de su propia alimentación de forma autónoma y la presencia de problemas motores le hacen dependiente también a la hora de la ingesta, dificultándose el manejo de cubiertos. Comienzan a aparecer dificultades en la deglución y la masticación y alteraciones a la hora de percibir olores y sabores o de diferenciar si el alimento está caliente o frío. Comienza a haber inapetencia y rechazo por los alimentos.

En una fase final la dependencia del paciente para comer es total, la incapacidad para tragar supone un riesgo por atragantamiento o broncoaspiración y esto provoca el rechazo del paciente por las ingestas. Además de la anorexia también el deterioro físico conlleva trastornos digestivos como un sistema intestinal ralentizado y estreñimiento crónico.

En esta fase es importante conseguir mantener cubiertas las necesidades nutricionales y la hidratación del paciente, así como asistirle con enemas o medicamentos que faciliten el tránsito intestinal. También es importante mantener los hábitos alimenticios que el paciente tuviera antes de la enfermedad, como son los horarios de comidas, no excluirle de las comidas familiares, intentar convertir el momento de la comida en algo placentero, etc.

Es muy importante mantener el hábito con este tipo de pacientes, procurando que las ingestas sean en el mismo lugar, a la misma hora, etc.

Se realizarán ingestas numerosas y de poca cantidad, colocando la cabeza del paciente en una posición que facilite la deglución y ayudando al paciente si fuera necesario a mover la mandíbula o masajeando la misma.

Se deben de emplear ingredientes y alimentos que sean de su agrado y que sean lo más fácil posible de ingerir, siempre teniendo en cuenta que la dieta sea variada y equilibrada, rica en hidratos de carbono, proteínas y grasas de calidad, provenientes sobre todo de verduras, frutas, legumbres, lácteos y huevos.

Se mantendrá al paciente hidratado en todo momento, asegurando que el paciente bebe por lo menos un litro y medio de líquidos al día, o utilizando espesantes para facilitar el tragado.

5 Discusión-Conclusión

A la luz de la evidencia científica, documentos éticos y manuales prácticos, no se recomienda la alimentación por sonda nasogástrica en pacientes con demencias avanzadas como puede ser la enfermedad de Alzheimer, y no se debería promover el uso generalizado de la misma por parte del personal sanitario, por los riesgos asociados que conlleva su uso.

Desde las primeras fases de la enfermedad se debe elaborar un plan de cuidados nutricionales adecuado al paciente y a sus preferencias, hábitos y gustos.

Debemos informar de manera adecuada a la familia de las decisiones tomadas por el equipo y siempre hay que dejar muy claro que el no iniciar una nutrición artificial no supone la interrupción de los cuidados a su ser querido.

Se elaborará una dieta adecuada para cada fase que cumpla con las necesidades calóricas y nutricionales y se informará a la familia de la manera más adecuada de llevarla a cabo y de administrarla en aras de prolongar la calidad de vida del paciente y de retardar el deterioro de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. De la Rica, Ma, Hernando. I. Cuidadores del anciano demente. Rev. Rol de enfermería 1994; 187: 35-40.
2. Envejecer en España. II Asamblea mundial sobre el envejecimiento. IMSERSO Vol 8 Abril 2002.
3. Merck & Co. INC. Manual Merck de geriatría. Barcelona: Doyma, 1992,
4. Programa de atención a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud, 1999.
5. Salgado A. Guillen. F. Manual de Geriatría. Masson. Salvat Medicina. Barcelona 1994.
6. Schlenker. E.D. Nutrición en el envejecimiento. Mosby/ Doyma libros. Madrid 1994.

Capítulo 34

COLITIS ULCEROSA. QUÉ ES Y SUS CUIDADOS COMO TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

SARA MERINO MONTAÑÉS

1 Introducción

La colitis ulcerosa es una enfermedad bastante común, es crónica y afecta a todo el colón (el ascendente, el transverso y el descendente) aunque la localización más frecuente es en el recto, provocando inflamación y úlceras. La colitis evoluciona de manera recurrente con brotes.

La causa de esta enfermedad son aún desconocidas aunque se cree que puede haber factores que la agraven como el estilo de vida del individuo (la dieta, el estrés, etc.). No existe una cura para ella, pero sí tratamientos que reduzcan los síntomas e incluso por una larga temporada. En casos severos los médicos podrían llegar a extirpar el colón.

Para poder diagnosticar esta enfermedad al paciente se le haría pruebas de heces, pruebas de sangre, colonoscopias y pruebas de imagen.

No se puede prevenir que aparezca la colitis, pero sí podemos evitar en la medida de lo posible en que aparezcan brotes con menor frecuencia o menos intensos siguiendo unas pautas: beber mucha agua, comer mucha fruta y verduras, evitar el alcohol, el café, el tabaco, tomar lácteos con probióticos, hacer ejercicio...

Se sabe que cada década con esta enfermedad diagnosticada aumenta el riesgo de padecer cáncer de colon. Por eso es importante cuidarse mucho y estar controlado por el médico para poder evitarlo.

2 Objetivos

Estudiar las funciones del TCAE ante la colitis infecciosa.

3 Caso clínico

Si un paciente ingresa en el hospital con un brote agudo o moderado de colitis ulcerosa (fase activa) los síntomas que tendrían podrían ser fiebre, dolor abdominal, pérdida de peso, heces con sangre y/o moco, deposiciones escasas y numerosas, necesidad de defecar con urgencia.

Para poder diagnosticar la enfermedad para poder tratarla se le harían una serie de pruebas, TAC, ecografías, colonoscopias...

Dependiendo de la gravedad que cursa la enfermedad en cada persona no siempre tiene el mismo tratamiento. Se pueden usar corticoides, antibióticos, inmunosupresores, y se pueden ser orales o en supositorios. También se podría recurrir a la cirugía extrayendo el colon y el recto completos, creando una ileostomía, o extirpando parte del colon y dejando los músculos externos del recto.

Deberá llevar una dieta mucho más adecuada, de fácil digestión, hidratante, hiperoalérgica, baja en fibra para reducir el daño a la mucosa inflamada del intestino grueso. Comería pequeñas cantidades pero más veces al día. Tomarían una suplementación de calcio y vitamina D.

Después de cada comida debe de mantenerse en reposo con el cabecero levantado unos 30 minutos.

La colitis ulcerosa se le puede agravar y se llamaría colitis fulminante o tóxica con una hemorragia masiva, perforación del colon o una infección diseminada. Esta lesión en los nervios y músculos de la pared intestinal hacen que se detengan los movimientos de contracción normales y provoca una distensión abdominal. Una complicación en poco tiempo podría provocar peritonitis provocando fiebre muy alta y dolor abdominal.

En ocasiones los síntomas de la enfermedad no tienen por qué ser gastrointestinales, también pueden ser llagas de color púrpura oscuras con pus en la piel, inflamación en la parte interna del ojo, de las articulaciones de la pelvis, o de la columna vertebral.

4 Discusión-Conclusión

El TCAE deberá de darle muchos cuidados ya sea desde un aseo, ya que a veces con los dolores no se podrá apenas mover, hasta cuidar de su alimentación e insi-

stirle en que beba muchos líquidos, y recordarle que debe mantenerse en reposo después de cada comida con el cabecero elevado unos 30 minutos. También tendrá que darle mucho apoyo, ya que es una enfermedad que aunque se trate puede volver a brotar. También existe la posibilidad que se magnifique la enfermedad desarrollando un tumor de colon, para ello es recomendable hacer colonoscopias sobre todo a partir de los 8-10 años desde que se diagnostica la enfermedad.

5 Bibliografía

1. Abbvie care que es, síntomas y diagnóstico de la colitis ulcerosa <https://abbviecare.es>.
2. UACC sobre el tipo de alimentación <https://www.ua-cc.org>.
3. Clínica Universidad de Navarra <https://www.cun.es>.
4. Mayo Clinic <https://www.mayoclinic.org>.
5. Grupo de Educación en Salud para la Ciudadanía de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

Capítulo 35

LA HUMANIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANGELA MARTINEZ LOPEZ

LAIA TORRES JIMÉNEZ

FRANCISCO GARCÍA SÁNCHEZ

MIGUEL ANGEL MUÑOZ RABADÁN

MARÍA NIEVES MUÑOZ RABADÁN

1 Introducción

Desde los tiempos de Hipócrates, el concepto de dignidad va unido al ser humano siendo un valor intrínseco. Esta dignidad debe mantenerse siempre tenga el ser humano un rol activo o pasivo en la sociedad. Defender y respetar la vida ha sido a lo largo de la historia la base de todas las culturas.

A lo largo de la historia de España, las Unidades de Cuidados Intensivos han realizado un esfuerzo excepcional desde que se crearon dando la oportunidad de alargar la esperanza de vida a los pacientes. Podemos mencionar la epidemia de poliomielitis en los años 50 del pasado siglo XX, desde entonces y gracias a los avances científicos y tecnológicos se ha disminuido la mortalidad en pro

de la deshumanización de este servicio. La tecnificación y superespecialización alcanzadas para tratar a la persona enferma han sido inversamente proporcional a las habilidades sociales y de humanización del trato al paciente y a su familia, concebida como atención integral que se ve incrementada cuando en ingresos es en este tipo de unidades y en esta época de pandemia ha llegado a sus más altas cotas.

Cuando una persona ingresa en una unidad de cuidados intensivos existe un compromiso vital potencial y real. Esta persona va a abandonar su rol activo y su entorno para enfrentarse a otro en el que va a adquirir un rol pasivo y de dependencia del equipo médico y de enfermería. La persona comienza a sufrir tanto a nivel físico como a nivel psicológico.

Tradicionalmente, las visitas a las Unidades de Cuidados Intensivos, por parte de los familiares eran cortas y limitadas porque se consideraba erróneamente existía mayor riesgo de infección. Desde finales de los años 70 del siglo pasado, el cuestionario Molter y Leske muestra la importancia de las necesidades de los familiares de los pacientes de estos servicios, se ha centrado la atención en el paciente olvidando que tanto paciente como familiar es única unidad a cuidar. Contrariamente a lo mencionado, se ha demostrado que las unidades de puertas abiertas disminuyen el estrés tanto de la familia como el paciente observando una mejoría del paciente durante la visita familiar.

De una parte, la complejidad del sistema ante la masificación y la burocratización ha arrastrado a la sanidad a una despersonalización y de otra, el alto nivel de exigencia a los profesionales ha dado lugar a esa pérdida de humanización que se debe recuperar.

Se vive en una sociedad en la que se ha negado el sufrimiento siendo únicamente en los centros sanitarios donde en muchas ocasiones se enfrenta el dolor y por último, el acceso a los recursos sanitarios no es equitativo existiendo criterios mercantilistas frente a la priorización de la persona.

2 Objetivos

Promover la humanización de los cuidados intensivos a través de los profesionales que trabajan en las unidades.

3 Metodología

Para la elaboración y descripción del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda metódica de libros y también se han examinado artículos en las principales bases de datos como Scielo, recopilando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas recientemente. Se excluyeron artículos publicados antes del año 2010. En dicha revisión, se incluyeron artículos que contenían en el título al menos dos de las palabras clave.

Palabras claves: Cuidados intensivos, humanización UCI; proyecto HU-CI; ética del cuidado, desgaste profesional, síndrome burnout, bioética y puertas abiertas.

4 Resultados

El concepto de dignidad lleva implícito una serie de derechos que deben permanecer, aunque el ser humano se encuentre en una situación de enfermedad.

La lucha por la permanencia de estos derechos en cualquier momento de la estancia de un paciente en una unidad de cuidados intensivos es una muestra en el avance de la humanización de estos servicios. Se han recopilado alguno de ellos que se exponen a continuación como resultado de la humanización:

- Derecho a la esperanza de vida
- Derecho a la información al propio paciente sin ignorarlo ni ocultarle la verdad, exponiendo su caso a la altura de sus conocimientos.
- Derecho a la autonomía. Es la capacidad del paciente de tomar sus propias decisiones.
- Derecho al buen morir con "su dignidad", sin encarnizamientos terapéuticos porque la cultura actual promueve la vida ocultando su otra realidad que se vive para morir.

Cabe destacar como ejemplo de humanización el plan dignifica del SESCOAM que abarca el cuidado del ser humano en todos sus aspectos. Mostrándonos una guía para adquirir y reflexionar en este campo.

La bioética es la ciencia que estudia el trato humano en relación con el cuidado. Surge como disciplina en 1974 en los Estados Unidos creándose una comisión para identificar los principios éticos de la atención quedando recogido en el Informe Belmont. Recoge como valores fundamentales:

- No maleficencia: No provocar mal al paciente.
- Beneficencia: Hacer el bien.

- Autonomía: el paciente es el que toma sus decisiones.
- Justicia: Promover una atención con equidad y equitativa.

Son habilidades y actitudes básicas para conseguir una humanización en un servicio tan tecnificado y especializado como las unidades de cuidados intensivos:

- Empatía: Ser capaz de ponerse en el lugar del otro tal y como comenta Bermejo en “Humanizar la Salud”.
- Vocacional: Los profesionales sanitarios están abocados a sentir su trabajo desde dentro, la profesión nace desde el altruismo.
- Respeto: Manteniendo esta actitud se obra con dignidad y humanidad.
- Asertividad: Es la habilidad de expresar de una manera abierta y adecuada sin molestar al otro, tratando de lograr nuestro objetivo.
- Tolerancia: Se habla de un respeto íntegro que logra la atención integral al paciente.
- Equidad: Todos los pacientes tienen la misma importancia para los profesionales sanitarios.
- Escucha activa: es una actitud básica a desarrollar ante las limitaciones del paciente de las unidades de intensivos.

Integrando estas habilidades, se genera una relación simétrica entre el profesional sanitario y el paciente sobre todo en las unidades de cuidados intensivos.

La comunicación abriendo las puertas de estos servicios se favorece la relación de calidad entre los profesionales y los familiares pudiendo brindar unos cuidados de mayor calidad. El acceso de los familiares ha sido uno de los mayores avances en el tema de la humanización de estas unidades favoreciendo en muchos casos la recuperación del paciente. Se ha observado en muchas ocasiones la mejoría de las constantes vitales durante las visitas de los familiares.

Tal y como ha dicho la madre de la enfermería, Florence Nightingale la luz natural es básica para la recuperación y permite a los pacientes de estas unidades su ubicación espacio –temporal, se debe terminar con los boxes sin ventilación y sin ventanas al exterior, aún quedan en España unidades con este tipo de boxes que no favorecen un trato mínimamente humano. Junto a esta iniciativa la colocación de relojes, medios audiovisuales que favorezcan al paciente una estancia no solo más agradable, sino más digna y humana se logrará la humanización de estos servicios.

El desarrollo de habilidades de comunicación no verbal son actitudes que se deben fomentar en este tipo de unidades, ya que muchas veces las limitaciones

físicas del paciente impiden la comunicación verbal por lo que la formación en este sector de la psicología es fundamental.

5 Discusión-Conclusión

Se debe entender la humanización de la unidad de cuidados intensivos como un cuidado sanitario integro teniendo en cuenta aspecto científico-técnicos, la comunicación, el trato, la empatía, la asertividad, la escucha activa, la accesibilidad, la confianza, la intimidad viendo a la persona como un todo y un fin tal y como trasmite Kant: “Actúa de tal modo que trates a la humanidad tanto en su persona, como en la persona del otro, no como un mero medio, sino siempre y al mismo tiempo como un fin”. De esta manera se puede llegar a lograr una humanización de estos servicios.

El desarrollo de habilidades y actitudes psicosociales es la base de humanizar y dignificar. Abrir la UCI y una comunicación efectiva es el pilar fundamental de los cuidados en estos servicios siendo herramienta primordial tal y como se ha ido demostrando en el avance de los cuidados intensivos. Se debe formar en las habilidades de comunicación emocional al sanitario. La familia cumple un rol muy importante, ya que nos trasmite información de primera mano sobre el paciente y forma parte de todo el conjunto.

La salud emocional en la mayoría de los casos es el empuje para iniciar la recuperación física, de hecho, por ello se promueve cada vez más este tipo de cuidados por mayor prontitud de recuperación. Se debe abrir aún más la mirada para ser receptivo a las necesidades de los pacientes.

La sanidad cada vez desarrolla proyectos y programas para promover la humanización en este sector que puede resultar ambiguo, ya que de base cuidar es humanizar, pero se ha ido olvidando por las causas mencionadas. Uno de los proyectos que se puede comentar es el sueño que promueve el sueño nocturno en los hospitales porque dormir es símbolo de recuperación evitando ingresos y pruebas que se pueden realizar en horario diurno. Otro programa son los planes de acogida de acompañamiento en las unidades de intensivos o las videollamadas que se realizan en estos tiempos de pandemias a los familiares.

Humanizar y dignificar en las unidades de intensivos para lograr una atención integral y una recuperación más rápida es el fin de esta profesión.

6 Bibliografía

1. [Rev. Med. Clin. Condes - 2019; 30(2) 120-125] revista médica clínica las condes <https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>
Humanización de los cuidados intensivos.
2. Revista Médica Clínica del Country | Artículo de Revisión | 2019 | Volumen 10 | Número. UCI de puertas abiertas como estrategia de humanización del cuidado. Revisión bibliográfica <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/tenemos-un-plan/>.
3. Consejería de Sanidad de Castilla La Mancha “Plan dignifica”.
4. Manual general de enfermería, humanización del cuidado. Madrid: división de enfermería; < http://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/humanizacin_del_cuidado.pdf>
5. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio [Internet]. [citado 31 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569114000370>.
6. Revista para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería Nosocomio n° 89/2021 “Humanización en Cuidados Intensivos” página 8-11.
7. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida | Elsevier [citado 31 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S166>.

Capítulo 36

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANGELA MARTINEZ LOPEZ

LAIA TORRES JIMÉNEZ

FRANCISCO GARCÍA SÁNCHEZ

MIGUEL ANGEL MUÑOZ RABADÁN

MARÍA NIEVES MUÑOZ RABADÁN

1 Introducción

La enfermería inicia su profesionalización en la segunda mitad del siglo XX, el equipo de enfermería está compuesto por las enfermeras y la figura del actual técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Toda producción científica realizada desde entonces, se debe a la evolución que ha tenido la propia disciplina enfermera, en cuanto a formación académica e investigación sobre su propio cuerpo de conocimientos.

El proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes en la década de 1950 y supone la aplicación del método científico en la práctica asistencial, de manera

que los profesionales de Enfermería tengan un método para la toma de decisiones. En 1955, Lydia Hall creó el término Proceso de Atención Enfermera.

Entre 1959 y 1963, Dorothy Jhonson, Ida Jean Orlando y Ernestine Wiedenbach volvieron a utilizar el término PAE y lo establecieron en tres fases: Análisis, síntesis y ejecución. En 1967, Helen Yura y Mary Walsh añaden al proceso una cuarta etapa: la evaluación.

En la década de los 70, Bloch, Roy y Aspinall, añaden la quinta etapa: el diagnóstico, y el PAE queda establecido tal y como lo conocemos. Desde que Hall definió en 1955 el Proceso de Atención de Enfermería como “un proceso sistemático que permita a la enfermera tomar decisiones eficazmente” se han dado muchas definiciones de dicho proceso.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Mostrar el proceso de atención en enfermería desde el punto de vista e intervención de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Objetivos secundarios:

- Proporcionar una visión histórica del proceso de atención en enfermería.
- Reconocer y manejar el proceso de atención de enfermería.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos sobre geriatría y también estudios sobre pacientes mayor hospitalizado, se ha utilizado las bases de datos de Google académico y los descriptores utilizados han sido proceso de atención en enfermería, PAE y TCAE, Lydia Hall entre otros.

Para la revisión se han utilizado artículos comprendidos entre finales del S.XX y principios del siglo XXI, se consultó una serie de documentos, revistas, libros o estudios sobre los mismos de los cuales han sido objeto de nuestra revisión. Se han descartado aquellos artículos o estudios incompletos o poco específicos acerca del tema seleccionando por otra parte aquellos que han sido más actualizados y concretos centrándose en el tema a tratar.

4 Resultados

Se va a exponer de forma simple, el Proceso de Atención en Enfermería que es considerado como “un método organizado, dinámico y sistemático para planificar y proveer cuidados individualizados a los pacientes, de resolución de problemas y de toma de decisiones”. En dicho proceso el técnico en cuidados auxiliares de enfermería forma parte en el proceso de la ejecución y en algunos casos en la valoración, pero en todo momento es un instrumento de apoyo dentro del equipo de enfermería.

La literatura internacionalmente reconocida y los estudios sobre dicho proceso dinámico, coinciden en identificar cinco etapas en las que se divide el proceso:

Valoración: es el primer paso para determinar el estado de salud de una persona y consiste en la recogida, verificación, organización y registro de los datos.

Diagnóstico: muchos autores lo consideran el eje central de todo el proceso, ya que pone de manifiesto los problemas que proporcionarían la base para fijar los resultados y seleccionar las intervenciones enfermeras. La NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) reconoce cuatro tipos de diagnóstico:

- Focalizado en el problema (Real).
- De Riesgo.
- De Promoción de la Salud (Disposición para mejorar conductas de salud).
- Síndromes: engloban un grupo de signos y síntomas que aparecen juntos y representan un cuadro clínico específico.

Planificación: marca la estrategia a seguir, desarrollando un plan de cuidados que establece las Intervenciones (NIC: Nursing Interventions Classification) para lograr los Resultados (NOC: Nursing Outcomes Classification).

Ejecución: en esta etapa se pone en práctica el plan establecido y se observan las respuestas del paciente. **Evaluación:** es la etapa en la cual se revisan todos los pasos del plan para saber si se han realizado de forma correcta; es decir, se analiza si se ha valorado bien, si los diagnósticos son correctos, si los resultados buscados y las intervenciones pautadas son correctos y si el plan se ha ejecutado como se había prescrito.

Evaluación: en esta etapa se compara la planificación y sistematización del proceso con el estado del paciente después de la aplicación de los cuidados por parte de los profesionales sean o no sanitario en la efectividad de la recuperación del

paciente. De esta manera se observa si los resultados son los esperados, en caso de no ser así se vuelve a planificar. De ahí el carácter dinámico del proceso de atención.

El uso de las taxonomías NANDA, NIC y NOC ayuda al profesional de enfermería empleando un lenguaje estandarizado y un marco de análisis y reflexión para la toma de decisiones. La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica mediante la cual se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar barreras idiomáticas o culturales

La Taxonomía NOC se utiliza para conceptuar, denominar, validar y clasificar los resultados producto de las intervenciones enfermeras, incluyendo los resultados deseados, indicadores y escalas de medición.

La Taxonomía NIC es una clasificación estandarizada de las intervenciones de enfermería, que son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona a conseguir el resultado esperado. Es genérica e incluye varias actividades.

5 Discusión-Conclusión

El uso del proceso de atención de enfermería significa la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite al equipo de enfermería del que forman parte de los técnicos en cuidados de enfermería prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática, abandonando la intuición, la rutina y la variabilidad personal y ayuda a organizar, comprender y analizar toda la información del paciente recogidos en la valoración y a tomar decisiones en cuanto a los resultados que se van a plantear para definir las intervenciones que el equipo de enfermería va a llevar a cabo.

Se establece de manera adecuada y sistematizada la atención y el manejo del paciente y sus problemas que son considerados únicos. Esto nos puede garantizar el éxito en la recuperación de estos pacientes, así como la limitación de las complicaciones que pueden poder en riesgo su vida.

6 Bibliografía

1. Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder SJ. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ªed, Madrid: Mc-Graw-Hill Interamericana; 2005.

2. Carpenito LJ. Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 9ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2003.
3. Fernández Ferrín C, Garrido Abejar M, Santo Tomás Pérez M, Serrano Parra MD. Enfermería Fundamental, Barcelona: Masson; 1995. Serie Manuales de Enfermería.
4. Serrano Parra MD y Garrido Abejar M. “Proceso de Enfermería” en Enfermería Fundamental. Ed Masson. Barcelona. 2004.
5. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2018-2020. 11ªEd, de NANDA Internacional, editado por T. Heather Herdman y Shigmei Kamitsuru. Elsevier. Barcelona. 2019.
6. D.Moorhead S, Swanson E, Johnson M y Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de resultados en Salud. 6ª Ed. Elsevier. Barcelona. 2019.

Capítulo 37

LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN CUIDADAS POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANGELA MARTINEZ LOPEZ

LAIA TORRES JIMÉNEZ

FRANCISCO GARCÍA SÁNCHEZ

MIGUEL ANGEL MUÑOZ RABADÁN

MARÍA NIEVES MUÑOZ RABADÁN

1 Introducción

La úlcera por presión es una isquemia de la piel y el tejido subcutáneo de una zona sometida a presión entre dos superficies duras, se produce una disminución del aporte de nutrientes y oxígeno a la zona por la presión que se ejerce sobre la piel sobre todo en las prominencias óseas.

La incidencia y la prevalencia de estas heridas consideradas nosocomiales, como consecuencia de la práctica sanitaria, se debe a la fricción, presión y cizallamiento de la piel del paciente sobre una superficie sin realizar las movilizaciones regularmente.

Es cierto que existen factores endógenos como es el caso de la edad avanzada, la inmovilidad o el estado nutricional que unidos a los factores exógenos favorecen que surjan estas lesiones.

Las úlceras por presión se producen en la mayoría de los casos durante las dos primeras semanas de hospitalización agravándose según va avanzando la edad. Se estima que el 95 % de ellas pueden evitarse.

Este tipo de lesiones surgen en pacientes inmovilizados durante mucho tiempo y tienen una baja posibilidad de cicatrización de forma natural. Esto constituye un problema en la calidad asistencial y en la salud pública. Por ello es importante realizar una formación adecuada en el personal de enfermería para lograr una prevención de las mismas. Al igual que aumentar la ratio de personal por paciente.

2 Objetivos

Describir los principales aspectos a tener en cuenta en la prevención y cuidados de las úlceras por presión por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de estudio observacional descriptivo. Se ha realizado una revisión sistemática en bases de datos bibliográficas y manualmente a través de Internet en revistas y organismos públicos. La investigación bibliográfica trata de utilizar los datos secundarios como fuente de información. Pretende encontrar soluciones a problemas planteados.

Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son: artículos anteriores al año 2006 y de idioma distinto al castellano. Palabras clave: úlcera por presión, prevención, piel, tratamiento y técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

Las úlceras por presión se producen por un aplastamiento de una prominencia ósea sobre un plano duro. Esta presión sobrepasa los 20 mm/hg durante demasiado tiempo dando lugar a una lesión de origen isquémico ya que no se recibe

oxígeno en los tejidos. Tiene lugar la necrosis y se forma lo que conocemos con úlcera por presión.

Lo que prima en estas circunstancias es la intensidad de la presión, aunque sea por cortos periodos de tiempo. Los principales factores que influyen en la formación son la presión (fuerza ejercida), la fricción (es el roce), la humedad (aumenta el problema de los dos anteriores) y cinzalla (la unión de presión y fricción).

Este tipo de lesiones se pueden evitar con unos protocolos adecuados, además en muchas ocasiones los familiares suelen tomar medidas legales cuando aparecen estas úlceras y el sistema sanitario invierte mucho gasto en ello. Como suele decirse más vale prevenir que curar.

Cuando la lesión se ha originado se deben llevar a cabo unos tratamientos para evitar que la herida se complique o aumente incluso que surjan otras.

El Grupo Nacional de Úlceras aconseja después de numerosos estudios una serie de pautas ante la prevención y el cuidado de las úlceras por presión:

Vigilar el estado de la piel por lo menos una vez al día normalmente coincidiendo con el aseo del paciente.

Usar jabones neutros.

Hidratar la piel.

Evitar los masajes en las zonas óseas.

Evitar la humedad sobre todo de orina y heces sobre la piel.

Reducir al máximo la fricción presión y cizalla.

Realizar movilizaciones cada dos o tres horas en el día y cada 4 horas en la noche si la patología lo permite.

Nutrir adecuadamente.

Promover la movilidad.

Evitar cargas mecánicas.

Usar la ropa de la cama para movilizar al paciente.

Uso de colchones y sistemas antiescaras como preventivo.

A la hora de examinar la piel diariamente, el profesional debe centrarse en las zonas óseas y en caso de aparecer un eritema debe comenzarse con el tratamiento para evitar que dicha úlcera avance de estadio.

Si la piel que presenta eritema no palidece a los 30 minutos de haber cesado la presión, se debe comenzar a proteger la región según los protocolos de los centros sanitarios. Se debe evitar el uso de alcohol en la zona, ya que reseca la

zona y produce vasoconstricción debiendo promoverse la circulación y ante la piel intacta se utilizarán aceites grasos hiperoxigenados como medida terapéutica estándar.

Estos aceites son de fácil y cómoda aplicación, aumentan la resistencia a la fricción, rehidratan la piel, tienen una acción antiinflamatoria y cicatrizante pudiéndose aplicar en los domicilios ya que no requiere ninguna formación. Previenen úlceras de estadios superiores.

Otra medida de protección y prevención es disminuir la presión sobre los planos duros por ello es aconsejable los cambios posturales cada dos o tres horas si el paciente está encamado y si el paciente es independiente debe moverse cada 15 minutos.

A la hora tanto de prevenir como de tratar las heridas por presión, se debe tener en cuenta el estado nutricional del paciente, su obesidad si tiene neoplasias, su edad, ya que todo ello influye en el manejo de la úlcera.

Por último, es muy importante el uso de colchones antiescaras, en el mercado existen múltiples modelos como de espumas especiales, de aire o camas fluidificadas.

Las úlceras están contaminadas por bacterias por ello se debe realizar un diagnóstico clínico basado en ello (olor, inflamación, dolor y exudado).

Se ha demostrado que la cura húmeda tiene mejores resultados cuando la escara supera el estadio I. Con respecto a la alimentación se debe aumentar la ingesta de proteínas para favorecer la cicatrización de la zona.

Las úlceras por presión se clasifican en 4 estadios:

Estadio I: Eritema que no palidece al retirar presión.

Estadio II: Pérdida del grosor de la piel.

Estadio III: Aparece la escara como tal y la necrosis.

Estadio IV: La lesión se extiende al sistema musculoesquelético.

A la hora de tratar la úlcera existen unas directrices generales para ello, pero ante la necrosis debe existir un desbridamiento que puede ser:

Quirúrgico: lo realiza el facultativo y corre riesgo de hemorragia.

Químico: lo realiza el personal de enfermería aplicando productos que destruyen la zona necrótica.

Autolítico: se produce el llamado sistema de la cura húmeda, es el sistema menos

traumático que termina en desbridamiento autolítico.

Mecánico: es un sistema muy traumático que está en desuso porque conlleva abrasión también del tejido sano.

Para concluir la limpieza de lesión debe hacerse con suero salino y sin fuerza evitando los antisépticos locales que provocan problemas sistémicos.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un elemento fundamental en la detección de estas heridas ya que suelen verse durante el aseo del paciente.

Este personal sanitario ha visto incrementadas sus funciones por delegación de la enfermera y en muchas ocasiones realiza la prevención y cura de las úlceras por delegación.

Se debe cuidar la piel y prevenir dichas lesiones ya que esto supone un gasto muy elevado para el sistema sanitario y una gran carga de cuidados para la familia una vez que el paciente es dado de alta. Este tipo de heridas nosocomiales se pueden prevenir tal y como han demostrado numerosos estudios, pero para ello se necesita una formación adecuada un trabajo vocacionado y una ratio de profesionales correcta que no lleve a una sobrecarga de trabajo.

El 95 % de los casos de las úlceras se puede prevenir con un tratamiento y prevención siguiendo los protocolos durante el ingreso hospitalario.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>.
2. <https://www.ulceras.net/monografico/115/103/ulceras-por-presion-tratamiento.html>.
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presion-prevencion-tratamiento-13059416>.
4. https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/31_pdf.pdf.

Capítulo 38

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS LESIONES OCASIONADAS POR PRESIÓN MANTENIDA

ANA ISABEL SIMARRO BONIFACIO

M^a ANGELES ALFARO AGAR

MARIA ISABEL PARDO MARTINEZ

CARMEN CARRIÓN MARTÍNEZ

M.CARMEN HERREROS PEÑAFIEL

1 Introducción

En referencia a lesiones o heridas, que se logran ocasionar en la piel del enfermo, en este artículo nos centralizaremos en las úlceras por presión que se ocasionan en la piel por estar el enfermo siempre en la misma postura durante mucho tiempo, lo que se da con más frecuencia es la que se produzcan donde los huesos están más en contacto con la piel, lo que es lo mismo en las zonas declives del cuerpo, especialmente en la zona del sacro, aunque asimismo, en los talones, tobillos, y caderas.

Logra ocasionar infecciones graves y poner la vida del enfermo en peligro, llegando a ser un gran problema para los cuidadores de instituciones o en ingresos, donde las personas tienen que mantener un reposo absoluto.

En términos etiológicos y definitivos, una presión o roce excesivo e incesante sobre la piel ocasiona las úlceras por presión y la necrosis tisular. Tiene un campo clínico de afectación bastante amplio, desde la pérdida superficial de la piel hasta la desintegración del tejido adiposo, articulaciones, músculo, hueso y logra llevar al enfermo a la muerte. Aunque, asimismo, entran en juego otros elementos de riesgo, el más importante es la presión excesiva que conserva el cuerpo y que no se alivia con cambios posturales, lo ideal sería un cambio postural cada dos horas para aliviar la presión, colchones anti escaras, vendajes, desbridación y cuidados hidratantes de la piel.

2 Objetivos

- Analizar las diferentes fases por las que pasan las úlceras por presión.
- Ver los tipos de tratamientos que nos ayudaran a prevenir o a curar estas úlceras por presión.

3 Metodología

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

4 Resultados

El primer estadio o fase se ocasiona el eritema en la piel que persiste intacta, pero es la lesión que nos avisa de la úlcera, el enfermo siente calor, edema e insensibilidad.

El segundo estadio o fase este se da con el emprendimiento de la pérdida del grosor de la piel alcanzando afectar a la dermis, es superficial con un aspecto de quemadura o agujero.

En el tercer estadio o fase ya se ha perdido el grosor de la piel, hay necrosis subcutáneamente del tejido y se logra extender hacia dentro, ya se nota un agujero considerable por debajo del tejido.

En el último estadio o fase se puede llegar a la lesión al hueso y acabar con él perforando a vasos musculares y músculos.

Los mecanismos por los que se ocasionan las úlceras por presión logran ser debidos a diversos elementos:

- Extrínsecos: son las fuerzas mecánicas de presión sobre el tejido blando y al mismo tiempo fricción sobre la piel, causará la deformación del tejido, el bloqueo de los vasos y un daño que lesiona y perfora la piel y los músculos.
- Intrínsecos; fibrosis o isquemias locales, la edad del enfermo, o la incontinencia urinaria y fecal y la enfermedad de los vasos pequeños.

Hay distintos elementos de riesgo como enfermos hospitalizados, trastornos neurológicos o enfermos mayores.

El tratamiento de este tipo de lesiones se fracciona en dos principales:

- Conservador o quirúrgico y medidas de nutrición: hay que evitar la presión y limpiar la herida y restaurar el estado nutricional del enfermo con un alto contenido en proteínas, calorías y vitaminas, hay que controlar la anemia, aliviar la presión con apósitos de espesor de unos 6 cm recubierto con otro apósito más ligero, elástico y aireado para que circule el aire, una segunda piel o gel de silicona a modo de cojín, utilización de colchón anti escaras y realizar los cambios posturales.

El tratamiento local o conservador se establecerá en poseer el área limpia de sustancias y medicamentos con un desbridamiento enzimático a bases cremas y la aplicación de nuevos medicamentos que renueven celularmente y promuevan la epitelización.

- Tratamiento quirúrgico se valora siempre y cuando el enfermo este en unas buenas condiciones para la cirugía y la lesión, no tenga tejido necrótico y que al mismo tiempo sé de qué el tejido de granulación se encuentre sano y haya signo del borde de cicatrización en la úlcera.

5 Discusión-Conclusión

Sin duda, y a lo largo del tiempo, la experiencia en las asistencias y los estudios se ha demostrado y se llega a la conclusión que elegir un tipo de tratamiento u otro va a variar y asimismo, en gran medida se debe poseer en cuenta del lugar de localización de la úlcera, de la educación, motivación y del estado del enfermo. Hay que estudiar siempre distintas opciones de tratamiento que depende del tipo de úlcera como de su localización, clasificándolas en cierre directo, injertos cutáneos, colgajos cutáneos, musculares, musculocutáneos, perforantes, y la expansión tisular.

Se logra complicar estas cirugías plásticas con los hematomas comunes, necrosis del colgajo, infección, dehiscencia o recurrencia de la herida, incidiendo siempre

que la higiene y los cambios posturales son fundamentales para la prevención, tratamiento y curación de estas lesiones.

6 Bibliografía

1. Hernández Ortiz Juan Ángel. Prevención y cuidados en úlceras por presión: ¿Dónde estamos?. Gerokomos [Internet]. 2009 Sep [citado 2022 Jul 08] ; 20(3): 132-140. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000300007&lng=es.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 39

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CONTROL DE LAS DEPOSICIONES

ANA ISABEL SIMARRO BONIFACIO

M^a ANGELES ALFARO AGAR

MARIA ISABEL PARDO MARTINEZ

CARMEN CARRIÓN MARTÍNEZ

M.CARMEN HERREROS PEÑAFIEL

1 Introducción

El intestino grueso se extiende, a lo largo de unos 2 metros, desde la válvula ileocecal hasta el ano. Consta de tres porciones:

1. Ciego: es la primera porción y en ella se encuentra el apéndice.
2. Colón: dividido a su vez en colon ascendente, colon transverso, colon descendente y colon sigmoideo.
3. Recto: es la última porción del intestino grueso. Mide 20 centímetros, y consta de la ampolla rectal y el ano (que a su vez consta de un esfínter interno y otro externo). A través del ano, el intestino grueso se comunica con el exterior.

Las heces se forman a partir de los residuos no digeribles y no absorbidos en el intestino grueso para ser eliminados al exterior. Se forman unos 150 gramos de residuos o masa fecal al día. Las heces están compuestas por un 70% de agua,

un 5% de grasas, un 1% de proteínas, sales biliares, fibra, estercobilina y retos de mucosa.

En ellas también pueden encontrarse microorganismos, algunos no habituales o patológicos como la Salmonella y la Shigella, y parásitos como los Áscaris y Oxiuros. Las heces se eliminan mediante la defecación. La defecación se desencadena por los movimientos peristálticos del colon, los cuales conducen la masa fecal al sigma. El esfínter interior del ano se relaja voluntariamente ante la presencia de heces, provocando el deseo de defecar. Con el esfínter anal externo se controla voluntariamente la defecación. Los lactantes pueden defecar hasta 6 veces al día, mientras que los adultos 1 o 2 en condiciones normales.

2 Objetivos

- Ampliar los conocimientos del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, concretamente aquellos referidos al proceso de eliminación fecal o de desechos, para que pueda desempeñar correctamente sus funciones en la unidad de aparato digestivo.
- Reflejar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con respecto a las deposiciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en distintas páginas de Google, seleccionando artículos científicos y trabajos de profesionales del ámbito sanitario, procedentes de publicaciones académicas revisadas que posteriormente cito en la bibliografía.

Para la realización de este estudio se buscó información científica documental sobre el control de las deposiciones de acuerdo con el sistema digestivo en páginas de internet como Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet, etc., para posteriormente realizar una revisión exhaustiva de la misma y obtener la información científica necesaria para el cumplimiento de nuestro objetivo.

Se consultaron temarios para la preparación de exámenes de las OPE generadas por los diferentes sistemas de salud de las comunidades autónomas que conforman el sistema.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería que desempeñe su actividad en la unidad de aparato digestivo debe observar las heces de los pacientes en busca de posibles variaciones que pueden alertar de alguna alteración patológica que requiere tratamiento.

El color de las heces suele ser pardo en el adulto y amarillo en el lactante, pero determinados alimentos y patologías pueden hacer variar su color:

- Heces blancas o acólicas: sospecha de obstrucción biliar con ausencia de excreción de bilis, hepatitis, tumores, cirrosis o toma de determinados medicamentos.
- Heces pálidas: indica una dieta pobre en carnes.
- Heces negras: sospecha de sangrado en el tracto gastrointestinal superior. A este tipo de heces se les conoce como “melenas”. Son de aspecto pegajoso (similar al alquitrán) y tienen olor fétido. Las melenas pueden estar causadas por úlceras sangrantes de estómago o duodeno, varices esofágicas, tumores gástricos, desgarros, malformaciones vasculares o traumatismos.

Las heces también pueden adquirir un color negruzco con determinados alimentos y medicamentos, por ejemplo, con la ingestión de espinacas, arándanos, regaliz, morcilla, hierro o bismuto. - Heces rojas: sospecha de sangrado en el tracto gastrointestinal inferior denominada “rectorragia”. Pueden causar rectorragias, las hemorroides, las fisuras anales, los pólipos, los tumores, los divertículos, malformaciones vasculares o infecciones intestinales.

Asimismo, la ingestión de determinados alimentos y medicamentos también provocan la aparición de heces color rojo: tomate, remolacha, ponche de fruta, laxantes o Rifampicina. En ocasiones la cantidad de sangre en las heces es tan pequeña que solo puede detectarse mediante pruebas bioquímicas o un examen con el microscopio.

- Heces verdes: sospecha de infección intestinal. Consistencia. Las heces, en condiciones normales, son de consistencia pastosa y dura. Su consistencia depende del tiempo que permanezcan en el colon. Así, un tránsito intestinal lento provocará que pierdan agua y adquieran una mayor consistencia. - Heces normales: formadas, blandas o semisólidas.
- Heces duras y secas: sospecha de deshidratación o dieta pobre en fibra. - Heces líquidas: diarrea, aumento del peristaltismo intestinal.
- Heces grasas: se conoce como “esteatorrea”. Son voluminosas, espumosas y de olor muy desagradable. Su presencia se debe a defectos en la absorción de grasas en el intestino, malas digestiones por déficit de lipasa o un excesivo crecimiento de bacterias intestinales. - Heces con moco o pus: sospecha de inflamación o

infección. Olor. Si el olor de las heces es muy penetrante se sospecha de infección gastrointestinal o sangrado en el tracto gastrointestinal superior son melenas.

El Número: Las personas adultas defecan 1 o 2 veces al día. Si este número de deposiciones aumenta se habla de “diarrea”. Las diarreas pueden producirse por diversas causas, siendo las intoxicaciones y las infecciones las más frecuentes.

En ocasiones las heces diarreicas pueden ser de color verdoso, y presentar restos de moco o sangre. En las diarreas crónicas las heces pueden presentar diferentes aspectos y olores: amarillo, con moco, fétido, ácido, etcétera. Existe un tipo de diarrea denominada “paradójica” provocada por estreñimiento.

En esta diarrea las heces líquidas o semilíquidas aparecen por rebosamiento.

Cuando la defecación es lenta y dificultosa, y el número de deposiciones es inferior a 1 diaria, se habla de “estreñimiento”. El estreñimiento también provoca que la cantidad de heces defecada sea menor y su consistencia mayor. Son diversos los factores que pueden desencadenar estreñimiento. En ocasiones, la falta de eliminación de heces puede indicar una patología abdominal que requiere tratamiento urgente, por ejemplo, una oclusión intestinal.

La cantidad: Varía en función de la dieta del paciente. Si la dieta es rica en residuos, las heces son abundantes, en caso contrario (y también en dietas exclusivas a base de carne y pescado) estas son escasas.

5 Discusión-Conclusión

Entre las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de aparato digestivo va a estar la de recoger determinadas muestras biológicas, entre ellas muestras de heces, así como controlar las posibles variaciones en las características de las deposiciones de un determinado paciente.

Todo ello con la finalidad de facilitar la detección de patologías y aplicar los tratamientos terapéuticos correspondientes, en colaboración con el resto de profesionales que trabajan en la unidad.

Por todo ello, este profesional sanitario debe poseer conocimientos sobre la compleja fisiopatología digestiva, la cual abarca numerosos órganos (entre ellos el hígado, el estómago y el intestino grueso), procesos (como la digestión y la eliminación fecal o de desechos) y patologías (entre ellas las que alteran las características de las heces como las varices esofágicas o la oclusión biliar).

6 Bibliografía

1. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill. (2017).
2. Guillamas, C. Gutiérrez, E. Hernando, A. Méndez, M.J. Sánchez-Cascado, G. Tordesillas, L. (2011): Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Editorial Editex.
3. Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería Servicio de Salud del Principado de Asturias. SESPA. Temario Vol. II. Editorial CEP. (2018)

Capítulo 40

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

ANA ISABEL SIMARRO BONIFACIO

M^a ANGELES ALFARO AGAR

MARIA ISABEL PARDO MARTINEZ

CARMEN CARRIÓN MARTÍNEZ

M.CARMEN HERREROS PEÑAFIEL

1 Introducción

La hemorragia digestiva es la pérdida hemática cuyo origen se encuentra en cualquier zona del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano, ambos inclusive. Los pacientes con hemorragia digestiva son ingresados en la unidad de cuidados intensivos, el vómito que contiene sangre oscura es una indicación del origen de la hemorragia por encima del ángulo de Treitz.

Cuando se eliminan heces con sangre y son oscuras, también nos indica que es una hemorragia digestiva de bajo nivel. Cuando se produce una rotura de varices las lesiones son altas y provienen de gastrointestinales, estas suelen ser varices esofágicas o úlceras pépticas sangrantes, en estas es cuando la sangre atraviesa

muy rápido el intestino y sale por el ano y suelen tener un color rojo oscuro claro y se llaman hematoquecia.

Cuando se eliminan las heces negras nos indica una pérdida de sangre de origen gastrointestinal alto, y en ocasiones la hemorragia digestiva baja sangra el colon derecho. Hay que saber si el paciente tiene una lesión susceptible de sangrar, úlcera péptica, CUI, poliposis, diverticulosis, investigar la ingesta de aspirina o antiinflamatorios no esteroides, o alcohol que pueden producir una gastritis hemorrágica. La endoscopia facilita y mejora la efectividad de las enfermedades en su diagnóstico del tracto digestivo, las cápsulas endoscópicas nos dejan ver las lesiones del intestino delgado y del colon.

2 Objetivos

- Identificar los cuidados del paciente con hemorragia digestiva y saber actuar con la ayuda de la enfermera.
- Mostrar las funciones y tareas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas de hemorragia digestiva.

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también, se han consultado artículos en las principales bases de datos, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica, sobre la literatura científica existente.

Palabras claves: hemorragia digestiva, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, heces, melenas, unidad de cuidados intensivos, entre otros.

4 Resultados

En la hemorragia digestiva baja es importante saber la edad del paciente para facilitarnos el diagnóstico. Existen 4 causas frecuentes en la hemorragia digestiva en pacientes de más de 60 años, que son la diverticulosis, la angiodisplasia, la enfermedad isquémica intestinal y el cáncer.

En el paciente joven la poliposis es la más probable y la enfermedad de Crohn, junto con las enfermedades bacterianas o parasitarias. La hemorragia digestiva

alta es cuando la sangre se encuentra en el tubo digestivo entre el esófago y la zona de Treitz.

Se expresa clínicamente por la presencia de hematemesis, melena o hematoquecia. La mortalidad por esta causa es variable, entre el 2 y el 20 %, y depende sobre todo de la edad de los pacientes y sus posibles enfermedades asociadas, en la cantidad del sangrado y los signos de riesgo.

En la hemorragia interna se encuentra entre el esófago y el ángulo de Treitz que es la unión duodenoyeyunal. Es la forma más frecuente y grave.

El paciente presenta hematemesis que son vómitos con sangre fresca y/o melenas que son deposiciones de aspecto alquitranado. Las causas más frecuentes son: úlcera péptica gástrica o duodenal, rotura de varices esofágicas o esofagogástricas y erosiones gastroduodenales agudas. De forma menos habitual, algunos síndromes como el de Mallory-Weiss.

La hematoquecia indica hemorragia superior a 1000 ml en menos de una hora y un peristaltismo acelerado. Hay que realizar una valoración inicial de las constantes del paciente, anamnesis (alergias antecedentes habituales), el nivel de conciencia, palidez y si tiene dolor o malestar, debemos de dar un tratamiento para disminuir la ansiedad. En los cuidados del paciente debemos de asegurar la permeabilidad de la vía aérea, ponerle oxigenoterapia y preparar la intubación endotraqueal si fuera necesario.

Debemos de prevenir la aspiración hemática en pacientes con bajo nivel de conciencia aislando la vía aérea debemos colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo o en posición lateral de seguridad si existen vómitos o posición de Trendelenburg si existe shock. Debemos prestar atención si hubiera shock, vigilar el sangrado, si hay expulsión de sangre fresca en vómitos, en lavado gástrico o por recto indicando sangrado activo, monitorizar y registrar las constantes vitales y vigilar por si se pudiera producir anemia.

Cuidar la comodidad del paciente, adecuando el horario de actividades del personal sanitario para proporcionar el mayor descanso posible al paciente y facilitando cambios posturales e higiene, preparar al paciente y colaborar en técnicas diagnósticas y terapéuticas como endoscopias o cirugía programada o urgente, registrar todas las actuaciones y técnicas.

En los cuidados de la sonda debemos comprobar la presión y pinzamiento de los balones, que esté correctamente situada, realizándolas con radiografías para su comprobación, proporcionar al paciente confort durante su tratamiento, sobre todo mantener la higiene bucal y nasal, evitar que tenga presión en la nariz y boca, darle apoyo emocional si el paciente se siente angustiado.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de las patologías crónicas en las personas mayores hace que estos ingieran mayor cantidad de medicamentos, la mayoría de los cuales favorece la aparición de sangrados digestivos. La hemorragia digestiva alta es ingresos muy frecuentes en cirugía y la mayoría de ellos son por síntomas de decaimiento, lipotimia y desorientación con antecedentes de enfermedades crónicas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las unidades de cuidados intensivos como parte de un equipo multidisciplinar debe conocer las funciones y labores expuestas anteriormente para hacer frente a los cuidados de los pacientes con hemorragia digestiva. Esta patología conlleva serio compromiso vital, por lo que el personal sanitario debe estar formado para hacer frente a este problema.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082014000100012.
2. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/hemorragiadigestiva-altarevision-bibliografica/>.
3. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552004000600005.

Capítulo 41

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

SUSANA MARTÍNEZ CALDERÓN

1 Introducción

El infarto de miocardio se trata de una enfermedad del corazón, y es generada por una obstrucción y por un debilitamiento de las arterias coronarias. Toda persona puede ser objeto de sufrir esta enfermedad, pero vamos a ver que no todas tienen las mismas posibilidades.

Las personas que más posibilidades tienen son aquellas personas que padecen problemas de corazón y también las de mayor edad.

El infarto puede causar síntomas como dolor en el pecho, dolor en el cuello, es muy común sentir dolor en el brazo izquierdo, sudores y ganas de vomitar entre otros muchos. Estos síntomas que pueden representar estar sufriendo un ataque cardíaco no aparecen de la misma manera en todo el mundo, dándose en unos síntomas y en otros otros diferentes.

En caso de reconocer los síntomas se deben adoptar las siguientes medidas: llamar a emergencias, tomar nitroglicerina si se tiene la prescripción del médico o tomar aspirina si el médico lo recomienda.

La clave para evitar que se produzca está en tener controlados los factores de riesgo que se puedan tener. A más factores de riesgo que padezca el paciente más posibilidades de sufrir un infarto de miocardio.

No siempre conocemos las causas que causan un infarto, pero si sabemos que se puede evitar teniendo unas pautas de vida sana que incluyen no fumar, realizar ejercicio, controlar los alimentos y el sobrepeso, no beber alcohol ni tomar drogas. Otros factores como la diabetes o la presión arterial alta se tienen que tener en cuenta y controlar para evitarlo.

Vamos a exponer el caso de la paciente viendo el motivo del ingreso junto con la exploración física, pruebas que se le realizan en la UCI y colocación de dos stent y posterior tratamiento que se le pauta por la unidad de cardiología.

2 Objetivos

Dar a conocer los infartos agudos de miocardio a través de la exposición de un caso clínico.

3 Caso clínico

Antecedentes: El infarto de miocardio, tema sobre el que va a versar el caso clínico expuesto, es una de las razones prioritarias de fallecimiento tanto en mujeres como en hombres en todo el mundo. Tenemos que antes de ingresar en el hospital se produce una tasa de muertes por esta causa de hasta en un 40%.

Una vez ingresado en el hospital, y debido a los tratamientos actuales, estos permiten una recuperación satisfactoria del infarto y las complicaciones son relativamente poco frecuentes. Entre los tratamientos más actuales están las trombólisis, la angioplastia.

Caso clínico: Mujer de 70 años, No HTA, no Diabetes, dislipemia. Exfumadora desde hace 8 años. Hipotiroidismo. No otros antecedentes de interés.

Medicación previa: Eutirox 100, Crestor, Lansoprazol.

Discusión: Diagnóstico de cardiopatía isquémica. IAM inferior con afectación de VD. Enfermedad de 2 vasos. Angioplastia primaria e implante de stent recubierto en CD proximal y en un segundo tiempo de stent recubierto en DA proximal. Función sistólica conservada.

Conclusión: Los infartos se producen en gran parte en personas que están bajo ciertos factores como diabetes, edad avanzada, tensión alta, colesterol, estos serían los llamados factores de riesgo.

En la conclusión del tema desarrollaremos cuál sería la mejor prevención y qué factores de riesgo influyen en la posibilidad de sufrir un ataque de miocardio.

CASO CLÍNICO

HOSPITAL DE CABUEÑES GIJÓN, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, UNIDAD HOSPITALIZACIÓN, TIPO DE INGRESO URGENTE
MOTIVO DE INGRESO: Dolor torácico.

Antecedentes personales: Mujer de 70 años, No HTA, no Diabetes, dislipemia. Exfumadora desde hace 8 años.

Medicación previa: Eutirox100, Crestor, Lansoprazol.

HISTORIA ACTUAL:

Paciente traída por UVI móvil por dolor torácico desde el día anterior que le ha durado toda la noche. Es opresivo. Cedió esta mañana en el Centro de Salud. ECG en Centro de Salud con mínima elevación del ST en cara inferior. Se administra Cafinitrina sublingual en Centro de Salud, AAS 250 y clopidogrel 600. Llega a nuestro hospital sin dolor y con elevación de 0.5 mm en III.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Obesa, PV normal, pulso arterial de morfología normal, RsCsRs, no soplos, AP normal, abdomen sin visceromegalias no edemas.

RESUMEN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

ECG: ritmo sinusal 70 lpm. PR normal. Q en III y aVF elevación de 0.5 mmen III. Al alta ritmo sinusal, Qr en cara inferior, repolarización aplanada en pared lateral.

ANALÍTICA: Hem 3810.000, Hb 12,5, Hto 36,6, plaquetas 243000. Leucocitos 11910 (70% N). INR 1,23. Glucosa 104, Urea 64, Cr 0.95, Na 139, K 3,5, Troponina I máxima 33.9. Colesterol 166, HDL 30, Triglicéridos 123, LDL 111. GOT 49, GGT 27, Resto de bioquímica normal. HbA1c 4.7. TSH 3.56

ECO (VSCAN): VI no dilatado con aquinesia posterobasal con buena contractilidad de resto de segmentos. Válvula aórtica trivalva con buena apertura. IM leve.

ECOCARDIOGRAMA: VI de tamaño y función sistólica normal sin alteraciones segmentarias. Patrón de llenado de mala relajación. AI y cavidades dcha. normales. Insuficiencia tricúspidea trivial con gradiente sistólico de 20 mm Hg. Cava inferior normal. Resto de válvulas normales. Raíz de aorta y pericardio normal.

CORONARIOGRAFÍA: Dominancia dcha. Oclusión total trombótica de CD proximal. Lesión del 60% en CX proximal. Lesión del 90% en DA proximal con lecho distal bueno. En el mismo acto se realiza implante de stent fármaco activo de zotarolimus en CD proximal con buen resultado y sin complicaciones.

CORONARIOGRAFÍA (SEGUNDO TIEMPO): Implante directo de stent con everolimus en DA proximal con buen resultado y sin complicaciones.

COMENTARIO: Paciente que ingresa por IAM inferior en evolución que presenta al poco tiempo del ingreso nuevo episodio de angor con elevación del segmento ST motivo por el que se realiza coronariografía urgente que evidencia enfermedad de 2 vasos con obstrucción trombótica de CD que se revasculariza con implante de stent recubierto. Tras el procedimiento pasa a la Unidad Coronaria, donde presentó hipotensión sintomática, secundaria a afectación de VD

con presencia de elevación persistente del ST en derivaciones precordiales dcha. y dilatación de VD en el Vscam. Tras la administración de líquidos se consigue remontar tensiones con buena evolución clínica posterior, estando a su traslado a planta asintomática.

I DIAGNÓSTICA: Cardiopatía isquémica. IAM inferior con afectación de VD. Enfermedad de 2 vasos. Angioplastia primaria e implante de stent recubierto en CD proximal y en un segundo tiempo de stent recubierto en DA proximal. Función sistólica conservada.

TRATAMIENTO:

- Dieta con poca sal pobre en grasas de origen animal.
- Actividad física moderada evitando esfuerzos intensos.
- Duoplavin; un comprimido al mediodía. Este medicamento precisa visado de Inspección Médica y no debe ser retirado a no ser bajo supervisión por parte de Cardiología.
- Pantoprazol 20; 1 comprimido con la comida.
- Crestor 20; 1 comprimido tras la cena.
- Carvedilol 6.25.1 comprimido con desayuno y cena.
- Cafrinitrina; 1 comprimido s.l. sidolor.
- Eutirox 100; 1 comprimido con el desayuno.
- Revisión en Consultas Externas de Cardiología según fecha indicada en volante adjunto.

4 Discusión-Conclusión

Exponemos que no podemos prever cuando se va a sufrir un infarto de miocardio, pero sí podemos tener controlados ciertos factores riesgo que pueden evitarlo.

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo de sufrir un ataque cardíaco se incluyen los siguientes:

- En mujeres y hombres dependiendo de la edad, entre los 45 y 55 años tienen un mayor riesgo de sufrirlo.
- Personas que padecen la enfermedad de diabetes.
- Personas con sobrepeso
- Que padezcan colesterol
- Hipertensos
- Personas que no realizan actividad física tienen mas posibilidades de incluirse entre personas de riesgo que las que llevan una vida activa.
- Una de las causas mas importantes es el fumar y también si se lleva una vida agitada o estresada.

- El consumo de estupefacientes u drogas
- Por último e importante si se tiene predisposición por un antecedente familiar.

PREVENCIÓN

La manera de prevenir el poder sufrir un infarto de miocardio sería mantener una vida saludable sin tener sobrepeso, con una alimentación adecuada y ejercicio. Importante realizar ejercicio todo lo que se pueda y llevar una vida tranquila acudiendo a revisiones médicas que le controlen y le prevengan de tener colesterol o diabetes.

5 Bibliografía

Historia clínica de paciente realizada en el Hospital de Cabueñes de Gijón <https://cardioalianza.org/las-enfermedades-cardiovasculares/infarto-de-miocardio/>
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/infarto-miocardio>

Capítulo 42

LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

YOLANDA MÉNDEZ LÓPEZ

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurológico, al igual que el Alzheimer, pero con unos signos bien diferenciados; el párkinson se caracteriza principalmente por la aparición de temblores, sobre todo en las manos, y una mala coordinación de los movimientos, ya que las neuronas del cerebro dejan de transmitir la información necesaria para la coordinación, sin embargo no afecta a la capacidad de razonamiento ni desconectan de la realidad cotidiana. Es una enfermedad que aparece más o menos a una mediana edad, podíamos hablar de alrededor de los 60 años, aunque si es bien cierto que se dan casos en personas mucho más jóvenes. Es por tanto una enfermedad degenerativa y crónica que afecta sobre todo al aparato locomotor aunque en fases avanzadas puede provocar problemas de masticación, para tragar y a la facilidad para pronunciar las palabras aún sabiendo lo que se quiere decir. Hay un síntoma muy característico en los pacientes de párkinson y es la inexpresividad de su cara, es decir no refleja las emociones ni de alegría ni de pena, siempre está en un estado de rigidez permanente, cierto es que esto ocurre en fases ya bien avanzadas. Es una enfermedad que produce consecuencias que resultan difíciles de asumir por el paciente.

2 Objetivos

Destacar los síntomas más característicos que produce la enfermedad y fomentar todo aquello que pueda mejorar el estado general del paciente para que mantenga el mayor tiempo posible su autonomía.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el sistema nervioso central que es el que se ve afectado con la enfermedad de párkinson, existe un componente que es la dopamina, encargada de que exista una buena transmisión nerviosa entre las neuronas, cuando hay una deficiencia es cuando surgen los síntomas y signos de la enfermedad, afecta de manera notoria a la actividad motora, al poder expresar emociones y a la afectividad, los pacientes que la padecen parece que no tienen sentimientos, esto no es cierto, la realidad es que son incapaces de expresarlos, lo que les produce en la mayoría de los casos frustración e impotencia , llegando a hacerles poder caer en una depresión. Como en principio lo mas afectado es la movilidad, y la musculatura es importante que estos pacientes lleven a cabo una fisioterapia continua para así poder en la medida de lo posible retrasar la evolución de la enfermedad y permitirles durante mas tiempo poder realizar con cierta normalidad las actividades de la vida diaria, manteniendo una rutina en todos los aspectos, tanto de su cuidado personal en cuanto a aseo e higiene como a una buena coordinación de movimientos. Hay que tener especial atención a su aspecto psicológico, ya que es algo que los puede afectar de forma importante al ver mermadas sus facultades para realizar tareas que antes les eran fáciles (el temblor en las manos puede dificultarles el poder llevar un vaso a la boca para beber). En este aspecto la familia tiene un papel muy importante, no se trata de darles todo hecho, sino de activarlos para que ellos sean quienes lo realicen. Como toda enfermedad degenerativa y progresiva, el párkinson tiene fases que irán desde síntomas en la motricidad generalmente en un lado del cuerpo hasta la fase más aguda dónde ya la rigidez es tal que impide el movimiento.

5 Discusión-Conclusión

La crisis del Covid-19 ha influido en los pacientes con Parkinson al igual que en muchos otros, debido a variedad de motivos: deficiencia en la asistencia debido a la pandemia, ya que se suspendieron multitud de consultas y la mayoría de las que se hacían desde Atención Primaria eran telefónicas cuando en realidad deben mantener un contacto estrecho con paciente y familiares para observar su evolución, bien en positivo o negativo; por otro lado en confinamiento no fue de ayuda ya que estas personas necesitan un cierto ejercicio físico para disminuir la rigidez y aumentar la agilidad y la relación con el entorno. Por otro lado la educación sanitaria hacia los familiares que conviven con el paciente debe ser primordial para tener conocimiento de los diferentes estadios por los que va a pasar y como actuar en cada momento, haciendo de esta forma más fácil la convivencia y más llevadera la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2014.
2. Guía de ayuda mutua: La enfermedad de Parkinson. Federación Andaluza de Enfermos de Parkinson y Trastornos del Movimiento (F.A.E.P). Agencia de calidad Sanitaria. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2010.
3. Campdelacreu J. Enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer: factores de riesgo ambientales. *neurología*. 2014 Nov; 29 (9):541-9. doi: 10.1016/j.nrl.2012.04.001.
4. Martínez-Fernández R, Gasca-Salas C, Sanchez-Ferro A, Obeso JA. Actualización en la Enfermedad de Parkinson. *Parkinson's Disease: A Review*. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2016 May; 27(3):363-79. doi: 10.1016/j.rmcl.2016.06.01.
5. De la Casa, B. Guía Informativa de la Enfermedad de Parkinson [Internet].2012. Federación Española de Parkinson (FEP).

Capítulo 43

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO

MARIA LUISA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

El síndrome de Burnout o síndrome del trabajador quemado es como se denomina a la cronificación del estrés en el entorno de trabajo. Se caracteriza por un agotamiento mental y físico durante un largo tiempo y afecta tanto a la personalidad del trabajador como a la calidad a la hora de ejercer su trabajo. El trabajador empieza a perder el interés por su trabajo y tiene una reacción psicológica negativa hacia su puesto laboral y sus tareas.

Las profesiones de la rama sanitaria, dado su carácter asistencial, son consideradas de alto riesgo, ya que están expuestas a muchos factores estresantes en su puesto de trabajo.

También puede darse en otro tipo de profesiones no sanitarias debido a la discrepancia que surgen entre las expectativas laborales y la realidad del puesto de trabajo. Muchas veces en el puesto de trabajo se da acoso laboral por parte de superiores o incluso de los mismos compañeros.

Después de superar la pandemia por Covid-19, se ha podido observar como dicha situación vivida, cumple la mayoría de los factores que generan el síndrome de Burnout, ya que el personal de la sanidad ha estado luchando desde el primer día contra esta pandemia. La sobrecarga de trabajo, falta de conocimiento acerca del virus, la falta de personal para poder atender a todos los pacientes han causado un gran daño en el personal sanitario.

2 Objetivos

El objetivo es poder saber los factores y causas que pueden llegar a desarrollar el síndrome de Burnout en el personal de la sanidad.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática utilizando como motor de búsqueda Google para ir recopilando información sobre el tema, asimismo se ha hecho una revisión bibliográfica sistemática y se han consultado artículos y distintas bases de datos.

4 Resultados

El síndrome de Burnout se da en la mayoría de profesiones siendo la mas afectada la rama sanitaria dado su calidad asistencial.

Los principales síntomas que se dan con el síndrome de burnout son los siguientes:

1. Agotamiento mental y físico:

- Agotamiento físico se refleja con aumento de peso, fatiga, pérdida de apetito, dolores musculares, dolores de cabeza como son las migrañas, problemas del tránsito intestinal y muchos mas síntomas.
- Agotamiento mental se refleja con la ansiedad y estrés que son los factores anteriores a que se dé el síndrome de Burnout

2. Cambio de comportamiento en el trabajador: este síndrome produce un cambio en la personalidad de la persona que lo sufre. Su comportamiento se basa en indiferencia. Su personalidad es también mas irritable lo cual hace que su trato hacia los demás deje mucho que desear.

3. Bajo rendimiento laboral: cuando una persona sufre los dos factores anteriores, claramente su rendimiento laboral disminuye y provoca una desmotivación con la consecuente frustración, falta de atención a la hora de realizar las actividades, falta de concentración, etc.

Para poder restablecer la situación de una persona con síndrome de Burnout es muy importante identificar y modificar todos aquellos aspectos que puedan generar una inconformidad. Reubicar al trabajador, asesoramiento de carácter

psicológico para ayudar al trabajador en sus miedos y angustias, mejorar las condiciones laborales o reducir la elevada exposición al mismo problema.

Si somos capaces de diagnosticar y evaluar con antelación a un trabajador que pueda tener síntomas de trabajador quemado, se podría evitar y ayudar a ese trabajador a recuperar su actitud eficiente, que su motivación por el puesto de trabajo sea elevada y por consiguiente su salud mental se vera beneficiada, ya que su estrés disminuirá.

5 Discusión-Conclusión

He llegado a la conclusión que el síndrome de Burnout es una combinación de diferentes factores personales, laborales y ambientales que se prolongan durante mucho tiempo generando una afectación en la persona que los sufre.

La profesión que mas sufre este tipo de síndrome, es la rama sanitaria, ya que dado su carácter asistencial, están en contacto con pacientes muy dependientes. La falta de tiempo y personal en el trabajo hace que su calidad asistencial se vea disminuida lo que es muy negativo para los pacientes que al final son los que sufren las consecuencias.

Todo centro de trabajo debería tener protocolos acerca de como diagnosticar y poder resolver todos los problemas que sufra el personal sanitario para que la calidad de atención sea la mejor posible y el trabajador no sufra.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.activapsicologia.com/burnout-en-sanitarios/>.
- 2.<https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/sintomas-sindrome-burnout-identificarlo>.

Capítulo 44

NOCIONES PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE FARMACOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

EVA ROCÍO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El término farmacología hace referencia a la ciencia que estudia los fármacos y su efecto sobre el organismo. En función a su origen, los fármacos se clasifican: naturales, artificiales (se elaboran en laboratorio), y de ingeniería genética.

Teniendo en cuenta el efecto o la acción farmacológica que producen y el aparato o sistema en el que actúan podemos hablar de fármacos:

1. Que actúan sobre el sistema nervioso central.
2. Que actúan sobre el sistema nervioso autónomo (parte del sistema nervioso que controla los músculos de los órganos internos).
3. Que actúan sobre el sistema nervioso periférico.
4. Que actúan sobre el sistema cardiovascular.
5. Que actúan sobre el sistema respiratorio.
6. Que actúan sobre el aparato digestivo.
7. Que actúan sobre el sistema endocrino.
8. Antiinfecciosos, los que actúan sobre la sangre y los que actúan sobre el sistema músculo esquelético.

El término biodisponibilidad hace referencia a la cantidad de fármaco inalterado (sin metabolizar) que pasa a la sangre, órganos y tejidos, para producir el efecto terapéutico deseado.

Medicamento es toda sustancia o preparado que se administra a personas y animales para prevenir, aliviar, tratar o curar enfermedades o dolencias. Está formado por el principio activo, sustancia que provoca la acción terapéutica (fármaco) y por los excipientes o coadyuvantes que son sustancias que se añaden a los principios activos para facilitar su elaboración y que determinan su biodisponibilidad.

Forma farmacéutica es la presentación que adoptan los medicamentos : comprimidos, cápsula, jarabe, supositorio, gotas, pomada, etc.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las fases de evolución del un fármaco en el organismo.

Objetivos secundarios:

- Exponer los factores que modifican la acción de los fármacos.
- Estudiar las vías de administración de los fármacos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se procedió a realizar una revisión bibliográfica sobre la literatura existente sobre el tema tratado, basada en consultas realizadas en libros y artículos encontrados en los principales buscadores como Google académico, utilizando palabras clave como: farmacología, medicamento, administración medicamentos, y seleccionando los artículos procedentes de publicaciones académicas acreditadas.

4 Resultados

El fármaco sufre una evolución en el organismo, desde que es administrado y hasta su eliminación, pasando por distintas fases como son: liberación, absorción, metabolismo, excreción, y respuesta del organismo. Es decir, primero, el principio activo es liberado del medicamento para disolverse y absorberse en la

sangre y a través de las membranas capilares penetrar en los tejidos y así llegar a aquella parte del organismo donde realizará su acción (liberación-absorción-distribución)

Metabolismo hace referencia al conjunto de reacciones que suceden en el organismo, generalmente en el hígado, a través de las cuales el fármaco se transforma en formas más sencillas para producir una acción determinada, inactivarse o facilitar su eliminación. Este se puede eliminar sin modificar o en forma de metabolitos y las principales vías de eliminación son la vía renal, digestiva, y biliar. También se puede producir la eliminación a través de otras vías como: la respiratoria, la lagrimal y la glándula mamaria.

A la parte de la farmacología que estudia este proceso se le llama farmacocinética.

Otra parte importante de la farmacología es la que estudia el mecanismo de acción de los medicamentos y los efectos sobre el organismo, se la conoce como farmacodinámica.

La acción farmacológica puede modificar la funciones de células, órganos o sistemas del organismo, pueden actuar como estimulantes, inhibidores, de acción violenta o sustituyendo a una sustancia orgánica. También pueden ser de acción general o sistémica o de acción local.

Existen una serie de factores que pueden modificar la acción de los fármacos como son los factores genéticos, los cuales pueden afectar a la respuesta individual o afectar al metabolismo del fármaco, factores como el sexo, edad, peso, temperatura pueden repercutir en la actividad de un fármaco.

También son importantes los factores psicológicos, donde hay que tener en cuenta el efecto placebo que puede suponer para una persona, la ingesta de un fármaco en especial. El placebo es una sustancia inactiva que busca aumentar la acción terapéutica deseada, acción que se ve reforzada por la sugestión por parte del paciente de los beneficios del fármaco.

Hay que tener en cuenta que el efecto de un fármaco también se puede ver alterado por algunas enfermedades, por la interacción con otro fármaco o por la existencia de errores por parte del equipo médico o por parte del paciente, a la hora de interpretar un tratamiento o abandonando antes de tiempo el mismo.

Los fármacos se pueden administrar de forma indirecta, a través de la piel y mucosas y de forma directa, a través de inyectables mediante soluciones estériles.

Formas de administrar indirectas son:

- Vía oral (VO), es una vía de administración de absorción lenta y de acción sistémica, a través de la boca.

- Vía sublingual (VSL), es una vía de absorción muy rápida a través de la mucosa lingual la cual está muy vascularizada, y permite la absorción del medicamento sin pasar por el estómago e intestino.
- Vía respiratoria (VINH), de absorción rápida a través de las mucosas respiratorias.
- Vía rectal, se utiliza generalmente para pacientes con dificultades para tragar o con problemas de irritación de la mucosa gástrica. El medicamento se introduce en el recto, zona muy vascularizada y de absorción muy rápida.
- Vía tópica, Produce efectos locales y se aplica sobre la piel o la distinta mucosas del organismo como ojo, oídos, nasal, bucofaríngea, etc.
- Vía genitourinaria (VU), ejercen una acción local y se aplican en la vagina o uretra.

Formas de administrar a través de inyectables.

- Intradérmica (ID), se trata de una punción realizada a nivel de la dermis que se utiliza generalmente con fines diagnósticos y que tiene una absorción baja.
- Subcutánea (SC), usada generalmente para la administración de insulina o heparina, es una zona de absorción lenta.
- Intramuscular (IM), utilizada para la administración de numerosos medicamentos, se realiza una punción en el tejido muscular y es de absorción muy rápida.
- Intraarterial (IA), se utiliza para la aplicación de medicamentos, la toma de gases o administrar sustancias radiopacas, se realiza punción en la arteria radial, cubital o la femoral.
- Intravesosa (IV), es una punción directa en la vena se utiliza para administrar medicamentos, toma de muestra de sangre, etc.

5 Discusión-Conclusión

Resulta lógico afirmar los beneficios que aporta la farmacología y sus avances a la sociedad actual, la existencia de enfermedades que años atrás causaban numerosos daños a la salud hoy en día están controladas gracias a antibióticos, vacunas, etc.

Pero también es muy importante saber hacer un buen uso de los medicamentos, tomando solo bajo prescripción médica a través de la receta médica y siguiendo las pautas establecidas por el profesional médico.

Nosotros como personal en cuidados auxiliares de enfermería no tenemos permitido la administración de medicamentos, pero sí que es necesario conocer las pautas básicas que se ha de seguir para la administración de medicamentos con son:

- Hacer comprobaciones en cuanto al fármaco y nombre del paciente.
- Colocar al paciente en la posición adecuada para la administración del medicamento y administrarlo por la vía adecuada.
- Observar las reacciones del paciente, si las hubiera.
- Hacer las anotaciones pertinentes en la hoja de registro.
- Comunicación de los errores en la administración.

6 Bibliografía

1. Vías y técnicas de administrar medicamentos en pacientes por un TCAE (internet) (Consultado en Noviembre 2022) <http://www.revistamedica.com>.
2. Los medicamentos y los TCAE (Internet) (Consultado en Noviembre 2022). <http://www.revistamedica.com>.
3. introducción al sistema nervioso central (Internet) (Consultado en Noviembre 2022) <http://www.msmanuals.com>.
4. Técnicas Básicas de enfermería editorial Mc Graw Hill.

Capítulo 45

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE LA NUTRICIÓN ENTERAL MANUAL DE UN PACIENTE CON SONDA NASOGÁSTRICA

ANDREA FERNÁNDEZ YÁÑEZ

1 Introducción

Una sonda nasogástrica (Sonda NG) es una sonda especial que lleva alimentos y medicamentos al estómago a través de la nariz. Puede utilizarse para todos los alimentos o para medicación. El sondaje nasogástrico es una técnica que consiste en la introducción de una sonda desde uno de los orificios nasales hasta el estómago.

Se emplea en aquellos pacientes que conservan el peristaltismo intestinal, pero que no son capaces de ingerir los alimentos por vía oral.

Como norma general, las sondas nasogástricas deben ser sustituidas cada 6-8 semanas, pero este período puede variar en función del material de la sonda, de la medicación administrada y de su correcta limpieza.

Sirve para alimentar a los pacientes que presentan dificultades para masticar o tragar los alimentos, pero no para digerirlos (como la disfagia y otras) y para darle caloría extra a la persona. Se utiliza en pacientes con diversas situaciones clínicas, como:

- Ciertas enfermedades metabólicas.
- Trastornos gastrointestinales.
- Enfermedades neurológicas graves.

- Prematuridad.
- Malnutrición grave.

Otras enfermedades que impiden o dificultan la alimentación oral.

Los cuidados que debemos de realizar en la nariz y en la boca han de ser importante, ya que pueden derivar en heridas o en infecciones mucho más graves. Si el paciente colabora moveremos la sonda nasogástrica diariamente rotándola sobre sí misma para cambiar la sujeción.

Si el paciente no colabora se cambiará o rotará siempre que sea necesario, ya bien sea por suciedad o por estar la sujeción despegándose.

Limpiaremos las fosas nasales una vez al día suavemente.

Alentaremos al paciente si puede que se tiene que cepillar los dientes al menos dos veces al día.

Echaremos asiduamente crema hidratante en la zona de la nariz y la boca.

2 Objetivos

Describir el papel del técnico auxiliar de enfermería en la nutrición enteral manual de un paciente con sonda nasogástrica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Los datos científicos para hacer este trabajo han sido obtenidos de diversas páginas web, libros científicos y publicaciones científicas.

Alguna de las páginas web revisadas para este fin han sido por ejemplo: Wikipedia, Medline, varias páginas de medicina bucal y también en Google Académico.

Las palabras claves utilizadas han sido: "TCAE", "sonda nasogástrica", "nutrición enteral" entre otras.

4 Resultados

Los materiales que necesitaremos para la realización de la nutrición enteral al paciente por sonda nasogástrica serían:

- Un recipiente con agua.
- Una toalla o unas servilletas.

- Una batea.
- Una jeringa de 50 centímetros cúbicos.
- Unas pinzas Kocher.
- Guantes desechables.
- Solución nutritiva.
- Equipo para el aseo de la boca.

Lo primero que debemos hacer es lavarnos las manos y ponernos los guantes.

Le explicaremos al paciente lo que vamos a hacer e intentaremos que colabore en la medida que pueda.

Si no está contraindicado, colocamos al paciente en posición de Fowler y colocamos sobre su pecho una toalla o servilleta.

Luego procedemos a la comprobación de la colocación de la sonda mediante la técnica de aspiración: retiraremos el tapón de la sonda y conectaremos la jeringa, tiraremos del émbolo suavemente para comprobar que entra jugo gástrico (no hace falta llenar la jeringa, solo un poco) en la sonda, presionaremos el émbolo para volver a introducir el jugo gástrico para finalizar sacamos la jeringa y tapamos la sonda.

Rellenaremos la jeringa con unos 30 centímetros cúbicos de agua, destapamos la sonda y conectaremos la jeringa e introduciremos el agua. Este será el primer lavado.

A continuación rellenaremos la jeringa de la solución nutritiva y la administramos, presionaremos el émbolo suavemente y de forma lenta, rellenando la jeringas las veces que este pautado. Debemos de tener mucho cuidado durante este proceso para que no salgan burbujas de aire.

Una vez acabada la solución nutricional procedemos al segundo lavado que se realiza de igual manera que el primer y tapamos la sonda, este lavado de la sonda evita su obstrucción.

Para finalizar asearemos la boca al paciente y dejaremos al paciente en la posición de Fowler durante unos 30 minutos y con la cabeza ladeada para evitar la aspiración del vómito si este aparece.

Si durante el proceso el paciente sintiera molestias, vómitos, náuseas o dolor este procedimiento lo suspenderíamos inmediatamente y aviaríamos al equipo de facultativos.

5 Discusión-Conclusión

Tanto el técnico auxiliar de enfermería como el equipo de enfermería y facultativo trabajaran juntos para que el paciente con sonda nasogástrica este lo mejor

posible, tanto físicamente como psicológicamente, así como enseñarle y ayudarlo en todo lo relacionado a su problema y a como conllevarlo. Eso es un proceso incómodo de llevar por lo tanto debemos enseñarles todos los cuidados adecuados que debe llevar.

Esto mismo deberemos de hacerlo también con los familiares porque estos pacientes suelen llevar las sondas nasogástricas en el hogar.

Es muy importante que sepan como maniobrar para el lavado de la sonda, la forma de dar la comida o medicamentos, en que posición darla... y todos los cuidados necesarios para que no le derive a problemas más graves.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000182.htm>.
2. <https://www.nestlehealthscience.es/paralisis-cerebral-infantil/nutricion/enteral/sonda-nasogastrica-nasoyeyunal>.
3. https://es.wikipedia.org/wiki/Sonda_nasog%C3%A1strica.

Capítulo 46

SÍNDROME DE LYNCH EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

BEATRIZ BALBOA MANJON

1 Introducción

Un síndrome es un conjunto de síntomas que presenta una enfermedad o una probabilidad mayor de tener una enfermedad, en este caso, hereditaria, ya que voy a hacer referencia al Síndrome de Lynch, es decir aquel conjunto de síntomas o afección de tipo hereditaria que aumenta el riesgo de padecer ciertas lesiones o tumores como el cáncer de colon, recto o endometrio en las mujeres entre otros y a menudo antes de cumplir los 50 años.

La causa del Síndrome de Lynch son los genes que se transmiten de padres a hijos; es decir que en este tipo de afección existe una alteración de los genes, ejemplo de algunos de ellos MLH1, MSH2, MSH6 entre otros. Puede afectar tanto a hombres como a mujeres y sin haber saltos entre generaciones transmitirse de padres a hijos; es decir que sus padres, hijos y hermanos pueden tener un 50 % de posibilidades de tener cáncer de colon, endometrio, hígado, riñón, piel y cerebro entre otros, no quiere decir que todas las personas que heredan los cambios de estos genes vayan a tener cáncer, sino que sufren un mayor riesgo de tenerlo.

Además el Síndrome de Lynch hace que el cáncer aparezca a una edad más temprana. Por lo que toda persona con cáncer de colon debería informar a sus familiares más directos y aconsejarles que se hagan las pruebas necesarias para una detección precoz.

Para un mejor diagnóstico ante la sospecha de tener un Síndrome de Lynch los especialistas realizarán un análisis genético para detectar los cambios de los genes

y otros tipos de pruebas como pueden ser una colonoscopia o biopsias para detectar otros tipos de cánceres.

El tratamiento de este tipo de tumores será personalizado en cada caso del paciente, pero los pasos a seguir generalmente son la cirugía, quimioterapia y radioterapia.

2 Objetivos

Exponer la importancia de las pruebas preventivas para detectar el síndrome de Lynch a propósito de un caso clínico.

3 Caso clínico

Paciente varón de 75 años de edad acude a la consulta de cáncer familiar para valorar su estudio genético tras haber sido operado de cáncer de colon transversal hace 3 meses con afectación de una parte del estómago.

_ Antecedentes familiares oncológicos:

Refiere que un hermano ha tenido cáncer de colon y de próstata y que una hermana ha tenido cáncer de mama, de riñón y de útero.

_ Estudios:

Los estudios realizados en el tumor han sido una expresión de genes reparadores en bloque de parafina correspondiente a muestra de cáncer de colon (Hospital San Agustín): ausencia de expresión para MSH6.

En línea germinal tras explicar los beneficios y limitaciones del estudio genético y firmar el consentimiento informado se decidió realizar dicho estudio. Se obtuvo SDMA genómico a partir de los linfocitos de sangre periférica. Se utilizó el kit de diagnóstico del cáncer hereditario de detección de mutaciones en un panel de 27 genes (ABRAXA1, APC, ATM, BARD1, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CHEK2, EPCAM, EMLH1, etc.) mediante la secuenciación completa de todos los exones de estos genes y regiones intrónicas adyacentes.

_ Resultados:

Se ha detectado una variante probablemente patogénica en el gen MSH6: NM-000179 (MSH6): c.3040_3042del; p.(Lys1014del), pudiendo concluir que el paciente está afectado de Síndrome de Lynch.

Este Síndrome es hereditario por lo que los familiares directos tienen una probabilidad del 50% de ser portadores de dicha modificación genética.

_ Recomendaciones:

Las recomendaciones para el paciente según la literatura científica del momento son las siguientes:

- Colonoscopia anual
- Seguimiento por su servicio de origen.

Se recomienda a los familiares directos del paciente que acudan a la consulta de Cáncer Familiar para informarle sobre la posibilidad de hacer un test genético.

4 Discusión-Conclusión

Son varias las conclusiones a las que he llegado tras hacer este estudio del Síndrome de Lynch y haber visto que es hereditario y que la prevención es de gran importancia.

Las personas con Síndrome de Lynch tienen un riesgo mayor de tener cáncer en varios órganos diferentes, a lo largo de su vida. Uno de los tumores o cánceres mas frecuentes en personas con este tipo de síndrome es el cáncer de colon, en el cual, en estos casos es necesario hacer una mayor extirpación del tejido del colon, ya que estas personas tienen un riesgo mas elevado de padecer de nuevo la enfermedad y otro tipo de tumores frecuentes en las mujeres que padecen de este síndrome, es el cáncer de útero, por lo que en algunos casos es aconsejable hacerse una cirugía preventiva para quitar útero y ovarios y así reducir de esta manera el riesgo de tenerlo.

Todos los pacientes con cáncer de colon deben ir a la consulta de genética familiar , donde les harán las preguntas necesarias y un árbol genealógico para conocer los antecedentes familiares en caso de que estos hayan tenido algún tipo de cáncer y a que edad.

Después en caso de que el resultado haya sido positivo y se confirme la existencia de un Síndrome de Lynch, se deberá avisar a los familiares directos para que estos informen a sus médicos e inicien una serie de pruebas de prevención como pueden ser una colonoscopia que se recomienda a partir de los 50 años, una biopsia de endometrio en las mujeres cada uno o dos años, ecografía de ovarios, análisis de sangre y orina, endoscopias, etc.

5 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_Lynch.

2. <https://www.lavanguardia.com/vida/salud/tipos-cancer/20190731/463800463457/sindrome-de-lynch-cancer-cancer-colorrectal-polipos-cancer-de-endometrio-cancer-de-utero.html#:text=El%20s%C3%ADndrome%20de%20Lynch%20o,tipos%20de%20c%C3%A1ncer%20de%20%C3%BAtero>.
3. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/lynch-syndrome/diagnosis-treatment/drc-20374719>.
4. <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-gastrointestinales/tumores-del-aparato-digestivo/s%C3%ADndrome-de-lynch>.
5. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sindrome-de-lynch>.

Capítulo 47

CUIDADOS DEL PACIENTE CON DISFAGIA

LAURA MUÑIZ

1 Introducción

La disfagia es la necesidad para tragar , es decir, el tiempo que el cuerpo necesita mas tiempo y mas esfuerzo para mover los alimentos o líquidos y pasarlos al estómago. la Disfagia puede ser dolorosa, en algunos casos la deglución es imposible.

La disfagia persistente puede llegar a ser una enfermedad muy grave que requiere tratamientos y un cambio de vida en nuestra alimentación todo cambiará según el grado en el que se encuentre .

Puede manifestarse a cualquier edad pero lo mas común es en personas de avanzada edad.

El objetivo de este trabajo es dar pistas necesarias a los cuidadores o auxiliares de enfermería que la persona empieza a manifestar síntomas que nos hagan estar alerta.

Igualmente puede venir precedido de personas independientes que como consecuencia de dicha enfermedad se vean afectados.

La disfagia suele ser causada por otra condición de salud subyacente, como aquellas que afectan al sistema nervioso (por ejemplo, un accidente cerebrovascular, lesión en la cabeza o demencia), ciertos tipos de cáncer o una enfermedad de reflujo gastroesofágico. También puede ocurrir en niños como resultado de una discapacidad de desarrollo del feto.

La disfagia puede ser dolorosa en estos casos se tendrá que adecuar el tratamiento.



2 Objetivos

Observaremos los principales síntomas que se observan en este tipo de enfermedad como puede ser entre ellos:

Dolor al tragar.

Imposibilidad de tragar.

La sensación de que la comida se atasca en la garganta o el pecho, o detrás del esternón.

Babeo.

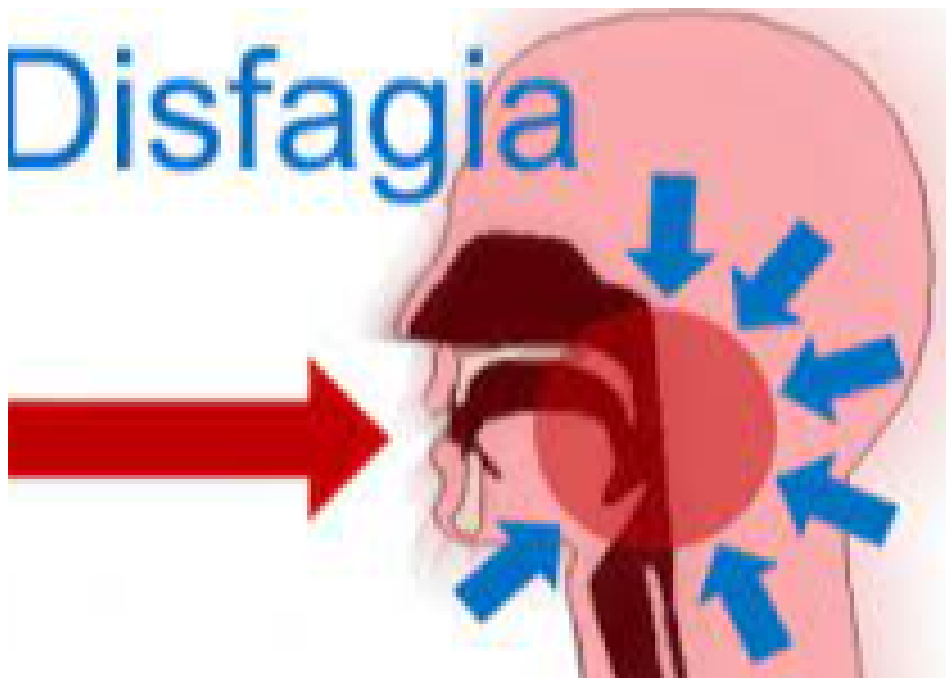
Ronquera.

Regreso de la comida (regurgitación).

Acidez estomacal frecuente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha consultado diferentes artículos con los principales factores que afectan a las personas que les afecta esta enfermedad, como por ejemplo mayorclinic.org y otros buscadores para obtener la máxima información sobre la disfagia.



4 Resultados

La disfagia suele ser causada por otra condición de salud subyacente, como aquellas que afectan al sistema nervioso (por ejemplo, un accidente cerebrovascular, lesión en la cabeza o demencia), ciertos tipos de cáncer o una enfermedad de reflujo gastroesofágico. También puede ocurrir en niños como resultado de una discapacidad de desarrollo.

Aunque cualquier persona puede ser afectada por la disfagia, hay un mayor riesgo en las personas mayores, cuyos músculos son más débiles al tragar, o que pueden sufrir de condiciones neurológicas.

La localización de la causa determinará el tipo de disfagia diagnosticada. Los problemas en la boca o la garganta pueden llevar a la orofaringe o disfagia «alta», mientras que los problemas más abajo en el esófago pueden conducir a disfagia esofágica o «baja».

Causas de disfagia baja o esofágica:

Acalasia. Se refiere a la imposibilidad de relajar el esfínter. Cuando el músculo esofágico inferior (esfínter) no se relaja adecuadamente para permitir que el alimento entre en su estómago, puede provocar que devuelva la comida a su garganta. Los músculos en la pared del esófago pueden ser muy débiles, lo que lleva a que la condición tienda a empeorar con el tiempo.

Espasmo difuso. Esta condición produce múltiples contracciones de alta presión, mal coordinadas en el esófago, generalmente después de tragar. El espasmo difuso afecta los músculos involuntarios en las paredes de su esófago inferior.

Estenosis esofágica. Un esófago una cicatriz, causados a menudo por la enfermedad de reflujo gastroesophageal (GERD), pueden causar el estrechamiento.

Tumores esofágicos. La dificultad para tragar tiende a empeorar progresivamente cuando hay tumores esofágicos.

La persona que padece disfagia debe comer con la espalda recta y lo más enderezado posible. Siempre que se trague alimento hay que procurar poner la cabeza inclinada hacia abajo para evitar que el alimento pase de hacia las vías aéreas.

5 Discusión-Conclusión

Como con cualquier condición médica, el tratamiento de la disfagia varía según el tipo y la causa del trastorno de la deglución, así como su gravedad. Esto puede ir desde ejercicios simples que ayudan a coordinar los músculos de la deglución o reestimar los nervios que desencadenan el reflejo de la deglución, hasta la inserción de un tubo especial para abrir y estirar el esófago. También hay medicamentos disponibles que pueden reducir el ácido estomacal, así como procedimientos quirúrgicos.

En los casos más severos, se puede recomendar una dieta líquida especial o un tubo de alimentación que elimine la parte del mecanismo de deglución que no funciona correctamente.

Es importante contactar a su médico para revisar cual es el tratamiento más adecuado según el tipo de disfagia y gravedad.

6 Bibliografía

1. Mayoclinic.org.disfagia.
2. www.serproen.cl/2016/12/la-disfagia-causas-tipos-tratamiento/.
3. <https://disfagia-nutricion.es/consejos/recomendaciones-posturales/>.

Capítulo 48

EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO. UNA COMPARATIVA ENTRE ASEO TRADICIONAL Y ASEO EN SECO

LAURA MOTA MAILLO

1 Introducción

La piel constituye el órgano más extenso del cuerpo humano formando el sistema tegumentario. Principalmente desempeña una función protectora, de los tejidos subyacentes, frente a agresiones físicas, químicas y térmicas y frente al paso microorganismos perjudiciales para la salud. Además que evita la pérdida excesiva de agua previniendo la deshidratación. Es muy importante mantener una correcta higiene de la piel como mecanismo de prevención de desarrollo de enfermedades.

En el ámbito hospitalario y asistencial, el procedimiento de higiene de pacientes encamados, es una intervención básica propia del equipo de enfermería, la cual es realizada, principal y habitualmente, por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería apoyado por el personal celador, si esta figura estuviera presente en el organismo, y supervisado por el personal enfermero. Tiene como objetivos proporcionar confort y bienestar al paciente, permitir la observación de signos que puedan evidenciar un problema de salud, conservar la integridad de la piel, estimular la circulación sanguínea y prevenir la aparición de enfermedades.

El procedimiento de higiene es planificado previamente acorde con las características y necesidades del paciente, de manera que se decide la metodología de aseo a adoptar pudiendo ser escogido el método tradicional de aseo mediante agua y jabón o la higiene en seco a partir del uso de manoplas y toallitas higiénicas.

Tras realizar el aseo, se evaluarán los resultados y a partir de la evolución del paciente se irá decidiendo si continuar realizándolo mediante el método escogido inicialmente o si variarlo. Debe de tratarse de un proceso dinámico que evolucione conforme evoluciona el paciente respondiendo a sus necesidades actuales. De esta manera , junto con una correcta humanización del procedimiento, se consigue la realización de un procedimiento de buena calidad asistencial.

2 Objetivos

- Exponer las diferentes metodologías de aseo del paciente encamado.
- Comparar el aseo tradicional con el aseo en seco del paciente encamado.

3 Metodología

Se obtendrá información acerca del procedimiento de higiene y aseo del paciente encamado mediante el empleo del método tradicional y el uso de la manopla y la toallita higiénica, así como de los cuidados aportados por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Dicha información será obtenida a través de buscadores especializados y bibliografía relacionada con la finalidad de elaborar un documento que condense y exponga los resultados obtenidos.

4 Resultados

Se entiende como paciente encamado aquel que por diversos motivos se encuentra en un estado de dependencia, temporal o permanentemente y que, por lo tanto, tiene la necesidad de ser asistido en las tareas básicas de la vida diaria. Dicha asistencia puede ser total o parcial y en una, varias o todas las actividades. Este documento se centrará en la actividad de la higiene, en el supuesto caso de que el paciente precise de una asistencia total.

El protocolo de higiene del paciente encamado dependiente será adaptado a las necesidades de cada paciente de manera individual conforme a sus necesidades del momento, pudiendo ser adoptado un procedimiento de higiene tradicional de agua y jabón o una higiene en seco mediante uso de manoplas y toallitas de higiene desechables. Esta decisión se tendrá en cuenta en función de la movilidad del paciente y el estado de la piel.

La higiene tradicional es aquella en la que se emplea el uso de agua y jabón distinguiéndose entre aseo en cama, para el cual será necesario el uso de una palangana

con agua tibia, esponjas jabonosas y toallas, o el aseo en baño geriátrico, en el que pueden ser usados dispositivos de apoyo como la bañera geriátrica o silla geriátrica. El documento actual contemplará exclusivamente el aseo en cama del paciente encamado como método tradicional de aseo.

Los pacientes susceptibles del empleo de la higiene tradicional serán aquellos que presenten un tono muscular adecuado, que logre realizar la abducción de las extremidades para su lavado y posterior secado, y que no presenten alguna problemática que lo contraindique. Se trata del método de higiene más empleado. El aseo en seco mediante el uso de manoplas y toallitas de higiene desechables, es aquel en el que son empleados dichos materiales citados y del que son pacientes susceptibles aquellos con prescripción de inmovilidad, inmovilizada asociada aquello en los que resulte muy complicado el empleo de una higiene tradicional, es decir, serán pacientes que por sus características individuales resulte muy costoso el acceso a determinadas zonas corporales, de manera que dispongan de una gran probabilidad de no ser bien lavadas y quedar con humedad. Un ejemplo de pacientes susceptibles pudieran ser aquellos con hipertonía o gran voluminosidad, pacientes con prescripción de movilidad tras una operación o pacientes paliativos cuyo objetivo es la aplicación de medidas de confort.

Las manoplas y toallitas de higiene se caracterizan por poseer un agente limpiador e hidratante que arrastra la suciedad a la vez que hidrata y deja la piel libre de humedad. Para llevar a cabo su uso, tras el lavado de manos y colocación de guantes de examen, la manopla será introducida en la mano, por encima del guante, pudiendo ser calentada previamente en el microondas para mayor confort o una vez puesta mediante fricción con ambas manos. Las manoplas siempre deben usarse frotando ligeramente contra la piel en orden de ascendente a descendente y por la cara delantera y trasera de la misma, pero nunca debe frotarse la cara interna de la manopla contra la piel, ya que esta es la que acumula la suciedad que se ha ido arrastrando al ir limpiando la piel. Ciertas fórmulas requieren de la fricción con ambas manos para la activación de los agentes limpiadores e hidratantes, por lo que antes de su uso deben leerse las indicaciones de cada fabricante.

Ambas clases de aseo tienen en común que siguen un mismo orden de higiene corporal, pero se diferencian en cuanto a la ejecución.

El aseo del paciente encamado debe comenzar siempre por la higiene del rostro. Haciendo uso del método tradicional se hará con agua sola sin jabón siendo secado a continuación a toquecitos con la toalla evitando así la fricción en la delicada piel que conforma el rostro. En contra, haciendo uso del método de manoplas y toallitas higiénicas será utilizada una manopla para hacer una

limpieza suave del rostro. En ambas opciones pueden ser utilizadas gasas impregnadas en suero para limpiar las posibles legañas de los ojos.

El segundo paso corresponderá a la higiene de cuello, hombros y tórax, en este orden. En el aseo tradicional se mojará una esponja jabonosa por zona corporal en la palangana con agua tibia con la que se realizará el lavado, posteriormente se secará a toques con la toalla y por último se hidratará con crema. Mediante el uso de manopla, sin embargo, únicamente será utilizada la misma manopla que se usó en el rostro de orden ascendente a descendente siguiendo el orden de zonas corporales citado anteriormente. En ambos métodos se hará hincapié en la zona umbilical y en la submamaria en el caso de las mujeres.

A continuación, serán lavadas las extremidades superiores profundizando en la zona interdigital siendo el orden el siguiente, primero miembro superior, luego manos y por último axilas. Mediante el uso de la higiene tradicional se hará siguiendo la misma metodología explicada anteriormente de lavado, secado e hidratación, usando una esponja por miembro superior, mientras que mediante la higiene en seco será usada una manopla por extremidad.

El cuarto paso corresponde a los miembros inferiores, cuyo aseo se realizará comenzando por las piernas y finalizando por los pies. Se insistirá en el área correspondiente al hueco poplíteo y espacios interdigitales, en estos últimos como prevención de la aparición de micosis producida por hongos. Se hará uso de o bien una esponja por miembro inferior o una manopla. En el momento de lavar los pies, es aconsejable hidratar en mayor profundidad las uñas. Es aconsejable realizar un cambio de guantes tras finalizar las extremidades inferiores.

Se continuará por el aseo de la zona genital mediante una esponja o una manopla nuevas, según corresponda. En el caso de hacer uso de higiene tradicional es importante secar muy bien los diferentes pliegues y en el caso de la higiene en seco, se aconseja primero usar una toallita higiénica para arrastrar la principal suciedad y finalizar con la manopla. Al finalizar es aconsejable realizar otro cambio de guantes.

Tras movilizar en decúbito lateral al paciente, se procederá a la higiene de la espalda con una esponja o una manopla nuevas y si hubiera que sustituir las sábanas por unas limpias este sería el momento adecuado para ir quitando la sucia y sustituyéndola por la limpia.

Se finalizaría el aseo realizando la higiene de las zonas glútea y anal, en este orden, con una nueva esponja o manopla. En el caso de deposición se podrían utilizar varias esponjas o toallitas de higiene finalizando con el uso de la manopla.

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar y comparar ambos protocolos de higiene se llegan a las siguientes conclusiones.

La higiene con manopla parece ser más higiénica, ya que, al hacer uso de productos de un solo uso desechables, es evidente que se reduce el riesgo de infecciones cruzadas, mientras que la higiene tradicional puede tener más predisposición a ello ya que, generalmente y salvo excepciones, no se cambia el agua. También como pros del uso de la manopla, se asegura que la piel quede seca e hidratada, lo cual no siempre se consigue con el método tradicional. También al no usar toallas se evita la fricción con la misma en la piel, además, al no usar agua, en las pieles más sensibles o con mayor tendencia a problemáticas, esta no se verá tan reseca.

Como contras de la higiene con manopla, cabe mencionar que un mal uso de esta podría producir una infección cruzada, ya que, como se ha explicado en el procedimiento, se debería de usar una manopla por cada zona corporal, lo cual supondría un elevado coste en manoplas y como consecuencia es probable que no se llevaran a cabo del todo correctamente las pautas. Además, aunque agiliza el tiempo, quizás para la persona usuaria esto podría suponer un elemento en contra, ya que mediante el método tradicional las personas disfrutaban más tiempo de la compañía de los profesionales, promoviendo más su relación terapéutica y pudiera ser que en cuanto a confort les resultara más agradable al tacto la esponja humedecida en el agua tibia que la manopla.

Por último, cabe destacar que se considera que en personas con una movilidad adecuada y sin una problemática en la piel, no se han encontrado evidencias de que el uso de manoplas sea más recomendable en estos casos.

6 Bibliografía

1. Revista médica y de enfermería Ocronos. Protocolo de aseo del paciente encamado. Citado el 1 de Diciembre de 2022. Disponible en <https://revistamedica.com/protocolo-aseo-paciente-encamado/>
2. Evangelina Pérez de la Plaza, Ana M.^a Fernández Espinosa. Auxiliar de enfermería. Séptima edición. Aravaca, Madrid. Mc Graw Hill; 2016.
3. Hartmann. Manoplas de un solo uso para la higiene de pacientes inmunodeprimidos. Citado el 12 de Diciembre de 2022. Disponible en <https://www.hartmann.info/es-es/articles/b/0/uso-manoplas-entorno-covid>.
4. Medicina intensiva. Higiene y antisepsia cutánea en el paciente crítico. Citado

el 12 de Diciembre de 2022. Disponible en <https://www.medintensiva.org/es-higiene-antisepsia-cutanea-diaria-el-articulo-S0210569118302729>.

Capítulo 49

EFECTOS ANSIOLÍTICOS Y ANTIDEPRESIVOS DEL CANNABIDIOL (CBD). UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

LUIS MANUEL DE LA ROZA GRANDA

1 Introducción

Los principales componentes de cualquiera de las tres variedades de Cannabis son el THC (Delta-9 tetrahydrocannabinol) y CBD (cannabidiol), el primero es el compuesto que en mayor concentración se encuentra en los extractos que se realizan a la planta y es el causante de los efectos psicotrópicos. El CBD es un componente que puede alcanzar el 40% del extracto de la planta y que carece de dichos efectos y parece ser el responsable de los efectos sedativos. No existe evidencia alguna que el CBD pueda producir dependencia en humanos, además es muy bien tolerado. Estas son algunas de las razones por las que los investigadores lo valoran como una posible opción terapéutica para la ansiedad y la depresión. Más de 300 millones de personas en el mundo padecen depresión, cifra que se incrementa un 18% anual. La depresión aumenta el riesgo de uso abusivo de sustancias y enfermedades como diabetes o enfermedades cardíacas. Todo ello aumenta el riesgo de suicidio, materializándose en el fin varias decenas de miles de vidas al año.

Siendo la depresión una enfermedad en la que el paciente alcanza un elevado grado de sufrimiento hasta el punto de que vivir le resulta insoportable, es más que necesario indagar en todas las vías terapéuticas que puedan contribuir a paliar este enorme dolor.

2 Objetivos

- Revisar artículos científicos realizados durante los últimos 10 años en los que se haya usado el cannabidiol como elemento ansiolítico o antidepresivo.
- Conocer si el CBD podría ser un compuesto a considerar como futuro tratamiento contra la depresión y la ansiedad.

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión sistemática de los artículos publicados en las bases de datos científicas (PubMed, Google Scholar, Elsevier) de 2012 a 2022 que valoren la opción de utilizar en cannabidiol como ansiolítico y/o antidepresivo. Palabras clave: Cannabidiol, ansiedad, depresión, ansiolítico.

4 Resultados

Tras las indagaciones realizadas, se han obtenido algunos resultados que, sería deseable, investigaciones posteriores confirmasen para obtener una mayor evidencia científica. Así por ejemplo se resolvió que dosis consideradas bajas y/o medias de cannabidiol produjeron efectos reductores de la ansiedad, por contra al aumentar la dosis también lo hacía la angustia o la ansiedad del paciente. Durante una prueba consistente en hablar en público, se observó que dosis pequeñas de CBD también disminuían los síntomas de ansiedad y la incomodidad asociada con el desempeño del habla en público. Por otra parte, varios estudios de imágenes cerebrales revelaron además que la ingesta de CBD altera el flujo sanguíneo en la amígdala, el hipocampo, el hipotálamo y la corteza cingulada, las cuatro estructuras cerebrales están implicadas en la aparición de la ansiedad. La evidencia preclínica sugiere que el CBD puede ser un antidepresivo promotor, puesto que ha mostrado un efecto en ese sentido rápido y sostenido en diferentes modelos animales debido posiblemente a un aumento de la señalización del factor neurotrófico en las regiones límbicas del cerebro importantes para la adaptación al estrés y la neurobiología de la depresión reflejándose en un aumento de la sinaptogénesis y la neurogénesis. El CBD tiene la capacidad de intervenir en varios sistemas de neurotransmisores involucrados en la depresión, como son los sistemas serotoninérgico, glutamatérgico y endocannabinoide. Los usuarios habituales de cannabis medicinal por distintas causas, afirman que con el comienzo del consumo perciben que su calidad de vida mejora, duermen más horas y de mejor calidad y su dolor disminuye a todo ello hay que añadir

que se produce una disminución significativa de la ansiedad (que no tiene por qué ser patológica) y síntomas que se podrían calificar como depresivos.

5 Discusión-Conclusión

El uso de CBD, tiene muchos efectos positivos como para tenerlo en consideración como un posible tratamiento para desórdenes psiquiátricos. Se ha comprobado que el CBD presenta actividad ansiolítica y antidepresiva, a pesar de esto es necesario realizar más estudios preclínicos para comprender el mecanismo de actuación en el cerebro, las dosis adecuadas y averiguar las posibles interacciones con otros medicamentos. No son suficientes las investigaciones sobre los efectos del CBD en humanos que mayoritariamente se enfocaron en un posible tratamiento contra la epilepsia y la esquizofrenia. Necesitamos incrementarlas con la finalidad de que sea resuelta la duda de si el CBD puede dar lugar a una nueva medicina con menos efectos secundarios y más efectiva en la lucha contra la depresión y la ansiedad.

6 Bibliografía

1. Ramos Atance, J.A. (Coord). “Efectos terapéuticos de los cannabinoides” Instituto universitario de Investigación en Neuroquímica de la Universidad Complutense de Madrid (2017).
2. Linge Méndez, Raquel. “Potencial del Cannabidiol para la terapia antidepresiva rápida: evidencias conductuales, neuroquímicas, moleculares y celulares. Implicación de los sistemas serotoninérgico y glutamatérgico”. Universidad de Cantabria (2015)

Capítulo 50

VACUNAS NASALES CONTRA LA COVID-19: ¿ESENCIALES PARA EL CONTROL DE LA PANDEMIA?

LUIS MANUEL DE LA ROZA GRANDA

1 Introducción

En marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la Covid-19 como la primera pandemia causada por un coronavirus. Unos meses después, en diciembre, era vacunada la primera persona en Reino Unido contra la Covid-19, comenzando así una desenfrenada carrera por la vacunación masiva de toda la población con resultados dispares, alcanzando altos porcentajes en los países ricos y siendo estos bastante inferiores en los denominados países en vías de desarrollo.

Las vacunas han sido un triunfo de la ciencia y la tecnología, puesto que en tiempo record se pusieron en el mercado consiguiendo evitar miles de hospitalizaciones y muertes, especialmente entre las personas de mayor edad cuyo sistema inmune no es tan eficiente.

Desafortunadamente el efecto protector de las vacunas disminuye con el tiempo (a los pocos meses) por lo que se hacen necesarias campañas periódicas de vacunación para aplicar dosis de recuerdo. Por otra parte no evitan la transmisión (puesto que no se generan anticuerpos en las mucosas de las fosas nasales que es donde el coronavirus comienza la infección) por lo que el virus continúa mutando produciéndose cada vez variantes que se contagian más fácilmente y se replican a mayor velocidad. Para solucionar esto, hay líneas de investigación abiertas que tratan de encontrar vacunas cuyo efecto protector se prolongue en el tiempo y

que además impidan la propagación del virus. Parece ser que, las vacunas intranasales podrían ser la solución.

2 Objetivos

- Conocer si las vacunas nasales ofrecen una protección más duradera que las vacunas intramusculares.
- Averiguar si las vacunas nasales impiden o disminuyen la transmisión del SARS-CoV-2.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Biorxiv, Wiley Online Library y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas.

Palabras clave: covid-19, SARS-CoV-2, vacunas nasales, vacunas intranasales, transmisión, contagio, protección.

4 Resultados

Las vacunas nasales tienen la ventaja de que se enfrentan al virus en el mismo lugar donde sucede la infección, esto es la mucosa nasal, produciendo unos anticuerpos que encaran al virus antes de que cause síntoma alguno. Estas vacunas pueden establecer protección ante la enfermedad por dos vías, mediante la producción de células B de memoria que producen anticuerpos más rápidamente y más eficaces que los producidos por las vacunas intramusculares para futuras infecciones y células T que participan en la destrucción de las células infectadas y producen anticuerpos.

La capacidad que puede tener una vacuna nasal de eliminar al virus antes de que este haya tenido la oportunidad de comenzar a replicarse es lo que se conoce como inmunidad esterilizante y sería capaz de eliminar la transmisión.

Con los estudios realizados hasta el momento no se ha podido determinar cuánto duraría la inmunidad de una vacuna nasal, no obstante la posibilidad de realizar un refuerzo anual mediante la aplicación de un sencillo aerosol simplifica mucho la logística necesaria en comparación con las vacunas intramusculares cuyo refuerzo necesariamente ha de realizarse por personal sanitario.

Las vacunas nasales además de ser mucho más fáciles de aplicar, también lo son de almacenar, conservar y distribuir por lo que podrían contribuir a disminuir la brecha existente en el porcentaje de personas protegidas frente al SARS-CoV-2 entre países ricos y países en vías de desarrollo.

En los inicios de la pandemia se realizaron esfuerzos inversores muy importantes por parte de los gobiernos de algunos países para impulsar el desarrollo, fabricación y distribución de las primeras vacunas. Este esfuerzo debería replicarse con urgencia para obtener vacunas nasales por las ventajas (ya señaladas) con las que cuentan frente a las vacunas intramusculares.

Recientemente se han comenzado a aplicar vacunas nasales en tres países: India, Irán y China, pero la falta de datos fiables, por el momento, no permiten conocer los resultados producidos del uso de tales productos sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

El SARS-CoV-2 muta constantemente, hasta ahora ha logrado mejorar sensiblemente sus capacidades infectivas. Afortunadamente, por el momento, no ha surgido una variante significativamente más dañina o mortífera. Pero el que no se haya producido hasta ahora, no quiere decir que no se produzca en un futuro. Dicho de otra forma, el SARS-CoV-2 evoluciona constantemente porque no se ha sido capaz de conseguir vacuna alguna que bloquee la transmisión. Incluso aunque se lograra una vacuna pancoronavirus intramuscular, esta tampoco impediría que los contagios se siguieran produciendo. Por esta razón es necesario invertir y seguir investigando hasta lograr una vacuna nasal esterilizante fácilmente aplicable y a un coste razonable que realmente pueda llegar a la población mundial para que así, se pueda vislumbrar el fin de esta pandemia.

6 Bibliografía

1. Tianyang Mao, Benjamin Israelow, Alexandra Suberi, Liquan Zhou, Melanie Reschke, Mario A Peña-Hernández, Huiping Dong, Robert J. Homer, W. Mark Saltzman, Akiko Iwasaki “Unadjuvanted intranasal spike vaccine booster elicits robust protective mucosal immunity against sarbecoviruses” <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.01.24.477597v1>.
2. Jinxiang Xi, Lameng Ray Lei, William Zouzas, Xiuhua April Si “Nasally inhaled therapeutics and vaccination for COVID-19: Developments and challenges” <https://doi.org/10.1002/mco2.101>.

Capítulo 51

OSTEOPOROSIS 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 osteoporosis es una enfermedad degenerativa que afecta a los huesos. Los huesos se vuelven más frágiles porque se produce una disminución de su masa ósea. Con el paso del tiempo, se vuelven más porosos y, como consecuencia, aumentan las probabilidades de sufrir fracturas. Las fracturas más frecuentes, se producen en las vértebras, cadera y muñecas. Esta patología es más frecuente en mujeres que en hombres, pero puede pasar desapercibida porque es asintomática. Según la Asociación Española Contra la Osteoporosis (AECOS), más de los tres millones de la población Española la padecen y es la causante de unas 25.000 fracturas cada año. Los reumatólogos son los especialistas encargados del diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad. El objetivo del tratamiento es reducir el número de fracturas por fragilidad. Para ello, se debe de llevar una vida saludable, basada en una dieta rica en calcio, ejercicio diario y abandono de malos hábitos como puede ser el alcohol o el tabaco. Una de las pruebas diagnósticas más utilizadas, es

la densiometría. Es una técnica por imágenes, que mide el calcio y otros minerales que se encuentran en los huesos, para comprobar si ha habido una disminución significativa de los mismos. Es similar a los rayos X.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer esta enfermedad, su origen, sus características, prevalencia, hábitos preventivos, fracturas más comunes, diagnóstico y tratamiento

3 Metodología

Para la realización de esta comunicación científica, se ha llevado a cabo una investigación en la que se realiza una revisión sobre la literatura científica existente. Se realiza una búsqueda en libros y en artículos científicos, en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo. Posteriormente, se han seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La osteoporosis es una de las enfermedades óseas más comunes. La palabra Osteoporosis, significa “hueso poroso o agujereado”. Se trata de una patología degenerativa, que se caracteriza por la pérdida de masa ósea en los huesos, volviéndolos frágiles y aumentando las probabilidades de fracturas. En el origen de esta enfermedad, influyen los factores que intervienen en el desarrollo y la calidad de los huesos. Los más destacados, son los genéticos y los hereditarios. Las mujeres tienen mayores probabilidades de padecerla. Entre otras causas, se debe a que tienen menor masa ósea que los hombres y a que tienen menor capacidad para absorber el calcio que ingieren. La menopausia, también es una etapa que marca la aceleración ósea porque los niveles de estrógenos disminuyen. En el caso, de que por razones de salud, requieran una intervención quirúrgica para extirpar ambos ovarios, las probabilidades de pérdida ósea se multiplican. Puede pasar desapercibida durante muchos años hasta que, finalmente, se manifiesta en forma de fractura. Para su diagnóstico, el médico especialista, realizará al paciente una densiometría ósea. Se trata de una prueba que consiste en comprobar la densidad ósea de los huesos. Para ello, se mide la cantidad de calcio y de otros minerales que se encuentran en ellos y así observar si ha habido una pérdida significativa que derive al diagnóstico. A menudo, la prueba se centra en los

lugares más comunes donde puede aparecer la osteoporosis. Que son: caderas, columna vertebral y muñecas. El objetivo del tratamiento, consiste en emplear determinados fármacos que retrasen o disminuyan la reabsorción ósea y otros que estimulen la formación ósea. El mejor tratamiento es el preventivo: llevar una vida saludable con una dieta rica en calcio, vitamina D y practicar ejercicio de forma regular.

5 Discusión-Conclusión

Las mujeres y los ancianos padecen mayor riesgo a la hora de desarrollar esta enfermedad. La osteoporosis puede no causar síntomas hasta que se produce una fractura, dificultando su diagnóstico precoz. Las fracturas más comunes son las de columna, cadera o muñecas son las más comunes. Los especialistas diagnostican la patología mediante el análisis de su densidad ósea. La prevención es el tratamiento más efectivo. Para ello, se recomienda adquirir hábitos de vida saludables desde edades tempranas, incentivando a mantener una dieta equilibrada, realizar ejercicio de forma regular y evitar malos hábitos como son el consumo de alcohol y el tabaco.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/osteoporosis/symptoms-causes/syc-20351968>
<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-los-huesos,-articulaciones-y-m%C3%BAsculos/osteoporosis/osteoporosis>
<https://medlineplus.gov/spanish/osteoporosis.html>
<https://www.gomezroig.com/osteoporosis/>

Capítulo 52

EL TCAE EN LOS CUIDADOS POST MORTEN

NATALIA GONZÁLEZ SUÁREZ

1 Introducción

Cuando se habla de los cuidados post mortem hablamos de todas aquellas formas de atención que se hacen después de que se produzca la muerte en una persona. La familia del fallecido debe estar informada en todo momento de todos los procedimientos que se van a llevar a cabo e incluso se les informará del fallecimiento de su familiar aunque ellos no lo estén acompañando en ese mismo momento.

La actitud que debe tener el auxiliar de enfermería con las familias del fallecido debe ser una actitud comprensiva ya que para ellos el hecho de perder un ser querido puede provocarles reacciones muy diversas ya que tienen que asimilar la falta de su ser querido. Según se den las circunstancias del fallecimiento el duelo va a variar, si se produce la muerte de manera natural, debido a un accidente o si es por una muerte repentina, etc.

Tenemos que tener en cuenta que el fenómeno de la muerte es algo inevitable y doloroso, por lo que debemos proporcionar apoyo a la familia, facilitándoles que se puedan despedir de su familiar una vez preparado el cadáver e informarles del traslado del fallecido al mortuorio hasta que decidan ponerse en contacto con los servicios funerarios elegidos.

2 Objetivos

El objetivo principal dentro de los cuidados post mortem a un paciente es poder llevar a cabo todos los procedimientos necesarios para mantener la dignidad del

fallecido y a la vez que no ponemos en peligro la salud y seguridad de los profesionales, además de cubrir las necesidades que surjan a consecuencia del fallecimiento.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed ... , se ha utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y libros encontrados en páginas web relacionadas con los cuidados post mortem, utilizando palabras claves como cuidados post mortem , proceso duelo, paciente terminal.... .

4 Resultados

Cuando se está acercando el final de la vida, suelen producirse una serie de cambios en las personas:

- Sueño: cuando se acerca la muerte las personas dejan de comunicarse y comienzan a dormir más, su cuerpo utiliza la energía de otras maneras. Se recomienda que aunque parezcan inconscientes hay que hablarles y tocarles para que se sientan acompañados.
- Pierden el interés por los alimentos y los líquidos: no presentan interés por la comida ni por la bebida, cada vez miccionan menos y la orina llega a ser más oscura. Si es importante mantener la boca cuidada, mantenerla húmeda y limpia.
- Enfriamiento: debido a que la circulación sanguínea del enfermo disminuye tanto las extremidades superiores como las inferiores empiezan a sentirse más frías y a verse livideces. Eso mismo también pasa con las orejas y la nariz.
- Cambios en el color de la piel: Al disminuir la circulación sanguínea del enfermo provoca que la piel tanto en las manos como en los pies coja un color más oscuro tipo morado
- Fuertes sonidos al respirar: A estos sonidos fuertes que emiten los enfermos en sus últimas horas de vida se denominan estertores, éstos se producen cuando los enfermos no son quien a eliminar las secreciones quedando acumuladas en los pulmones. Estos ruidos respiratorios en la fase de agonía son frecuentes y resultan angustiosos especialmente para las personas que acompañan al paciente.
- Cuando la persona enferma está llegando al final de su vida puede llegar a perder el control de sus esfínteres debido a la relajación de sus músculos provocando así la capacidad de controlar tanto la orina como las heces.

- La persona próxima a la muerta puede estar desorientada e intranquila e incluso puede llegar a tener un incremento temporal de energía.
- Cambio de pauta en la respiración: la respiración de un enfermo va cambiando según se acerca al final de la vida. Una de las pautas que se suele seguir son realizar inspiraciones rápidas y profundas seguidas de un descanso, en ese momento la respiración se para temporalmente (a este tipo de respiración se le llama apnea). Luego esta misma pauta la repite otra vez. Esta forma Este tipo de respiración se denomina Cheyne Stokes.
- Debemos intentar mantener el confort del enfermo según se acerque a la muerte.

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir que los cuidados post-mortem son los mismos cuidados que realizamos a los enfermos en vida, sólo que se les realiza después de haber fallecido y también se prestan atenciones a los familiares del fallecido, ya que éstos pasan por un proceso complicado de duelo, deben de asimilar la muerte de un ser querido y aceptar que ya no lo van a ver más. Esto puede producir reacciones en sus familiares como falta de aire, presión en el pecho, o reacciones de incredulidad, confusión, etc.. , por lo que el auxiliar de enfermería debe de tener una actitud para con estos familiares de comprensión y respeto y proporcionarles el tiempo necesario para que se puedan despedir de su ser querido.

Durante los cuidados post-mortem es muy importante preparar el cuerpo del finado para realizar su traslado al tanatorio o velatorio, con lo cual es responsabilidad del auxiliar de enfermería que estos últimos cuidados sean realizados con la delicadeza y respeto que el finado se merece.

6 Bibliografía

1. Protocolos cuidados post mortem Hospital de Badajoz
2. Congreso de Enfermería
3. Técnicas básicas de Enfermería McGraw Hill
4. Cuidados generales post mortem, Comunidad de Madrid
5. Revista Medicarama

Capítulo 53

ESTRÉS LABORAL: RIESGOS EN EL TRABAJO

SILVIA OLIVEIRA FERNÁNDEZ

1 Introducción

En la vida existen muchas situaciones que generan estrés. Una de las causas principales de estrés guarda relación con el trabajo.

La carga de trabajo, los horarios o las relaciones laborales, suceden de forma distinta en los puestos laborales: Técnicos auxiliares de enfermería, celadores, ayudantes de servicio, etc.

El estrés laboral aparece por los riesgos psicosociales a los que estamos expuestos, como pueden ser la nocturnidad, trabajo inadecuado, relaciones con personas agresivas, riesgos del propio trabajo, etc., esto puede suponer que los trabajadores actúen de manera que disminuya la seguridad en el trabajo, cometiendo errores, accidentes, etc., también pueden poner en riesgo su salud física y mental.

El estrés laboral también afecta de manera negativa en el trabajo, ya que causa absentismo, mal rendimiento y poca productividad del trabajador.

Conceptos

Estrés laboral. Son condiciones psicosociales desfavorables, es la respuesta, física y emocional, a un desequilibrio entre lo que se exige a un trabajador y sus capacidades para hacerle frente.

Factor de riesgo psicosocial. “Aquellas condiciones presentes en una situación de trabajo, relacionadas con la organización, contenido y realización del trabajo susceptibles de afectar tanto al bienestar y la salud (física, psíquica o social) de los trabajadores como al desarrollo del trabajo.” Definición del comité mixto Organización Internacional del Trabajo/Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS).

2 Objetivos

- Conocer información básica sobre el estrés laboral.
- Conocer algunos de los conceptos, factores y riesgos del estrés laboral.
- Conocer algunas de las medidas de prevención de estrés laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros en materia de prevención de riesgos laborales, riesgos de estrés laboral, su prevención, etc. y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando trabajos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Factores de estrés.

- Factores del ambiente laboral:

Riesgos físicos: ruido, temperatura, iluminación, ventilación...

Riesgos psicosociales: diseño, gestión y organización del trabajo.

- Factores laborales:

Entorno laboral:

- Comunicación mala
- Confusión y conflicto en las tareas
- Inestabilidad laboral
- Escasa participación en la toma de decisiones
- Aislamiento

Contenido laboral:

- Falta de material y falta de equipos apropiados
- Tareas poco variadas
- Sobrecarga de trabajo y ritmos rápidos
- Jornada laboral distribuida en turnos y nocturnidad

Factores sociales: las circunstancias de la vida hacen que tengamos que adaptarnos constantemente (fracasos, pérdidas de familiares y/o amigos, separaciones matrimoniales, enfermedades, entorno familiar...)

Factores de nuestra vida:

- Factores individuales

Cada persona puede interpretar de manera distinta las situaciones y hay personas que se estresan más que otras, dependerá de la valoración que hagan de la situación y de los recursos propios para afrontarla.

Hay tipos de personalidad que son más propensas a sufrir estrés. Los individuos que tienen esa personalidad suelen ser competitivos, hostiles, controladores, adictos al trabajo, etc.

- Factores del entorno

Son los ambientales que existen dentro de la vida, como puede ser el exceso de ruido, dificultad en el transporte, contaminación, etc.

LO QUE EL ESTRÉS PRODUCE EN EL INDIVIDUO.

Síntomas:

- Emocionales.- Ansiedad, depresión, conflictos en la familia...
- Cognitivos.- Falta de concentración, dificultad en el aprendizaje...
- Conductuales.- Consumos de alcohol, sustancias tóxicas, comportamientos nocivos y destructivos...
- Fisiológicas.- Dolencia de espalda, defensas bajas, úlceras, problemas cardiacos...

Afecciones y alteraciones:

- Cardiovasculares: hipertensión, dolor, aumento de probabilidad de infarto de miocardio...
- Inmunodepresión
- Digestivas: ardores, vómitos, dolores, dispepsia...
- Respiratorias: problemas de asma y de hiperventilación...

Trastornos :

- Musculoesqueléticos: tensión y dolor muscular...
- Neurológicos: Jaqueca, insomnio...
- Ginecológicos: Desajustes en la menstruación
- Psíquicos: Depresión, ansiedad...

MEDIDAS PREVENTIVAS DE ESTRÉS.

Son las intervenciones de prevención de estrés laboral por parte de la organización (empresa) y por parte del trabajador (individuales).

Medidas de prevención (empresa):

- Diseño adecuado del puesto de trabajo
- Rediseño de los puestos de trabajo, por medio de ampliación de tareas, grupos de trabajo, etc.
- Medidas ergonómicas y medio ambientales.
- Buena organización de jornada de trabajo, de los turnos y descansos.
- La organización de recursos humanos de la empresa tendrá en cuenta las demandas de los trabajadores dándoles los recursos adecuados.
- La dirección fomentará y permitirá la participación de los trabajadores, la toma de decisiones, la transmisión de información y las relaciones interpersonales.
- Las competencias y responsabilidades de los trabajadores serán claras y concisas.
- Sistemas de información y comunicación (interna y operativa)
- Formación para ampliar los recursos personales de los trabajadores ante diversas situaciones que puedan provocar estrés.
- Resolución de problemas.

Medidas de prevención (trabajador):

Medidas generales:

- Mantener buen estado físico
- Dieta saludable
- Apoyo social. Relacionarse con otras personas
- Distraerse y tener buen humor para prevenir la ansiedad.

Medidas cognitivas:

- Sustitución de las interpretaciones negativas de una situación, por otras más positivas.
- Modificación de pensamientos automáticos, deformados y negativos
- Técnicas para controlar las reacciones de ansiedad o miedo.
- Técnicas de respiración y relajación

Medidas fisiológicas: relajación física con ejercicios de contracción-relajación para conocer el estado de tensión de cada parte del cuerpo y poder relajar dichas zonas cuando estén en tensión.

Medidas de control de respiración: para controlar la respiración y permitir una correcta oxigenación.

Medidas de relajación mental:

- Meditación
- Biofeedback: control voluntario de ciertas actividades y procesos biológicos.

Medidas conductuales:

- Asertividad: desarrolla la autoestima, para que el individuo exprese sentimientos y necesidades a los demás, respetando el punto de vista del otro.
- Habilidades sociales: para conseguir metas y tener seguridad en situaciones sociales.

Medidas de solución de problemas: encontrar soluciones adecuadas.

Medidas de autocontrol:

- Mejore conductas problemáticas y su prevención.
- Organización eficaz del tiempo

5 Discusión-Conclusión

Prevenir el estrés laboral es fundamental para poder disfrutar de una vida saludable.

El trabajo puede aumentar el estrés o la ansiedad. Cuando se convierten en algo crónico que afecta a nuestra vida diaria, puede causar enfermedades físicas y mentales, acortando años de nuestra vida.

En el ámbito sanitario hay determinadas circunstancias que pueden dar lugar a que aparezca en el trabajador estrés laboral, algunas de estas circunstancias son: turnos de trabajo, trato con paciente o familiares, exceso de responsabilidad, riesgos del propio trabajo, etc. es por ello que debemos aplicar las recomendaciones en materia de prevención para cuidar de nuestra salud y trabajar de una forma saludable y segura.

6 Bibliografía

1. <https://www.insst.es/estres-laboral>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 54

LA DISGAFIA EN UN PACIENTE PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

LAURA TORRES SANTIRSO

MARIA BERTINA MARTINEZ GUIZAN

TAMARA LIBERTAD GALLARDO ORDOÑEZ

MARIA ROSARIO GONZÁLEZ GALLARDO

1 Introducción

Su significado proviene del griego, a lo que se refiere alteración al tragar. Se considera un síntoma y es un síndrome muy conocido en pacientes de avanzada edad.

Es la sensación de obstaculización del pasaje de los alimentos desde la boca hasta el estómago. Los pacientes refieren que la comida se atasca, no se mueve o que simplemente no baja como debe.

Las principales causas de la disfagia son:

- A nivel muscular: Las enfermedades que afectan a los músculos directamente pueden ir acompañadas de disfagia.
- A nivel neuronal: en el que se encuentran daños unilaterales o lesiones bilaterales.
- A nivel nuclear.

- A nivel supranuclear.

La clasificación de la disfagia se conoce como:

- 1) Disfagia orofaríngea: las causas mas frecuentes son las enfermedades neuromusculares. El paciente es incapaz de iniciar la deglución. Puede aparecer la ronquera como motivo de consulta por disfunción de los nervios laríngeos.
- 2) Disfagia esofágica: es mas visible en trastornos en la motilidad o lesiones obstructivas mecánicas. En el análisis es importante qué tipo de alimento produce el síntoma.

Las consecuencias de la disfagia son la malnutrición, la deshidratación y el riesgo de broncoaspiración.

Para mejorar la deglución y disminuir el riesgo de atragantamiento será aumentar la viscosidad en la alimentación y en los líquidos.

2 Objetivos

Evaluar en el diagnóstico la capacidad que tiene el paciente de ingerir la totalidad de nutrientes y líquidos necesarios sin riesgo de complicaciones respiratorias.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda utilizando palabras claves como: disfagia, atragantamiento, patología neurológica, respuesta motora orofaríngea, esfínter esofágico y videofluoroscopia.

Consultando artículos revisados en bases de datos como Elsevier, Medline y Scielo; descartando algunos de ellos y seleccionando los mas aptos para el profesional sanitario, en este caso para el Técnico de enfermería.

4 Resultados

La disfagia puede ser detectada por cualquier persona si observa los signos y síntomas que se puedan manifestar en cualquier comida. El profesional confirmará en este caso a base de un cribaje si el paciente padece de disfagia; la información aportada por la familia del paciente o del mismo paciente ayudará para la confirmación.

La dificultad para deglutir puede provocar una malnutrición y pérdida de peso. Puede provocar una deshidratación y que conlleve a una serie de complicaciones para el paciente.

Podría provocar una neumonía por aspiración, ya que los alimentos o líquidos ingeridos podrían ingresar en las vías respiratorias durante los intentos de deglución.

No se descarta el atragantamiento, ya que si el alimento bloquea completamente las vías respiratorias y nadie interviene realizando la maniobra de Heimlich podría producirse la muerte.

Aunque las dificultades para tragar no se pueden prevenir, se puede reducir el riesgo de padecer dificultades ocasionales para tragar si se come mas lentamente y se mastica bien los alimentos. Y por supuesto, en caso de tener síntomas o signos acudir a tu médico.

El tratamiento depende de la tipología y la gravedad.

Las opciones de tratamiento son:

- Inyecciones de Botox (inyectadas en el anillo muscular que permite que el alimento entre al estómago)
- La cirugía: (laparoscopia) Se corta el anillo del músculo y puede que entre más fácil.
- La dilatación del músculo: se pasa un globo por el esófago para ayudar a estirar el anillo del músculo que permite que el alimento entre en el estómago, lo que hace que tragar sea más fácil y menos doloroso.

En algunos casos se puede tratar con medicamentos orales para reducir el ácido estomacal, los cuales se necesita tomar en unos periodos prolongados (tipo corticoide) e incluso relajantes musculares que también podrían ayudar.

5 Discusión-Conclusión

Establecer unas características estándar es difícil debido a que la variación de alteraciones de la deglución y el grado y de las mismas obliga a la individualización de la dieta. Las dietas más utilizadas están constituidas por purés homogéneos cuya textura puede variar en función del tipo de disfagia.

- Alteraciones estructurales. Suelen requerir texturas más líquidas.
- Alteraciones motoras. Requieren texturas más espesas.

Características de la dieta de disfagia:

- Textura homogénea.
- Misma consistencia en agua y líquidos que en sólidos.
- Utilización de espesantes.
- Mismo volumen de porción por bocado en sólidos y líquidos.
- Ajustada en nutrientes a las necesidades.
- Utilización de enriquecedores siempre que sea necesario.

6 Bibliografía

<https://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/37354/Protocolonutricional+pacientescondisfagia.pdf>

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-valoracion-disfagia-con-el-test-S2013524618300151>

<https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-disfagia-problemas-deglucion-13013455>

<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/pruebas-de-disfagia/>

Capítulo 55

HIGIENE DEL NEONATO POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA NIEVES MUÑOZ RABADÁN

LAIA TORRES JIMÉNEZ

FRANCISCO GARCÍA SÁNCHEZ

MIGUEL ANGEL MUÑOZ RABADÁN

ANGELA MARTINEZ LOPEZ

1 Introducción

Los profesionales sanitarios deben de conocer la importancia de una buena atención a la hora de realizar la higiene de un neonato. Es fundamental determinar la forma más adecuada en estos cuidados por parte del técnico en cuidados de enfermería. Cuando un recién nacido es trasladado a planta. Suele ser el técnico en cuidados de enfermería el que tiene que realizar el primer aseo y realizar la educación oportuna a los padres, los conocimientos adquiridos por el TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA son fundamentales para que todo transcurra con éxito.

El aprovechar adecuadamente la hora del baño puede aportar muchos beneficios al recién nacido, tenemos que dejar que el neonato disfrute y coja confianza para

que el baño sea mucho más que un tiempo para la higiene en el momento del aseo del recién nacido, el técnico en cuidados de enfermería debe actuar con protección y precaución, siempre antes de comenzar con el aseo, tomará todas las medidas que sean necesarias, para evitar el tener que desplazarse de la zona del baño. Aunque se recomiendan no bañar al recién nacido en las primeras 24 h. y evitar mojar el cordón hasta que haya cicatrizado, puede ser algo muy beneficioso para el neonato pasado el tiempo recomendable, siempre prestando mucha atención a los productos utilizados, temperatura ambiente, temperatura del agua, sujetar correctamente al recién nacido y prestar atención al tiempo que dedicaremos, entre cinco y diez minutos sería perfecto.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es:

- Exponer los cuidados del neonato a la hora de la higiene por parte de los profesionales sanitarios.

Como objetivos secundarios se puede destacar:

- Educar a los tutores del neonato en la práctica de la higiene.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática de libros y también se ha consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas tales como revistas de sanidad que se encuentran en papel como en formato digital.

Se han buscado palabras claves como: neonato, higiene, auxiliar de enfermería, etc.

4 Resultados

A la hora del aseo del neonato, el técnico en cuidados de enfermería lo primero que se hará será lavarse las manos seguidamente, se preparará el material necesario para tenerlo todo a mano:

Palangana o bañera, comprobando con el termómetro que el agua tibia esté entre 36°-37° grados.

Esponja natural de un solo uso.

Toalla.

Crema infantil.

Pañal.

Ropa de neonato.

El Técnico en cuidados de enfermería comprobará que la temperatura ambiente sea de 21 grados, como mínimo, y un máximo de 24 grados, cerrará puertas y ventanas, evitando así, corrientes de aire al neonato. Desvestirá al neonato, lo sujetará con un brazo, de tal forma que le quede la otra mano libre, con la esponja húmeda comenzará por los ojos, limpiando del lagrimal desde dentro hacia afuera para evitar introducir suciedad o bloquear el lagrimal, continuará por la cabeza, cara y parte externa de las orejas, secándolo seguidamente para evitar que el neonato se pueda enfriar, pasará al cuello, tórax y brazos, siguiendo por el abdomen y prestando dedicación y especial cuidado al cordón umbilical que se lava con agua y jabón y se seca perfectamente (la higiene correcta de este, puede evitar muchas infecciones). Por último, pasará a las extremidades inferiores, al lavar los genitales siempre limpie a las niñas de adelante hacia atrás, si es niño nunca jale el prepucio del pene hacia atrás con fuerza.

El técnico en cuidados de enfermería cubrirá al neonato con una toalla, incluyendo la cabeza, lo secará sin frotar, aplicando toques suaves y prestará atención a los pliegues para que queden bien secados, de esta forma evitará hongos y escorceduras. Antes de vestirlo puede aplicarle un suave masaje ayudándose de una correcta crema hidratante indicada para neonatos. La hora del aseo siempre debe de ser tomada como algo agradable, cómodo, donde el neonato disfrute y a su vez se relaje a la vez que se cuida la piel del menor y se observa por su hubiese cualquier tipo de problema en el recién nacido.

5 Discusión-Conclusión

La realización de una buena higiene en el recién nacido ayuda a prevenir muchas infecciones y enfermedades, le estimula los sentidos (vista, oído, olfato y el tacto),

desarrollo físico y emocional (caricias y masajes), fortalece y relaja los músculos (al moverse en el agua), mejor control postural, ayuda a conciliar el sueño favoreciendo el descanso (es recomendable hacer la hora del baño durante la tarde noche). Las medidas de higiene son imprescindibles, cada parte del cuerpo necesita unos cuidados e higiene específicos, que deben de tenerse en cuenta, y más aún en el caso de un recién nacido.

El personal sanitario encargado de la higiene suele ser el técnico en cuidados de enfermería por lo que debe estar formado en este ámbito y en los tipos de higiene que se realizan a los pacientes no solamente a los adultos sino a los neonatos, pues en muchas ocasiones existen objetivos diferentes, aunque siempre se busca la recuperación del paciente y su bienestar.

6 Bibliografía

<https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/aseo-en-recien-nacido>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Ginebra, Suiza: OMS; 2018. Acceso 28 de noviembre de 2020. Disponible en https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/.

Tamez – Silva Enfermería en la unidad de cuidados neonatal. Ed. Medica Panamericana 3ª Ed. 2006.

Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill.

Capítulo 56

INTOXICACIONES. ACTUACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE INTOXICACIÓN

DORINDA SUÁREZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

Reacción del organismo ante la entrada de cualquier producto o sustancia tóxica que causa una lesión, enfermedad o incluso muerte.

El contacto accidental con sustancias tóxicas provoca problemas de salud de naturaleza grave, pudiendo incluso llegar a comprometer la calidad de vida restante dejando secuelas irreversibles en la persona intoxicada.

Dependiendo del tipo de intoxicación y de la magnitud de la misma, el pronóstico puede ser leve o severo.

Es primordial educar a la población en la buena práctica y uso de todos aquellos productos de naturaleza tóxica, tanto alimentaria como química.

Contactar cuanto antes con los servicios de salud y urgencias de la zona más cercana al lugar del incidente y realizar las pruebas necesarias y evaluar el tipo de tóxico, vía de entrada, cantidad ingerida, o inoculada, edad y sexo del paciente, concentración del producto en el organismo.

En solo 19 hospitales de España se llegaron a registrar en el año 2019 hasta 1160 intoxicaciones entre alimentarias y por productos de naturaleza química, siendo la tasa más alta en Navarra y la más baja en Cataluña

El principal grupo implicado en estas intoxicaciones son los gases tóxicos entre los que predomina el monóxido de carbono en incendios domésticos o malas combustiones, productos cáusticos utilizados como agentes de limpieza en el hogar,

sobre todo la lejía, gases irritantes, seguidos de los disolventes los detergentes y los plaguicidas.

2 Objetivos

Conocer signos y síntomas de una intoxicación y proceder al auxilio de la víctima de la manera menos lesiva y comprometida para la recuperación de su salud

3 Metodología

Se han consultado varias revistas científicas y páginas de investigación: Pubmed, lilacs, scielo, elsevier, etc.

Se realizó un repaso general en las webs de varios hospitales de la red española para cuantificar a modo global la incidencia de casos en cada provincia.

4 Resultados

ANTE ESTOS SIGNOS:

Vómito o diarrea

Mal aliento por ingestión de sustancias minerales

Dolor de estómago

Pupilas midriáticas o mióticas

Visión doble o puntitos

Quemaduras en la mucosa oral

Lesiones en piel, labios

Prurito y quemazón

PROCEDER ASÍ:

Identificar el agente causante

Identificar el tiempo de exposición

Identificar la cantidad y magnitud

Vía de entrada del agente

Una vez conocido el tóxico llamar al servicio de toxicología

No provocar emesis ante quemaduras en la boca, si huele a combustible etc

Si el paciente está consciente o convulsiona

Si pasaron más de dos horas desde la ingestión

O si se sabe que tipo de ácido es comunicarlo cuanto antes

Recoger muestra del producto tóxico si es posible, para llevarlo al servicio de toxicología o al hospital de referencia
Revisar el lugar para retirar el agente causante de la intoxicación
Alejar a la víctima de la fuente de envenenamiento
Revisar constantes vitales
Aflojar la ropa
Mantenerle a temperatura necesaria
Si vomita, recoger muestras de vómito, esputos, sangre etc
Aspirar secreciones
Colocar al paciente en PLS
Recoge las muestras posibles o bajo sospecha de toxicidad para analizar lo antes posible en laboratorio
Acudir a urgencias del hospital más cercano.
El pronóstico de una intoxicación es, en general, favorable. Así lo indica el destino del paciente intoxicado. Entre un 70 y un 80 % de casos son dados de alta desde el propio servicio de urgencias a su domicilio tras una observación inferior a 24 horas. Sólo un 2% precisa tratamiento en UCI y el 20-25% restante es trasladado o ingresa en hospitalización convencional, permaneciendo el tiempo necesario para la completa restauración de su salud y probablemente con revisiones posteriores para comprobar que no queda ninguna secuela en el tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Se desconoce el peligro que puede entrañar dejar productos de magnitud tóxica al alcance de personas vulnerables o que desconocen la simbología del envase o simplemente por accidente fortuito totalmente.

Los productos químicos deben almacenarse en lugares con óptima ventilación y fuera del alcance de personas no capacitadas para su manipulación. Deben de estar visiblemente rotulados y no deben de ser trasvasados a envases no originales en su procedencia.

Tras su manipulación es de suma importancia un exhaustivo lavado de manos.

Dado la gran cantidad de accidentes por intoxicación que se registran cada año se saturan las urgencias en hospitales.

Es necesario reforzar las campañas informativas a cerca del peligro de estos productos y de una mala praxis en su uso.

6 Bibliografía

<https://www.serviciodetoxicología.es> <https://www.lilacs.com>

<https://www.elsevier.es>

<https://www.pubmed.com>

<https://www.scielo.es>

Capítulo 57

GESTION DE AGENDAS

RAQUEL GONZÁLEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

En los centros de salud de atención primaria el personal encargado de gestionar la petición de citas de los pacientes generalmente es el personal auxiliar administrativo, aunque en la actualidad, dependiendo de la comunidad autónoma española, los pacientes también pueden solicitar sus citas de forma online o mediante aplicaciones móviles. A pesar de ello, el personal encargado de gestionar los tiempos de las citas programadas, de demanda, cómo distribuir las, etc., así como la configuración de las agendas en sí, estableciendo el tiempo necesario para cada consulta, es decido por el personal de enfermería y el personal auxiliar de enfermería como soporte teniendo en diversas consultas su propia agenda de pacientes. Es por tanto lógico que participe de forma activa en la creación de dichas agendas, además de por supuesto en la gestión de estas en el día a día del funcionamiento del centro, en este caso nos referimos a centros de atención primaria, pero también sería extrapolable a centros de atención especializada, así como centros hospitalarios y cualquier servicio de consultas ya sea hospitalario o no.

Dada la dificultad que puede presentar esta tarea, vamos a intentar analizar la forma más correcta o adecuado de llevar a cabo esta labor.

2 Objetivos

Conocer las acciones a realizar por los auxiliares para la gestión de citas en los centros de salud de atención primaria.

3 Metodología

Búsqueda de bibliografía en distintas publicaciones especializadas como son: Google académico, dialnet, scielo, latindex, medline, cinahl, cuiden, lilacs. Los descriptores utilizados fueron: agenda, citas, citas especializadas. Se han empleado como criterios de inclusión: textos en idioma español e inglés, y de exclusión: aquellos con acceso gratuito.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos gestionan tanto citas con los sanitarios que hay en el mismo centro de salud como citas a consultas externas con todo tipo de especializadas. Esta gestión se realiza a través de herramientas informáticas.

El primer paso en esta herramienta será crear una agenda en la que constarán datos de las consultas, calendario y horario de atención, entre otros, ya que podremos incluir todas aquellas variables que sean necesarias para el buen funcionamiento de las consultas, personalizándolas de acuerdo a las necesidades del sanitario que prestará la atención, con factores como por ejemplo horario de la consulta, hora límite de citas, días en los que no habrá consulta, tiempo de consulta, etc. Además, se configurará el tipo de consultas disponibles, primera visita, revisión, resultados, entre todas, siempre de acuerdo con el profesional, médico o enfermero de atención primaria, que esté a cargo de dicha consulta.

Una vez introducidos todos los datos generaremos la agenda, lo cual podremos hacer individualmente por profesional, por rango de tiempo o automáticamente. Los auxiliares administrativos trabajaremos en el área administrativa, donde podremos comprobar todos aquellos cambios que hayan realizado los sanitarios en sus agendas. Pero además podremos asignar citas, cambiarlas o anularlas, cosas que es lo más frecuente en nuestro día a día. Para estas acciones necesitaremos acceder al área de gestión de pacientes.

Una vez en el área de pacientes para poder empezar a dar citas a los pacientes, se inicia realizando la búsqueda del paciente. Nos podemos encontrar con dos situaciones:

- Que el paciente ya esté dado de alta en el sistema.
- Que el paciente no aparezca en el sistema.

Si el paciente está dado de alta en el sistema, porque ya sea paciente del centro de salud, accederemos a la agenda del profesional indicado para visualizar los horarios disponibles asignando la más favorable al paciente.

En el caso de que el paciente no esté registrado en el centro de salud, procederemos a dar de alta el paciente, introduciendo los datos personales y el motivo del alta, para continuar con el mismo procedimiento de asignación de citas ya descrito.

Del mismo modo, podremos cancelar las citas ya asignadas, cambiarlas o forzar citas para casos en los que se requiera.

Una vez asignada la cita podremos facilitar un recordatorio impreso al paciente. También es posible citar a los pacientes en otro centro distinto al nuestro, una consulta con un especialista que no hay en el centro o una consulta hospitalaria. Además, podremos programar sesiones con profesionales como fisioterapeutas, para lo que indicaremos fecha de inicio y de final una vez consultada la agenda del profesional y vistos los horarios disponibles.

En algunas ocasiones, a los pacientes se les indican varias consultas con varios profesionales, por lo que podremos realizar citas múltiples; es decir, programar las citas con varios especialistas en el mismo día y horas próximas.

5 Discusión-Conclusión

Las agendas de pacientes de cualquier centro de salud de atención primaria o de atención continuada de nuestro sistema sanitario están cuadradas milimétricamente para que los pacientes puedan ser atendidos con la mayor celeridad posible, evitando así esperas. Por ello, es necesario ser consciente de la necesidad por parte de los pacientes de la asistencia de los pacientes a las consultas o de no ser posible o no necesario comunicarse con el personal auxiliar administrativo con el fin de modificar la cita o anularla. Esta pequeña acción contribuiría a que en muchas ocasiones las listas de espera se rebajasen considerablemente.

6 Bibliografía

<https://scholar.google.es/schhp?hl=es>
<https://dialnet.unirioja.es/>
<https://scielo.org/es/>
<https://www.latindex.org/latindex/inicio>
<https://medlineplus.gov/spanish/>
<https://library.fiu.edu/CINAHL/cinahlspanish>
<http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/>
<https://lilacs.bvsalud.org/es/>

Capítulo 58

EL ESTREÑIMIENTO CAUSAS Y COMPLICACIONES

JESSICA MARENTES GONZALEZ

1 Introducción

Entendemos por estreñimiento la situación en que se encuentra un paciente que evacue de manera infrecuente o tiene dificultad en heces. Para considerar que una persona tiene un hábito estreñado debe darse la circunstancia de haberse producido menos de 3 evacuaciones por semana.

Este tipo de dolencias pueden llegar a ser muy molestas y llegar a producir mucho dolor e incluso obstrucciones que generen otro tipo de patologías con peor diagnóstico. Por eso para poder cerciorarnos de que el paciente tiene o puede padecer estreñimiento y para ayudarlo a evitar las complicaciones que de él pueden llegar a padecer los mismos.

Para llegar a nuestros objetivos y tras el análisis de los resultados obtenidos en el proceso de investigación realizado en este trabajo, haremos un breve resumen a modo de conclusión sobre los datos obtenidos.

Analizando las causas que producen estreñimiento, la gravedad del mismo...

Insistiendo principalmente en forma de evitarlo y en como solucionarlo cuanto antes para evitar que esté causando daño a nuestro organismo y generando patologías mayores que puedan ocasionar un mal estar en el paciente.

Intentaré demostrar que no insistir en la prevención del estreñimiento puede ocasionar un mayor coste a asumir por parte de los servicios sanitarios.

2 Objetivos

- Concluir porque es tan importante la prevención en el estreñimiento.
- Identificar los factores que afectan al mismo.
- Corregir los errores extrínsecos y tratar los intrínsecos.
- Evitar posibles complicaciones.

3 Metodología

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

Usando palabras claves como: estreñimiento, patologías en el estreñimiento, factores que influyen en estreñimiento, Enemas, causas de estreñimiento.

4 Resultados

Lo primero que he analizado para el estudio son las causas del estreñimiento y tras la evaluación he llegado a la conclusión de que el estreñimiento puede ser causado por diversos factores, como es el sedentarismo, los viajes, los cambios en la dieta, algunos fármacos, el estrés, el abuso de laxantes y la ingesta de poca fibra son los principales.

Pero no nos podemos olvidar de los trastornos del colon, ya que a veces son la causa y esto puede ser debido a varios factores:

- Tránsito intestinal lento por obstáculo mecánico, como es el caso de los tumores.
- Tránsito intestinal lento por disminución en la motilidad del colon, donde los principales cambios son producidos por trastornos como el de tiroides y por alteraciones iónicas que producen colon perezoso.
- Retraso en la evacuación rectal. Por debilidad de la musculatura abdominal o por la pérdida de reflejo de la defecación.

En cuanto al tratamiento del estreñimiento, diré que esté empieza con establecer unas medidas generales como:

- Hacer ejercicio físico de forma regular.
- Intentar mantener un hábito a la hora de ir al baño para acudir de forma regular.

- El tratamiento farmacológico del estreñimiento deberá siempre ser individualizado y prescrito por un médico. Se instaurará una vez se hayan descartado causas obstructivas y una vez hayan fracasado las medidas farmacológicas.

En cuanto al tratamiento farmacológico del estreñimiento, diremos que estos se administran en forma de laxante, y que se distinguen varios tipos:

- Laxantes formadores de masa: Aumentan el volumen y ablandan las heces.
- Laxantes osmóticos: son sustancias de difícil absorción y que atraen agua y secreciones a la luz intestinal.
- Laxantes estimulantes: aumentan la secreción intestinal.
- Laxantes rectales: Se administran como enemas o supositorios.

5 Discusión-Conclusión

Desde el punto de vista médico, lo mejor que podemos hacer para evitar el estreñimiento son incidir en la educación, para la salud, esto ahorraría muchos costes a la seguridad social, puesto que evitaría patologías que son más complicadas y que si requieren la asunción de un coste mayor.

Dentro de los patrones a seguir en la educación para la salud y concretamente para evitar la aparición del estreñimiento, es llevar una vida activa, con una dieta equilibrada, en poner los recursos a nuestro alcance para ayudar a mantener una regularidad de tránsito intestinal mediante el trabajo de la misma y la incorporación a nuestra vida diaria, evitando por ejemplo posponerlo por falta de tiempo.

Una vez se ha ocasionado estreñimiento o dificultad en las heces, cabe recurrir a la farmacología que se administra en forma de laxante, siempre prescrita por un facultativo y como recurso puntual para evitar el abuso del mismo.

En caso de necesitar una limpieza de colon o que una causa obstructiva más severa sea la causa de nuestro estreñimiento, en intervenciones quirúrgicas... existe la posibilidad de utilizar enemas. Estos deberían de ser solo para causas muy concretas.

6 Bibliografía

1. Editorial Mad
2. Editorial Evangelina
3. Causas del estreñimiento: conoce las más frecuentes (laboratoriosniam.com)
4. Los 7 tipos de laxantes (cómo actúan e indicaciones de uso) (medicoplus.com)
5. Estreñimiento: síntomas, tratamiento y prevención (marca.com)

Capítulo 59

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA INVESTIGACIÓN DEL SUICIDIO

MARIA LUISA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El suicidio lo podríamos definir como un acto en el que una persona se provoca su propia muerte.

Se contabilizan unos 700.000 suicidios al año en el mundo, por lo general por cada suicidio hay muchos intentos de suicidio; En la población el riesgo más importante en una persona es el intento de suicidio.

La cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años es el suicidio; los países donde hay más pobreza es donde se produce al menos un 77% de los suicidios. Los suicidios más comunes en el mundo suelen ser ahorcamientos, ingerir plaguicidas, disparos con armas de fuego, etc.

Los casos de suicidio siempre son una gran tragedia familiar que tiene efectos devastadores para los allegados de la víctima, puede ser a cualquier edad.

Aunque un 77% de los suicidios se producen en países socioeconómicos más bajos, en los países de altos ingresos también se producen en torno a un 20%.

Sabiendo que es un gran problema de salud pública, hay muchas maneras de prevenir el suicidio, basándonos en la evidencia de lo ya investigado y contrastado, se puede y además muchas veces a bajo costo, para que estas fueran eficaces

habría que tener iniciativas preventivas en todos los países que se apliquen de una manera multisectorial e integral.

2 Objetivos

- Colaborar con el resto del equipo en restringir todo medio que pueda llevar al paciente a una conducta suicida.
- Analizar situaciones y colaborar en la sensibilización, vigilancia, seguimiento y evaluación.

3 Metodología

Para realizar este capítulo de libro se ha hecho una serie de búsquedas sistemáticas en bases de datos como Scielo, Medline y Pubmed, libros de medicina y revistas especializadas científicas, también en enciclopedias de medicina y artículos científicos de la web.

4 Resultados

El estigmatizar a una persona alcohólica, sobre todo cuando se crea en torno al suicidio y los trastornos mentales, hace que muchas personas no quieran o se vean capaces de pedir ayuda cuando piensan en quitarse la vida o lo intentan, por lo tanto, no se les brinda la ayuda que estos necesitan.

Hay falta de sensibilización con el suicidio, por lo que la prevención no se puede abordar como se debe y este es un problema muy grande de salud pública, en la sociedad todavía sigue siendo un tema tabú, lo que impide hablar de él abiertamente. Solo unos pocos países tiene ya un plan de prevención del suicidio en sus políticas, tan solo unos 38 países notificaron que tienen un plan nacional de prevención específico.

Sería un gran progreso superar los tabús para avanzar todos los países en la prevención del suicidio y también aumentar la sensibilización en sociedad.

No disponemos de una buena calidad de datos sobre suicidios en todo el mundo, ya que solo unos 80 estados disponen del registro civil de calidad que es necesario para estimar las tasas.

La escasa calidad de datos no es en exclusiva del suicidio en sí, probablemente sean mayores, ya que en algunos países las conductas suicidas son delito.

Para una buena prevención del suicidio habría que tener una vigilancia muy intensa y con ella un seguimiento y las características de los intentos de suicidio.

Entre los países hay variadas diferencias, por lo que las tasas y características de los suicidios ponen en relieve la necesidad de mejorar su integridad y calidad de datos y rapidez en obtenerlos, para así tener una prevención de calidad y llegar a los objetivos 2030.

5 Discusión-Conclusión

El suicidio hay que abordarlo prioritariamente, siempre proporcionando una orientación basada en la evidencia y atención, sobre todo en los países con nivel socioeconómico bajo, con mayores trastornos mentales, neurológicos y también por consumo de sustancias.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) tiene un plan de acción sobre salud mental en el que trabaja para conseguir un objetivo mundial, en la que trata de reducir la tasa de suicidios en una tercera parte de aquí a 2030.

La tasa de mortalidad en el suicidio marca un indicador de 3.4 en el Objetivo de Desarrollo Sostenible, en el cual tienen el propósito que de aquí a 2030 se reduzca el riesgo de mortalidad en un tercio, riesgo de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles con su prevención para promover la salud y el bienestar de la mente.

6 Bibliografía

1. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1>
2. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Capítulo 60

LA ENFERMEDAD DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

EVA GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

La esclerosis múltiple se trata de una enfermedad crónica y autoinmune, caracterizada porque es el propio sistema inmune de la persona a la que afecta, el que ataca a las fibras que son encargadas de proteger a los nervios del cuerpo, ocasionando daños a las mismas lo que da como resultado que exista fallo en la comunicación entre el cuerpo y el cerebro.

Esta enfermedad afecta al sistema nervioso central, es decir, tanto a la médula espinal como al cerebro.

La población a la que se le diagnostica esta enfermedad suelen ser personas de entre 20 y 40 años, aunque puede ocurrir a cualquier edad; además de ello, suele afectar en mayor medida a las mujeres que a los hombres.

Respecto a la causa de esta enfermedad, no se conoce exactamente, aunque entre las posibles causas se relacionan con un posible defecto genético o un virus, pero no se ha podido determinar.

Se trata de una enfermedad que por el momento no tiene cura, pero lo que si existen son tratamientos que consiguen retrasar la evolución de la enfermedad, de manera que se consigue detener el progreso de la misma, y a su vez que se puedan controlar los síntomas para que así la persona que la padece pueda tener una vida con una calidad normal.

2 Objetivos

Explicar en qué consiste la enfermedad de la esclerosis múltiple

. Enumerar los distintos síntomas que pueden aparecer en pacientes que padecen la enfermedad

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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

Conocemos la enfermedad de la esclerosis múltiple como una enfermedad del sistema nervioso central que es crónica, donde lo que ocurre es que la mielina que se encarga de proteger y envolver a las fibras nerviosas del sistema nervioso, es atacada por el sistema inmunitario del paciente, ya que la detecta como si se tratara de un cuerpo extraño.

Lo que ocurre es que al perderse esta mielina que envuelve los nervios, se producen una serie de cicatrices que ocasionan que se ralenticen los impulsos nerviosos, pudiendo incluso llegar a detenerse los mismos y como consecuencia de ello los nervios no son capaces de enviar dichos impulsos hacia el cerebro ocasionando que aparezcan los primeros síntomas.

El modo en que esta enfermedad puede afectar a las personas es muy diversa, no afecta a todos ni de la misma manera ni con la misma fuerza, por eso se le conoce como la enfermedad de las mil caras.

En el transcurso de la enfermedad podemos observar periodos cuya duración puede ser desde días hasta meses; donde después de cada ataque aparecen otros periodos de remisión que son en los que los síntomas se ven reducidos, llegando incluso a desaparecer.

Al respecto de los síntomas de la esclerosis múltiple, podemos observar que

varían dependiendo de la zona donde aparece la lesión de la mielina y de la magnitud de cada ataque.

Estos síntomas pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo dentro de los que podríamos destacar:

- Síntomas musculares, como la pérdida del equilibrio, problemas al caminar o con la coordinación, temblor o debilidad en uno o ambos miembros inferiores o superiores.
- Síntomas intestinales o vesicales, como incontinencia urinaria o fecal, estreñimiento o necesidad de orinar frecuentemente.
- Síntomas oculares, como tener visión doble o pérdida de visión en un ojo.
- Síntomas neurológicos o cerebrales, como tener dificultad para resolver un problema, disminución de la capacidad de atención o sufrir pérdidas de memoria.
- Síntomas sexuales, como problemas en la lubricación de la mujer o de erección en el hombre.
- Síntomas del habla y la deglución, como tener problemas para tragar o masticar o emplear un lenguaje que es difícil de comprender.

5 Discusión-Conclusión

En la enfermedad de la esclerosis múltiple, el propio sistema inmune del enfermo es el que ataca a la mielina, que es la encargada de proteger la superficie de los nervios, como si se tratara de una sustancia extraña, haciendo que no consigan realizar su función correctamente de transmitir los impulsos nerviosos conectando el cerebro con el resto del cuerpo.

Con este daño es cuando aparecen los primeros síntomas de la enfermedad, los cuales suelen afectar a la movilidad presentando temblores, debilidad en alguna extremidad; o pueden afectar a la visión presentando la persona visión doble o borrosa o incluso llegando a perder visión en uno de los ojos.

Es de vital importancia conocer los primeros síntomas de la enfermedad para en caso de sospecha poder realizar las pruebas oportunas y así poder establecer un tratamiento lo antes posible.

6 Bibliografía

1. Síntomas de la Esclerosis Múltiple · Esclerosis Múltiple España [Internet]. Esclerosis múltiple España. 2015 [citado 11 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://esclerosismultiple.com/esclerosis-multiple/sintomas/>

2. Esclerosis múltiple [Internet]. Mayoclinic.org. 2022 [citado 11 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/multiple-sclerosis/symptoms-causes/syc-20350269>

Capítulo 61

ACÚFENOS Y DISFUNCIÓN TEMPORO-MANDIBULAR

MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

Los acúfenos o tinnitus son una afección común que el paciente describe como zumbidos que percibe en uno o ambos oídos. Entre el 15 y el 20% de la población padece esta afección que, aunque en la mayoría de los casos no reviste gravedad, la persona acaba por acostumbrarse, sí que puede repercutir, en función de su frecuencia e intensidad en la calidad de vida de quien lo padece.

El acúfeno se define como la percepción de un sonido en ausencia de un estímulo acústico aparente, sin ser una afección sindrómica, es un síntoma con muchas causas potenciales. Problemas auditivos como hipoacusia, vértigos, afecciones del nervio auditivo o alteraciones neurológicas pueden provocarlo, sin embargo, el 80% de los pacientes que presentan acúfenos muestra un audiograma normal. Los acúfenos pueden clasificarse en objetivos cuando son audibles por el paciente y el examinador, o subjetivos cuando solo son percibidos por el paciente. En los primeros, problemas vasculares o musculares (mioclonías de los músculos del oído medio) pueden estar detrás de su causa. Los subjetivos sin embargo pueden ser provocados por causas otológicas, neuronales, traumáticas, farmacológicas o por disfunciones de la articulación temporomandibular (DTM).

Se entiende por DTM el conjunto de patologías y situaciones clínicas de distinta etiología que tienen en común la posibilidad de provocar alguna alteración funcional en el aparato masticatorio. El 40-75% de la población se ve afectada por

esta condición en algún momento de su vida y la mayoría, además de sufrir dolor orofacial, suelen presentar sintomatología referida en la musculatura cervical, musculatura del oído medio o síntomas óticos como acúfenos, pudiendo ser la relación embriológica, anatómica y fisiológica entre el oído y la articulación temporomandibular (ATM) la explicación a este fenómeno.

Así, la alteración de los músculos masticatorios por DTM, puede provocar sintomatología ótica debido a la interacción neuromuscular compleja que existe entre el oído y esos músculos.

Estructuras como la fisura timpánico-escamosa, el ligamento disco-maleolar, ligamento anterior del martillo, cartílago de Meckel, el tensor del velo palatino y del tímpano, el nervio facial y trigémino, son las que podrían estar detrás de la relación entre los acúfenos y las DMT.

2 Objetivos

El objetivo de la exposición de este caso clínico es dar a conocer la relación existente entre la ATM y el oído y evidenciar como las DTM pueden ser una de las causas de los acúfenos.

3 Caso clínico

Paciente de 50 años acude a la consulta de fisioterapia por padecer dolor cervical y zumbidos en ambos oídos (mayor intensidad en el izquierdo), de varios meses de evolución que le irritan por impedirle conciliar el sueño.

Fue al otorrino previamente donde se le realizó audiometría y se descartó patología asociada al oído.

Su médico de Atención Primaria tampoco observó patología a nivel cervical que justificase el dolor y los acúfenos, siendo las pruebas diagnósticas realizadas, normales. Decide derivarlo al servicio de fisioterapia por contractura muscular a nivel de ambos trapecios.

El fisioterapeuta en la exploración observa que el paciente tiene buena movilidad cervical y de miembros superiores. Su estática no es correcta, su postura tiende a la antepulsión cervical y cifosis dorsal alta. El paciente experimenta dolor a la palpación del trapecio y musculatura suboccipital izquierda. Al valorar su ATM se observa a la apertura mandibular una desviación hacia la derecha del mentón acompañado de un chasquido articular de la ATM del lado izquierdo. Los maseteros y músculos temporales presentan puntos miofasciales dolorosos con

aumento del tono, con mayor intensidad del dolor en lado izquierdo. En la inspección intraoral se aprecia la falta de una pieza dental posterior del lado izquierdo con alteración de la oclusión y de la mordida.

Después de 15 sesiones de fisioterapia basadas en el tratamiento manual de la musculatura masticatoria afectada, electroterapia analgésica ejercicios para mejorar la movilidad ATM, y corrección postural, el paciente mejoró significativamente. Los dolores cervicales y los acúfenos se redujeron considerablemente. No obstante, fue necesaria la intervención del odontólogo para corregir la oclusión y mejorar la mordida para que su ATM no continuara sufriendo y perpetuara el cuadro clínico que padecía el paciente.

4 Discusión-Conclusión

Debido a la relación anatómica que existe entre el oído y la ATM, la probabilidad de sufrir problemasóticos derivados de alteraciones en ATM es frecuente. Los acúfenos son un síntoma que afecta a un alto porcentaje de la población alterando en muchos casos su calidad de vida. Por ello, ante la presencia de dicho síntoma tenemos que pensar en una posible DTM cuyo tratamiento solo se puede abordar desde un enfoque multidisciplinar. El odontólogo, fisioterapeuta, otorrino... deben trabajar al unísono para tratar esta afección. Cada disciplina con su conocimiento específico puede intervenir en el diagnóstico diferencial y en un plan de tratamiento adecuado.

5 Bibliografía

- Lam DK, Lawrence HP, Tenenbaum HC. Aural Symptoms in Temporomandibular Disorders Patients Attending a Craniofacial Pain Unit. J Orofacial Pain 2001; 15: 146-157
- De Felício CM, Oliveira Melchior M, Pimenta Ferreira CL, Rodrigues Da Silva MAM. Otolgic Symptoms of Temporomandibular Disorder and Effect of Orofacial Myofunctional Therapy. Cranio 2008; 26(2): 118-124.
- Tullberg M, Ernberg M. Long-Term effect on tinnitus by treatment of temporomandibular disorders: A two-year follow-up by questionnaire. Acta Odontologica Scandinavica 2006; 64 :89-96
- Nagel D, Drexel MK. Epidemiologic studies of tinnitus aurium. Auris Nasus Larynx 1989; 16- 23.
- Axelsson A, Ringdahl A. Tinnitus - a study of its prevalence and characteristics. Br J Audiol. 1989; 23-53.

- The American Academy of Orofacial Pain. Orofacial Pain: Guidelines for assessment, diagnosis, and management. Okeson JP. Quintessence, Chicago 1996: 116, 113-184.
- Rugh JD, Solberg WK. Oral health status in the United States: temporomandibular disorders. J Dent Educ. 1985 Jun;49(6): 398-406
- Schiffman EL, Friction JR, Haley DP, Shapiro BL. The prevalence and treatment needs of subjects with temporomandibular disorders. J Am Dent Assoc
- Rizatti-Barbosa CM, Martinelli DA, Albergaria Barbosa JR. Pacientes portadores de zumbidos e os sinais e sintomas de DCM. Rev Gaucha Odontol 1998; 46: 42-49.
- Chole RA, Parker WS. Tinnitus and vertigo in patients with temporomandibular disorders. Arc Otolaryngol Head Neck Surg 1992; 118: 187-195.
- Ramírez LM, Sandoval GP. Desórdenes temporomandibulares, síntomas otológicos y dolor craneofacial. Acta de Otorrinolaringología & Cabeza y Cuello 2004; 32(2): 60-75
- Rodríguez J.F., Merida J.R., Jimenez J. Relationships between the temporomandibular joint and the middle ear in fetus. J. Dent. Res. 72: 6266, 1993.
- Coleman RD (1970) Temporomandibular joint: relation of the retrodiskal zone to the Meckel's cartilage and lateral pterygoid muscle. J Dent Res 49: 626-630.
- Eckerdal, O. La fisura petrotimpánica: eslabón que conecta la cavidad timpánica y la articulación temporomandibular. C ranio, 9 (1): 15-21, 1991.
- Rodríguez Velásquez, JF; Mérida-Velasco, JR; Merida-Velasco, JA & Jimenez-Collado, J. Consideraciones anatómicas sobre el ligamento discomalleolar. J. Anat., 192 (Pt 4): 617-21, 1998.
- Ash, CM & Pinto, OF La ATM y el oído medio: correlatos estructurales y funcionales de los síntomas óticos asociados con la disfunción de la articulación temporomandibular. En t. J. Prosthodont., 4 (1): 51-7, 1991.
- Klockhoff I, Lindholm L, Westerberg CE. Spontaneous impedance fluctuation - a «tensor tympani syndrome» with special reference to tension headache. Nord Med 1971; 85: 577
- Norena A, Micheyl C, Chéry-Croze S, Collet L. Psychoacoustic characterization of the tinnitus spectrum: implications for the underlying mechanisms of tinnitus. Audiol Neurotol 2002;7(6) Nov-Dec:358-69. DOI: 66156
- Gelb H, Tarte J. A two-year dental clinical evaluation of 200 cases of chronic headache: The craniocervical-mandibular syndrome. JADA 1975;91(6):1230-1236. DOI: <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.1975.0537>

Capítulo 62

EJERCICIO ACUÁTICO EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

IRENE PONZ MARTÍNEZ

1 Introducción

El Parkinson es una enfermedad degenerativa progresiva producida por una deficiencia de dopamina asociada a la degeneración de la sustancia negra (estructura de los ganglios basales).

Una de sus características es que hay una hipertonía (aumento del tono muscular) y dificultad de coordinar los movimientos. El tratamiento de esta patología tiene como fin el mantenimiento y promoción de la salud así como la mejora de la calidad de vida.

Una de las técnicas que se emplea en el abordaje de la enfermedad de Parkinson es la hidroterapia.

Los objetivos que se desean conseguir con el ejercicio bajo el agua son la reducción del tono muscular y mejora de la movilidad. Al realizar la hidroterapia en agua caliente se activan termorreceptores de calor en la piel y se inhibe la activación tónica de las motoneuronas gamma, disminuyendo la excitabilidad del huso muscular y produciendo una relajación muscular. La flotación y la presión hidrostática ayudan a soportar el peso corporal. La mejora de la movilidad se consigue, ya que en el agua los movimientos son mas lentos y ayuda a moverse con mayor libertad.

Otros efectos beneficiosos que se producen con el ejercicio acuático es el aumento de la información propioceptiva, mejora del equilibrio, disminución del edema y dolor y mejora del estado psicológico por socialización y realización de ejercicio.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el personal sanitario en relación a la aplicación de la hidroterapia en la enfermedad de Parkinson.

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

Previo a la realización de las sesiones de ejercicio acuático en personas con enfermedad de Parkinson se deben tener en cuenta una serie de criterios, dentro de los que se incluyen: al terminar la sesión puede experimentar algún mareo o debilidad, la temperatura agua puede oscilar entre 82-86°F y para terapia 92°-97° F, si el agua es fría puede disminuir la presión sanguínea y desmayarse. Se debe comprobar el nivel de adaptación del paciente al agua para saber cuánta ayuda necesitará haciendo que camine por el agua anteroposterior y lateral. Sumergir la cabeza y hacer burbujas. Flotar sobre la espalda y sobre la cara. Las ayudas serán elementos de flotación: salvavidas, cinturones, boyas aparte de la ayuda del instructor.

Los programas de ejercicio acuático suelen constar de tres sesiones a la semana de treinta minutos durante cuatro meses. Cada sesión incluye precalentamiento, ejercicios de miembros superiores, columna vertebral, miembros inferiores y manos. El material que se utiliza para los ejercicios son flotadores manuales, tablas y barra estabilizadora.

Existen otras técnicas de ejercicio acuático para conseguir la disminución del tono muscular, son técnicas concretas como el método Halliwick, Watsu o Shiatsu y el método Bad Ragaz.

Aparte de mejorar el tono muscular, se ha observado que el ejercicio acuático también es importante en la enfermedad de Parkinson debido a que mejora la estabilidad corporal.

El abordaje de la enfermedad de Parkinson es muy amplio y dentro del tratamiento rehabilitador también se incluyen técnicas fuera del agua como es

la cinesiterapia. A través de la cinesiterapia se logra disminuir el tono postural y mejorar la movilidad. Se ha observado que la realización de ejercicio en esta enfermedad ayuda a reducir el número de caídas.

5 Discusión-Conclusión

El Parkinson es una enfermedad degenerativa progresiva producida por una deficiencia de dopamina asociada a la degeneración de la sustancia negra (estructura de los ganglios basales).

Una de sus características es que hay una hipertonía (aumento del tono muscular) y dificultad de coordinar los movimientos.

A través del ejercicio acuático se consigue reducir el tono muscular y mejorar la movilidad articular en la enfermedad de Parkinson. El ejercicio acuático incluye sesiones con uso de flotadores, tablas y barras estabilizadoras o la aplicación de técnicas concretas como son el método Halliwick, Watsu o Shiatsu y el método Bad Ragaz.

El tratamiento no farmacológico de la enfermedad de Parkinson también incluye la cinesiterapia y ejercicio activo.

6 Bibliografía

Vivas J, Arias P, Cudeiro J. Aquatic therapy versus conventional land-based therapy for Parkinson's disease: an open-label pilot study. 2011;1202-10.

Allen N. Canning C. Sherrington C. Lord S., Latt M. Close J, "et al". The effects of an exercise program on fall risk factors in people with Parkinson's disease: a randomized controlled trial. 2010: 1217-25

Truco D. Aplicación de la fisioterapia en la enfermedad de Parkinson [Internet] 2011. [Consultado 1 de diciembre 2022]. Disponible en: http://www.efisioterapia.net/articulos/leer.php?id_texto=500

Lara V. Tratamiento fisioterápico en pacientes con Parkinson [Internet] 2008. [Consultado 2 de diciembre de 2022]. Disponible en: http://www.efisioterapia.net/articulos/leer.php?id_texto=363

Capítulo 63

PERSONAL DE FISIOTERAPEUTA EXPONE CASO CLÍNICO SOBRE ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO EN UN CASO DE TENOSINOVITIS DE QUERVAIN

VIRGINIA VELASCO ISUSI

1 Introducción

La tenosinovitis de Quervain se define como la inflamación y tumefacción de la vaina que rodea los tendones del abductor largo del pulgar y del extensor corto del pulgar. Esta patología presenta síntomas característicos de dolor en dicha zona y tumefacción. Es una patología que si se cronifica en el tiempo puede dar lugar a un engrosamiento de la vaina del tendón.

En ocasiones, debido a su etiología, puede recibir otros nombres como “Síndrome de la madre primeriza” o “esguince de lavaderas”. Esta patología es frecuente encontrarla en mujeres de entre 30 y 50 años de edad y en muchas ocasiones mujeres que tienen niños pequeños.

Las mujeres en periodo de postparto, incluso años después con hijos con edades comprendidas entre 6 y 12 años, relatan realizar de forma frecuentes gestos típicos como levantar al bebe que pueden provocar este tipo de tendinitis de forma bilateral en estas mujeres. Este tipo de mecanismos de forma repetida junto a la retención de líquidos y cambios hormonales propias de esta etapa en la mujer pueden dar lugar a padecer esta patología.

La tenosinovitis de Quervain es de carácter multifactorial, pero viene totalmente condicionadas por factores mecánicos. Solo el 25% de los casos tienen como factor causante un traumatismo directo en la zona.

Estos son algunos de los factores predisponentes que hacen que aparezca dolor en el compartimento externo del pulgar: un uso excesivo, desequilibrio muscular en la articulación del pulgar, patrones de movimiento inadecuados y factores mecánicos producidos por movimientos continuados como teclear en el ordenador, tocar un instrumento o cualquier otro gesto en pinza típicos de los trabajos de producción.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es exponer el abordaje fisioterapéutico de la tenosinovitis de Quervain a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Paciente de 30 años, acude a consulta 4 meses después de dar a luz con dolor en la zona lateral del pulgar, relata que el dolor se intensifica cuando realiza las actividades domésticas.

Tiene un bebé de 4 meses y el dolor es aún más intenso cuando tiene que agarrarlo y sacarlo de la cuna, en esos momentos el dolor se acompaña de parestesias y adormecimiento en la zona. Hace una semana que nota dolor también irradiado al antebrazo.

La tenosinovitis de Quervain presenta una clínica sencilla de reconocer, es necesario realizar una buena anamnesis y una exploración exhaustiva para confirmar dicha lesión. No es tan habitual derivar al paciente para la realización de pruebas diagnósticas de confirmación. Se suelen realizar test ortopédicos como el “test de Finkelstein”, consiste en meter el pulgar dentro del puño y realizar una desviación cubital.

Respecto al abordaje fisioterapéutico frente a esta patología, existen varios tratamientos que pueden aliviar la sintomatología de dolor de la paciente:

- Movilizaciones tanto activas, pasivas como activo-asistidas.
- Terapia manual acompañada de radiofrecuencia indiva para favorecer la reabsorción de edema y la regeneración celular.
- Punción seca.
- Crioterapia en zona localizada.
- Técnica de Ondas de choque

- Realización de una serie de ejercicios terapéuticos seleccionados en los que se trabajen movimientos propios de la articulación del pulgar y de muñeca.
- Estiramientos de la musculatura del antebrazo.
- Electrólisis percutánea intratisular (EPI).
- Técnicas de electroterapia para bajar la inflamación como el láser o el ultrasonido.
- Readaptación de gestos y movimientos lesivos durante las actividades diarias de la paciente: se le muestran patrones de movimiento lesivos que debe cambiar sobre todo durante el manejo de su hijo (sacar de la cuna, cambio de pañales, gestos de sujeción, etc.).

4 Discusión-Conclusión

La evolución de la paciente fue favorable, 3 semanas después de comenzar con el plan rehabilitador el dolor había disminuido considerablemente relatando un valor 6 en la escala de dolor EVA, pero aún siente molestias y sensación de pinchazo en muchos de los gestos del día a día.

La sobrecarga y dolor de la zona del antebrazo mejoró de forma considerablemente tras la realización de 3 sesiones de terapia manual con radiofrecuencia indica junto con ejercicios de estiramientos domiciliarios pautados a la paciente. Tras la realización de las sesiones con la técnica ondas de choque, comienza a relatar que las molestias están remitiendo más, pudiendo volver a realizar gestos que llevaba semanas sin poder realizar.

El pronóstico de este tipo de lesiones suele ser bastante favorable, pero el tiempo del proceso rehabilitador puede llegar a ser muy variable, puesto que las causas y factores que afectan a la sintomatología de esta patología son múltiples y difíciles de controlar. Puede ser una recuperación de semanas o de meses, pero un diagnóstico correcto y la elección de un buen plan rehabilitador evita la necesidad de requerir una cirugía.

5 Bibliografía

1. Prentice WE. Técnicas de Rehabilitación En La Medicina Deportiva. 3a ed. Paidotribo Editorial; 2000.

Capítulo 64

FISIOTERAPIA EN UN CASO DE DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

TATIANA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) es la distrofia muscular más común diagnosticada durante la infancia. La enfermedad es causada por una mutación en un gen que se encuentra en el cromosoma X y que codifica la distrofina. Las células musculares se dañan debido a la ausencia de esta proteína provocando una debilidad muscular progresiva. La mutación del gen generalmente se transmite de la madre al hijo, sin embargo puede haber casos que ocurran por mutación espontánea (1).

Esta enfermedad se caracteriza por la disminución de la fuerza muscular en los miembros inferiores y la pelvis lo cual provoca dificultad para caminar, ponerse de pie, subir escaleras y sufrir caídas frecuentes. La debilidad muscular también se presenta en brazos, cuello y otras áreas del cuerpo más tardíamente. Otro síntoma característico es la aparición de hipertrofia de algunos grupos musculares como en los gemelos, cuádriceps, bíceps y deltoides (2).

La sintomatología puede presentarse desde los 2 a 3 años, aunque pueden estar precedidos por retraso psicomotor. En el niño, clínicamente se caracteriza por debilidad progresiva, dificultad para ponerse de pie (signo de Gowers), dificultad para subir escaleras y caminar de puntas (3).

La DMD es la distrofia muscular más común afectando a 1 de cada 3800-6300 varones nacidos vivos. Su prevalencia mundial es de aproximadamente 0.5 por cada 100 000 varones (3).

Según avanza la enfermedad, entre los 9 y 12 años se pierda la capacidad para la deambulación y bipedestación (2).

La fisioterapia es una parte muy importante del tratamiento en los niños con Distrofia Muscular de Duchenne. Esta disciplina puede aumentar y prolongar el nivel de funcionalidad y movilidad además de minimizar las contracturas y mantener la fuerza muscular (4).

El tratamiento de la DMD es sintomático y multidisciplinar, y ha permitido cambiar la evolución de la enfermedad. Es importante establecer un diagnóstico precoz de la enfermedad y pautar un correcto tratamiento y seguimiento de las posibles complicaciones (5).

2 Objetivos

- Demostrar la importancia de la terapia física en la Distrofia Muscular de Duchenne a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Niño de 6 años de edad que acude a consulta de fisioterapia con su madre. Presenta informes médicos con diagnóstico de Distrofia Muscular de Duchenne. Durante la entrevista la progenitora nos cuenta que tardó en adquirir la marcha y siempre fue un niño un poco torpe con caídas frecuentes.

En primer lugar se hizo la valoración visual de la marcha espontánea en la sala de fisioterapia. Se pudo observar una marcha tambaleante ligeramente de puntillas con aumento de la base de sustentación y con separación de brazos. Presenta marcha de pato con inestabilidad de la cintura pélvica.

Su postura en bipedestación muestra bloqueo de rodillas en hiperextensión, abducción y flexión de caderas, anteversión pélvica, lordosis lumbar y cabeza adelantada.

En segundo lugar se valoró la fuerza muscular, rangos articulares, acortamientos musculares, movilidad activa contra gravedad y valoración funcional.

Durante la exploración se observa debilidad muscular sobre todo en grupos musculares proximales (extensores de cadera y rodilla). También se pudo apreciar contracturas en gemelos y tensor de la fascia lata. A la movilidad pasiva de tobillo se apreció retracción del tendón de Aquiles. Presenta Pseudohipertrofia gemelar y signo de Gowers positivo necesitando apoyar sus manos sobre sus piernas para levantarse del suelo.

A nivel funcional tiene una carrera muy torpe y lenta. Precisa apoyo en barandilla para subir y bajar escaleras y no puede saltar.

Durante las sesiones de fisioterapia nos hemos centrado en una parte más analítica con estiramientos activos de músculos como el tríceps sural, el psoas ilíaco, los isquiotibiales y tensor de la fascia lata para evitar contracturas. También se han realizado movilizaciones activo-asistidas y pasivas para mantener los rangos articulares. Y por otro lado, se han realizado ejercicios orientados a una rehabilitación más funcional, con ejercicios de equilibrio y propiocepción en distintas posturas, ejercicios de obstáculos, escaleras, rampa y reeducación del patrón de la marcha para intentar buscar la seguridad en los desplazamientos. Todas las actividades propuestas en las sesiones se han realizado evitando la fatiga muscular pero tratando de buscar cierta resistencia al ejercicio.

También se le ha enseñado tanto al paciente como a su madre ejercicios respiratorios para hacerlos diariamente en su domicilio y se ha incidido en el buen posicionamiento en su tiempo libre, evitando posturas que favorezcan el acortamiento muscular como por ejemplo la ausencia de apoyo plantar en la sedestación.

4 Discusión-Conclusión

La Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) es la distrofia muscular más común diagnosticada durante la infancia. Limita significativamente los años de vida de los afectados. No existe cura para esta enfermedad aún, pero existen tratamientos como la fisioterapia que pueden reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida (1).

La fisioterapia en los niños con Distrofia Muscular de Duchenne ayuda a prevenir la rigidez articular y mantener la movilidad, la funcionalidad y la capacidad de caminar durante el mayor tiempo posible (6).

El manejo terapéutico precisa de un abordaje multidisciplinar y precoz, junto

con un adecuado seguimiento. Se basa en un tratamiento sintomático, cuyo objetivo es retrasar la aparición de complicaciones y mejorar la supervivencia de los pacientes (7).

5 Bibliografía

1. Duchenne España. Qué es la distrofia Muscular de Duchenne y Becker [Internet]. [Consultado 30 nov 2022]. Disponible en: <https://www.duchenne-spain.org/que-es-duchenne/>
2. Morales Tejeda AE., Quintero Dip MM, Guibert Basto L. Necesidad de rehabilitación física en un paciente con distrofia muscular progresiva de Duchenne. *Medisan*. 2021;25(4): 897-906
3. Martínez-Esteban PC, Guillén-Pinto D, Duran Padrós AA, Koc-Gonzales D, Flores-Bravo J, Méndez-Dávalos C et al . Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne. *Acta méd. Peru*. 2022; 39(2): 205-215
4. González Zapata S. Importancia de la fisioterapia en DMD/DMB. Duchenne España [Internet]. 2019 [Consultado 30 nov 2022], Disponible en: <https://www.duchenne-spain.org/wp-content/uploads/2019/11/WEB-Duchenne-Spain-Fisioterapia-en-DMD-DMB.pdf>
5. Mallor López E; Garcés Cardós MT ; Herranz Medina CC; Valer Pelarda AC ; Sancho Gil L; Sancho García MM. Introducción multidisciplinar a la distrofia muscular de Duchenne. *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2021; 2(9). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/introduccion-multidisciplinar-a-la-distrofia-muscular-de-duchenne/>
6. Duchenne y tú. Terapias de rehabilitación y apoyo para pacientes con Distrofia Muscular de Duchenne [Internet]. [Consultado 30 nov 2022]. Disponible en: <https://duchenneytu.es/terapias-rehabilitacion-apoyo-duchenne/>
7. Nascimento Osorio A, Medina Cantillo J, Camacho Salas A, Madruga Garrido M, Vilchez Padilla JJ. Consenso para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente con distrofia muscular de Duchenne. *Neurología*. 2019;34(7):469-481

Capítulo 65

CONTROL DE OBESIDAD INFANTIL EN FARMACIA COMUNITARIA (COIFAC)

TAMAR BLANCA SERRANO

1 Introducción

Según la OMS la obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, cuya prevalencia está aumentando de forma alarmante. Los niños obesos tienen más probabilidades de padecer a edades tempranas enfermedades no transmisibles como son la diabetes, enfermedades cardiovasculares y osteoporosis, lo que se denomina síndrome metabólico. Las recomendaciones de la OMS tiene un beneficio en la composición ósea ya en etapas tempranas de la vida, mejorando la estructura ósea (1) y la osteoporosis del futuro.

Las políticas implementadas por las comunidades autónomas españolas parecen tener una capacidad limitada para lograr reducciones significativas en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil (2). En cuanto al estilo de vida, más del 70 % de los escolares son activos, aunque este porcentaje es inferior a la media europea (3).

La alimentación, el sedentarismo, falta de sueño y los malos hábitos son factores desencadenantes de problemas de salud. Educar a los niños a pensar a largo plazo siguiendo unos hábitos saludables les beneficiará en el futuro.

Existe percepción errónea de los padres sobre el exceso de peso infantil lo que da libertad a la hora de consumo de refrescos y bollería (4). El entorno urbano se asocian con la antropometría de los niños, los hábitos alimenticios y los niveles

de actividad física (5). La actividad física (AF) y el ejercicio mejoran la calidad de vida en general (6).

Es necesario controlar el sobrepeso infantil ya que provocará la prevención de futuros obesos adultos (7). Los niños obesos de hoy serán los adultos obesos del mañana, ya que el 40% de pre-púberes obesos serán obesos de adultos (8) y el 70%-80% de los adolescentes obesos serán obesos en un futuro, por lo que los hábitos de los niños influirán en los hábitos que tendrán de adultos (9) (10).

Hipótesis: El incremento de información nutricional por parte de los farmacéuticos comunitarios a los niños y familiares provoca una disminución de la obesidad infantil.

2 Objetivos

Prevenir el sobrepeso y la obesidad infantil, en niños de primaria, fomentándoles hábitos saludables de alimentación y la práctica de actividad física.

Se aspira a que los niños aprendan pautas nutricionales ahora y para el futuro. Se pretende aumentar el gasto energético y disminuir el aporte calórico eliminando aquellos alimentos de baja calidad nutritiva.

Enriquecer una línea de investigación en auge donde no se ha profundizado en la hipótesis propuesta.

3 Metodología

Material:

Material didáctico para el apoyo de los profesionales farmacéuticos que realicen actividades de educación para la salud. Folletos informativos tanto para niños como para padres. Documentación protección de datos, etc.

Método:

Se realizará el estudio en aquellas farmacias comunitarias que quieran colaborar y que a su vez tengan colegios colindantes a las mismas que también deseen participar. Para ello, se explicará a las farmacias el procedimiento a seguir. Se pretende difundir el estudio en diferentes colegios de farmacéuticos.

El farmacéutico comunitario puede desempeñar un papel muy importante en la prevención y control de la obesidad infantil por su experiencia como educador sanitario, buena formación en alimentación y su proximidad a la población. Se debe incidir en cambiar los hábitos de toda la familia, ya que así le resultará más fácil al niño perder esos kilos de más, además de que una dieta sana y equilibrada

es aconsejable para todos los miembros de la familia. Habrá que cambiar las costumbres: picoteos, horarios regulares, consumir alimentos saludables y variados, por supuesto realizar ejercicio físico.

En todos los casos, como primera medida se necesita un consentimiento informado firmado por parte de los padres para poder trabajar con los niños. Se ofrecerá participar en el estudio a los niños de edad comprendida entre los 6 y 12 años, por tanto, serán niños de primaria. Además, es necesario firmar un documento de protección de datos.

Para el control de la obesidad se necesita realizar una exploración física con una báscula de bio-impedancia (tanita) para poder pesar a los niños y una cinta métrica para medirlos.

Se medirá el perímetro de la cintura, es una medida útil en la evaluación antropométrica de la obesidad, ya que posteriormente en adultos se asocia con la morbilidad cardiovascular. Ese perímetro en niños se asocia con la grasa visceral. Para la medición se deben localizar referentes óseos. También se medirá la altura del niño. Con estos datos, se calculará el IMC (índice de masa corporal) y el ICE (índice de cintura/ estatura) los que indicará el riesgo de síndrome metabólico en niños.

Se realizará un cuestionario inicial para ver qué comida suelen tener habitualmente en sus casas y detectar malos hábitos.

Se diseñarán folletos informativos para entregárselos a sus familiares para que no solo los niños mejoren su alimentación. Además, se impartirán charlas de educación alimentaria accesibles a sus familias.

Si se detectan parámetros de riesgo de obesidad en un niño, el farmacéutico recomendará a sus padres que lo lleven a su pediatra para hacerle el seguimiento adecuado, descartando diabetes infantil e incluso hiperlipemias.

Actuación en los colegios: El método consiste en asistir a los colegios, hablar con el director y explicarle el proyecto. Después, se entregará el consentimiento informado a los niños para que lo traigan firmado por sus padres. Tras ello, se concertará una cita con los alumnos para pesarlos y medirlos de forma individual, para que no haya comentarios ofensivos entre los niños. Además, el farmacéutico rellenará un test por cada niño, para tener información sobre su alimentación diaria. Posteriormente, se realizará una charla informativa a los niños y se entregará un folleto informativo de educación alimentaria para los padres.

Se aconsejará a los niños que se apunten a actividades extraescolares deportivas, para que hagan ejercicio extra y no se pasen el día solo delante del televisor o la consola

A los cuatro meses, se volverá a visitar cada colegio para volver a medir a los

niños. Si tras ese período de tiempo tenemos casos críticos, considerándose como críticos niños con elevado sobrepeso o incluso obesos, se lo notificaremos a los padres para que se lo comuniquen a su pediatra.

Actuación en la farmacia comunitaria: Al mismo tiempo, desde la farmacia se pondrá publicidad del proyecto. Se enseñará a los farmacéuticos el procedimiento a seguir para que todos lo realicen de forma homogénea. Desde la farmacia comunitaria se les hará el mismo seguimiento a los niños, por si madres de forma voluntaria quieren traer a los niños, en el caso de que sus colegios no hayan sido elegidos para implantar el método. Se seguirá el mismo protocolo de actuación en todas las farmacias comunitarias que quieran colaborar en el proyecto. Cada farmacia participante en el estudio, deberá remitir los datos recogidos a sus pacientes, para que se pueda elaborar una base de datos

Como resultados se espera conseguir con este estudio una disminución del número de obesos infantiles.

Valoración económica:

-Gastos directos:

Material Didáctico (15000flyers A4 a dos caras): 1500€

Consentimiento informado (15000 flyers A6): 1000€

Protección de datos (15000 folios): 200€

Aparatos (Tanita para ir al colegio): 280€

(Metros 20 unidades): 40€

Programa informático (Base de datos): 150€

Otros gastos de papelería (Folios, bolígrafos): 80€

-Gastos Indirectos

Desplazamientos: 1000€

Total 4250€

4 Bibliografía

1.-Is it important to achieve physical activity recommendations at early stages of life to improve bone health? Ferrer P, Iglesia I, Muniz-Pardos B, Miguel-Berges ML, Flores-Barrantes P, Gomez-Bruton A, Moreno LA, Rodríguez G. Osteoporos Int. 2022 May;33(5):1017-1026. doi: 10.1007/s00198-021-06256-z. Epub 2021 Dec 14.PMID: 34905063

2.-The preventive efforts of the Spanish autonomous regions and socio-economic inequality in childhood obesity or overweight.Carmona-Rosado L, Zapata-Moya

- ÁR.Gac Sanit. 2022 May-Jun;36(3):214-220. doi: 10.1016/j.gaceta.2021.08.004. Epub 2021 Nov 25. PMID: 34839988
- 3.-Childhood obesity in Spain and associated factors. López-Sobaler AM, Aparicio A, Salas-González MD, Loria Kohen V, Bermejo López LM. *Nutr Hosp*. 2021 Sep 30;38(Spec No2):27-30. doi: 10.20960/nh.03793. PMID: 34323095
- 4.-Childhood Excess Weight in Spain From 2006 to 2012. Determinants and Parental Misperception. Ramiro-González MD, Sanz-Barbero B, Royo-Bordonada MÁ. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2017 Aug;70(8):656-663. doi: 10.1016/j.rec.2017.02.026. Epub 2017 Mar 18. PMID: 28330819
- 5.-Influence of home/school environments on children's obesity, diet, and physical activity: the SUECO study protocol. Díez J, Gullón P, Valiente R, Cereijo L, Fontán-Vela M, Rapela A, Blanco A, Valero I, Haro A, Blasco G, Díaz-Olalla JM, Franco M. *Gac Sanit*. 2022 Jan-Feb;36(1):78-81. doi: 10.1016/j.gaceta.2021.04.005. Epub 2021 Jul 7. PMID: 34246500
- 6.-Exercise as medicine in chronic diseases during childhood and adolescence. Alvarez-Pitti J, Casajús Mallén JA, Leis Trabazo R, Lucía A, López de Lara D, Moreno Aznar LA, Rodríguez Martínez G. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2020 Mar;92(3):173. e1-173.e8. doi: 10.1016/j.anpedi.2020.01.010. Epub 2020 Feb 13. PMID: 32061527
- 7.- Parental obesity is associated with the severity of childhood obesity and its comorbidities. Martínez-Villanueva J, González-Leal R, Argente J, Martos-Moreno GÁ. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2019 Apr;90(4):224-231. doi: 10.1016/j.anpedi.2018.06.013. Epub 2018 Jul 24. PMID: 30054225
- 8.-Prevalence of childhood overweight/obesity in Spain 1993-2011 and associated risk factors in 2011 Prevalencia de sobrepeso y obesidad inf. Ajejas Bazán MJ, Jiménez-Trujillo MI, Wärnberg J, Domínguez Fernández S, López-de-Andrés A, Pérez-Farinós N. *Nutr Hosp*. 2018 Jan 16;35(1):84-89. doi: 10.20960/nh.1355. PMID: 29565154
- 9.- The little and large of pediatric obesity prevention. Moya M *An Pediatr (Barc)*. 2017 Nov;87(5):243-244. doi: 10.1016/j.anpedi.2017.02.008. Epub 2017 Mar 30. PMID: 28365281
- 10.-The importance of the process in evaluating the effectiveness of a childhood obesity campaign. Lineros-González C, Marcos-Marcos J, Ariza C, Hernán-García M; Grupo PREVIENE. *Gac Sanit*. 2017 May-Jun;31(3):238-241. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.11.007. Epub 2017 Feb 3. PMID: 28162754

Capítulo 66

TIEMPO DE PROTOMBINA (PT/INR) EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DEL SUTBIPO ANTIVITAMINA K (AVK)

MARTA DEL ROSAL LÓPEZ

1 Introducción

La anticoagulación es un tratamiento común en la población, el fin de este tratamiento no es curativo, es de prevención de ahí la importancia de la adherencia al tratamiento y seguimiento de pautas adecuadas y vida saludable de pacientes en tratamiento con anticoagulación.

Uno de los fármacos más utilizados desde hace muchos años es el acenocumarol, en esta revisión se han buscado pacientes que se pueden beneficiar de este tratamiento, las características del mismo y principales interacciones que pueden llegar a general un problema en el paciente con tratamiento de acenocumarol.

Con tratamientos de anticoagulantes del subtipo antivitamina K AVK o anticoagulantes clásicos.

La dosis con este tipo de anticoagulación no es similar en todos los pacientes, es personificada, cada paciente necesitará una dosis diferente dependiendo de su nivel y características de anticoagulación requerida. Lo que va a determinar la cantidad de fármaco que debe tomar el paciente se realiza la prueba denominada tiempo de protombina, que se expresa como INR.

Este resultado determina cuanto tarda en coagular la sangre en el paciente anticoagulado, el resultado debe mantenerse entre rangos adecuados dependiendo del accidente clínico que se padezca.

El buen control de la coagulación es básico para prevenir problemas en los pacientes y para mantener al paciente sin riesgo de accidentes cardiovasculares.

2 Objetivos

-Dar a conocer características de la anticoagulación con anticoagulantes clásicos, dosis adecuada, rango donde mantener su INR, cambios en la dieta, y forma de tomarlos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se consultan distintas fuentes de información sobre anticoagulación, guías de prescripción, guías de dispensación y de consejos al paciente anticoagulado, recopilando información con carácter científico y sometida a revisión. Una vez estudiada la información encontrada, se ordenan ideas para sacar las conclusiones adecuadas.

4 Resultados

El tratamiento de anticoagulación no es curativo, es preventivo.

El principal efecto de los anticoagulantes consiste en retardar la coagulación de la sangre, la dosis de cada paciente depende de la enfermedad que padezca, y el accidente que se quiere evitar.

Lo que determina la dosis es el mantenimiento del INR.

Los pacientes que se benefician de esta terapia son los pacientes con fibrilación auricular, valvulopatías o prótesis valvular mecánica, trombosis venosa, embolia pulmonar, enfermedad hemática heredada o adquirida.

El rango terapéutico se refiere al rango en el que se previene la trombosis sin llegar a riesgo de hemorragia.

El rango terapéutico en fibrilación auricular aislada es INR entre 2 y 3.

El rango terapéutico en trombosis venosa o embolia pulmonar es INR entre 2 y 3.

En valvulopatía con fibrilación auricular y en pacientes con prótesis valvular mecánica el INR adecuado es entre 2.5 y 3.5.

En pacientes en alteraciones genéticas de la coagulación el rango de INR debe ser entre 2 y 3.

En pacientes con síndrome antifosfolípido el INR debe mantenerse entre 2.5 y 3.5.

El control de INR se realiza principalmente con un coagulómetro, por punción digital se extrae una gota de sangre y se mide mediante tiras.

Los pacientes con insuficiencia renal grave no deben de tomar acenocumarol, con insuficiencia renal moderada deben hacer mayor número de controles para evitar problemas graves.

En los pacientes que padecen insuficiencia hepática grave, el uso de acenocumarol sube el riesgo de hemorragias.

El tratamiento de anticoagulantes en niños es limitado y requiere mayor frecuencia de controles por la falta de datos.

En paciente con edad avanzada, la dosis debe ser inferior para evitar efectos no deseados sobre la coagulación y requiere más frecuencia en los controles.

5 Discusión-Conclusión

La anticoagulación con anticoagulantes del subtipo antivitamina K (AVK), requiere un cuidado especial a la hora de establecer las dosis y sobre el control del efecto de las mismas.

Lo que se busca con este tipo de tratamientos es un estado preventivo y no curativo, por lo que el rango de coagulación en el que se tiene que mantener el paciente según la afección que padece, va a ser clave para determinar el INR en el que debe permanecer el paciente.

Este rango se determina con el tiempo de protombina, según lo que salga en cada control y dependiendo lo que padezca el paciente se realizará el ajuste adecuado para mantener al enfermo en el rango terapéutico que garantice su seguridad evitando trombosis y no llevando a riesgo por hemorragia.

6 Bibliografía

1. Gispert, L. M. R., Bernet, J. O., & Pinto, F. (2005). Sintrom. Podología clínica, 6(6), 204-207.
2. <https://cima.aemps.es>

3. González, R. M. G., de Arrate, M. L. M., de León, M. A. D., & Gómez, F. D. (2013). Perfil del paciente anticoagulado y factores que pueden influir sobre el INR en atención primaria. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, (67), 4.
4. Ruano, F. S., Granados, A. S., Bertomeu, V. L., Benavent, D. S., Sánchez, M. R., & Moreno, F. A. M. (2015). Tratamiento anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular no valvular en un centro de salud. Grado de control del INR e incidencia de episodios cardioembólicos. *Medicina General y de Familia*, 4(2), 37-42.

Capítulo 67

LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL SERVICIO TRANSFUSIONAL PARA LA EVALUACIÓN DE LAS REACCIONES HEMOLÍTICAS TRANSFUSIONALES

JOSE DAVID ALVAREZ GARCIA

BLANCA VERÓNICA GONZÁLEZ MATA

ELENA PABLO ESTEBAN

DAVID GONZALEZ DIAZ

ROSA MARÍA JIMÉNEZ MORENO

1 Introducción

La transfusión de componentes sanguíneos, es una herramienta terapéutica imprescindible cuya demanda se ha incrementado progresivamente debido a los trasplantes de órganos y progenitores hematopoyéticos, también como consecuencia de los tratamientos quimioterápicos en general.

Aunque la trasfusión sanguínea es un tratamiento bastante seguro, se debe recordar que esta conlleva unos riesgos que deben ser valorados en comparación con los beneficios terapéuticos, llevándola a cabo solo cuando los beneficios superen a los riesgos.

Gracias a los Sistemas de Hemovigilancia se están poniendo de manifiesto efectos adversos e incidentes con una frecuencia que se desconocía en el pasado. Además, permiten constatar la gravedad de los incidentes y así investigar procesos encaminados a la mejora continua respecto a las mismas.

Las reacciones transfusionales se clasifican en:

- Hemolíticas: se produce la destrucción de los hematíes, permitiendo la salida de la hemoglobina que contienen al medio circundante.

Inmunes: están causadas por una reacción antígeno-anticuerpo entre los anticuerpos plasmáticos del receptor en contra del antígeno eritrocitario del donante.

No inmunes: en este caso la causa está motivada por las circunstancias o mecanismos del entorno de los hematíes, como por ejemplo alteraciones en la temperatura de almacenamiento o transporte. Como consecuencia se pueden deteriorar o romper las membranas de los eritrocitos.

- No hemolíticas:

Inmediatas: fiebre, reacción alérgica o contaminación bacteriana o sobrecarga circulatoria (exceso de volumen o transfusión demasiado rápida).

Tardías: ocurren días o meses después de la transfusión, como por ejemplo la aloinmunización, la hemosiderosis o transmisión de infecciones.

2 Objetivos

- Reconocer en el menor tiempo posible la presencia de una reacción hemolítica transfusional.

- Evaluar y constatar la existencia de errores clínicos, hemólisis y/o incompatibilidades por parte del servicio transfusional mediante pruebas de laboratorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros, protocolos de laboratorio 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 unión entre el antígeno de la membrana eritrocitaria y el anticuerpo sérico correspondiente, puede desencadenar una reacción endocrina con activación del

complemento, alteraciones de coagulación, y efectos derivados de las citoquinas, con su consecuente manifestación clínica correspondiente a la hemólisis de los hematíes.

En el caso de que se trate de una reacción hemolítica inmune se extraerá una muestra después del accidente transfusional para comparar sus resultados con los obtenidos de la muestra pre-transfusión.

Se repetirán las determinaciones de grupo sanguíneo, anticuerpos irregulares, pruebas cruzadas y Coombs directo en las muestras pre y post-transfusión.

Además, se comprobará y descartarán los errores de identificación de la muestra del paciente o de la bolsa del componente transfundido.

Por último se examinará la sangre restante en la bolsa de sangre y en la tabuladora de administración, en busca de hemólisis, ya que su presencia está relacionada con reacciones transfusionales no inmunes.

En el caso de tratarse de una reacción hemolítica no inmune, el tratamiento dependerá de la causa de la hemólisis. Se puede llegar a la causa con la ayuda de determinaciones de laboratorio: conocer el estado de la función renal, descartar o confirmar una contaminación bacteriana etc.

En este caso conocer la causa evitará que se vuelvan a cometer los mismos errores o activará la búsqueda de mejoras en cuanto almacenamiento y transporte de los derivados sanguíneos, además de orientar al facultativo en la toma de decisiones.

En caso de que el paciente tenga antecedentes de reacción transfusional, debe tenerse en cuenta para las transfusiones siguientes y tomar medidas preventivas al respecto como premedicación en forma profiláctica, utilización de filtros de leucorreducción o solicitando concentrados eritrocitarios o de plaquetas leucorreducidos, los cuales pueden ser obtenidos en el banco de sangre gracias a nuevas tecnologías de fraccionamiento automatizado, filtración prealmacenamiento y donación por aféresis, que reduce el riesgo de complicaciones para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Se pueden evitar las reacciones hemolíticas transfusionales mediante la detección de errores en cada fase de la cadena transfusional, es por ello que cada hospital ha de contar con sistemas de calidad destinados a identificar y prevenir errores. Así, la identificación del paciente ha de ser minuciosa tanto al extraer la muestra para proceder a los diferentes pasos de las pruebas de laboratorio como de la unidad de hematíes al entregarla o infundirla.

Por lo que todo el conjunto del personal sanitario, técnico de laboratorio o servicio transfusional, enfermera y médico, que intervienen en algún paso de la cadena

transfusional, tienen que hacerlo de manera activa y reconociendo los signos de las reacciones transfusionales para detenerla antes de administrar un volumen crítico para el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.medigraphic.com>.
2. http://www.ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692002000200004.
3. <http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html>.

Capítulo 68

PRUEBA DE MEZCLAS EN EL LABORATORIO DE RESPUESTA RAPIDA DEL HUCA

JOSE DAVID ALVAREZ GARCIA

BLANCA VERÓNICA GONZÁLEZ MATA

ELENA PABLO ESTEBAN

DAVID GONZALEZ DIAZ

ROSA MARÍA JIMÉNEZ MORENO

1 Introducción

La prueba de mezclas es el método elegido en este laboratorio de respuesta rápida para investigar cuál es la causa de la prolongación del Tiempo de Tromboplastina Parcial Activa (TTPA), aunque también se puede emplear en el caso del Tiempo de Protrombina (TP).

De esta prueba dependen los siguientes estudios a realizar en los laboratorios de hemostasia o rutina derivándolos hacia otros estudios de factores de coagulación o a la investigación de la presencia de inhibidores circulantes como anticoagulante lúpico, hemofilia adquirida, etc.

Esta prueba es pedida normalmente por el hematólogo de guardia, previamente hechas otras pruebas en las que los resultados adquiridos en ellas no sean concluyentes para el diagnóstico.

Esta prueba se realiza en pocas ocasiones; es decir; no es una prueba que se suele realizar con demasiada frecuencia, aunque no es muy laboriosa, es una prueba larga de realizar, ya que una fase de dicha prueba es la incubación de las muestras en las que hay que esperar una hora de duración para luego procesarla en el aparato y luego tomar las decisiones oportunas según sus resultados. Estas decisiones que se tomen según los resultados obtenidos pueden determinar la salud del paciente y sus posibles consecuencias por ello.

2 Objetivos

Describir e indicar la prueba de mezclas en el laboratorio de respuesta rápida del HUCA por parte del técnico de laboratorio

3 Metodología

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

4 Resultados

Se debe realizar una mezcla de partes iguales (1:1) del plasma del paciente y plasma pool y control normal.

Seguidamente, se incuba a 37 °C durante un hora en el baño de incubación dicha muestra mencionada anteriormente.

Finalizada la incubación, se realizará la determinación analítica a estudio (TTPA o TP) a las tres muestras citadas con anterioridad (plasma del paciente, pool y control normal).

La cantidad a analizar en cada pocillo será de 300 microlitros y en el ACL TOP que es el aparato donde se analizarán se identificarán como ttpa pmezclas o tt pmezclas según cuál queramos analizar.

El tiempo se dará en segundos siempre. Estos resultados se introducirán de forma manual en el programa que se use, ya que al meterlos en el aparato de forma manual no transmiten como el resto de muestras normales; de ahí que tengamos que hacerlo nosotros y podemos meter incluso el resultado junto con dos decimales

Los resultados obtenidos son los procesados tras la incubación de una hora a 37°C.

Cuando la TTPA del paciente da error pondremos en su lugar 300 segundos según el protocolo indicado para ello.

La corrección del tiempo de coagulación en la mezcla indica déficit factoria; los criterios de corrección son variables:

- Tiempo de la mezcla menor o igual que el valor de referencia.
- Tiempo de mezcla menor o igual que valor de referencia más cinco segundos.
- Índice de Rosner=Tiempo mezcla- Tiempo plasma pool x 100 dividido entre el Tiempo del paciente; este se calcula automáticamente en Gestlab (que es el programa usado en el laboratorio).

Los resultados posibles son:

- Menor de 12 % indica corrección(orienta a déficit factorial y haría que el examen oriente hacia la medición de factores).
- Mayor del 15 % indica no corrección (orienta la presencia de inhibidor circulante de tipo lúpico que no produce en términos generales la exposición a un riesgo mayor de hemorragia, sino trombótico. No obstante, puede darse la ocurrencia de inhibidores específicos contra determinados factores de coagulación que incrementen el riesgo hemorrágico, al neutralizar parcialmente la función de los mismos como Hemofilia adquirida A o B, inhibidores contra factor VII, XIII, XI, etc.).
- Entre el 12 % y el 15 % indica dudoso y tiene que valorarlo el facultativo responsable.

Como ya hemos dicho esta prueba en el laboratorio de Urgencias tarda en procesarse alrededor de dos horas y media aproximadamente, mientras que en área de Trombosis y Hemostasia es de un día laborable, ya que es un procedimiento laborioso.

5 Discusión-Conclusión

Vamos a terminar con la conclusión de que como hemos mencionado anteriormente es una prueba que se lleva a cabo en los laboratorios hospitalarios y que es larga y no muy laboriosa que se usa en los alargamientos de los estudios de coagulación cuando las demás pruebas realizadas no dan unos resultados concluyentes.

Como ya hemos dicho esta prueba, que realizan los técnicos de laboratorio en el laboratorio de Urgencias tarda en procesarse alrededor de dos horas y media

aproximadamente, mientras que en área de Trombosis y Hemostasia es de un día laborable, ya que aunque no es muy laborioso es una prueba de larga duración.

6 Bibliografía

1. Instrucciones del laboratorio de respuesta rápida del HUCA,
2. Medline plus

Capítulo 69

PRUEBAS DE LABORATORIO DE URGENCIA Y EL TÉCNICO DE LABORATORIO

JOSE DAVID ALVAREZ GARCIA

BLANCA VERÓNICA GONZÁLEZ MATA

ELENA PABLO ESTEBAN

DAVID GONZALEZ DIAZ

ROSA MARÍA JIMÉNEZ MORENO

1 Introducción

Dentro del ámbito sanitario y en concreto en los laboratorios clínicos, tenemos el laboratorio de urgencias. Estos laboratorios pueden estar anexos a los de rutina o estar en zonas independientes y se caracterizan en una función continua y sin descanso. De igual modo que con los servicios de rutina contaremos con unos protocolos de rechazo y aceptación de las muestras que nos llegarán de parte del profesional médico.

El principal objetivo del laboratorio de urgencias es proporcionar con la mayor brevedad posible el informe de los resultados, por lo tanto, el proceso de análisis debe utilizar los recursos y cumplir los objetivos propuestos para obtener la mayor calidad de las pruebas que se realizan en el laboratorio.

No es solo un análisis de sangre: comprende un elenco de profesionales tanto sanitarios como no sanitarios. Desde que se hace la petición hasta que la muestra llega al laboratorio y el resultado es interpretado por el médico.

Existirán una serie de valores como por ejemplo el ayuno, la cafeína, la dieta, el tabaco, algún fármaco que esté tomando en ese momento el paciente que no se podrá tener en cuenta en las analíticas de urgencias, puesto que cuando llega el paciente al hospital no estaba previsto. A la hora de interpretar los resultados se deberá tener en cuenta.

Lo importante es tener un esquema general del estado de salud del paciente que ingresa en urgencias.

2 Objetivos

Describir los requisitos de calidad para determinar si las muestras recibidas serán aceptadas o rechazadas por parte del técnico de laboratorio.

3 Metodología

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

Se hace uso de la experiencia en el laboratorio de diagnóstico clínico

4 Resultados

- Lo inmediato en un laboratorio de urgencias es la etiqueta, si esta no está presente se rechaza inmediatamente. Todas las muestras que lleven etiqueta con nombre y apellidos del paciente se aceptarán en el laboratorio. Luego se verá si en esa etiqueta están asociadas las pruebas solicitadas y, si pertenecen realmente a esa persona.
- Correcto embalaje y transporte de las muestras. Lo ideal es enviar las muestras al laboratorio en el menor tiempo posible.
- Puede existir un error muy común en el sistema informático que es la duplicación de pacientes. Se realizará un rechazo automático

- Una de las pruebas más solicitadas en urgencias son las gasometrías. Se deberá enviar lo antes posible al laboratorio para evitar reducir los niveles de PO₂ y aumento de PCO₂, además de una variación en el pH. Si no es posible se mantendrá en frío.

Los urocultivos así como las muestras de heces deberán ser recogidas en condiciones asépticas y recipiente estéril.

- Si en las muestras de orina observamos que hay presencia de heces, se pedirá nueva muestra. Mención especial a las muestras de orina de los niños o bebés.

Dado la dificultad de obtención de estas muestras por la bolsa pediátrica.

- Las muestras de sangre se rechazarán automáticamente si están hemolizadas para determinaciones en las que las sustancias del eritrocito interfieran, tales como niveles de glucosa, potasio, sodio, lactato deshidrogenasa y enzimas cardíacas.

- Para los estudios de coagulación de las muestras de sangre coaguladas se pedirá nueva muestra.

- Se rechazarán las muestras con volumen insuficiente, ya que la relación anticoagulante sangre no es proporcional y pueden darnos valores aumentados de la coagulación como por ejemplo del tiempo de protrombina.

- Las muestras de líquido cefalorraquídeo urgentes no deberán llegar refrigeradas y se enviarán y analizarán lo antes posible.

5 Discusión-Conclusión

Una de las primeras acciones que realizan los profesionales médicos cuando una persona ingresa en urgencias es la solicitud de un análisis clínico para tener una idea general del estado del paciente.

Desde el primer momento que se emite el volante y llega al laboratorio existen diferentes pasos y profesionales que deberán trabajar en los estándares de calidad para que el proceso sea el más rápido posible. Como se ha visto anteriormente, la etiqueta, las pruebas solicitadas y la conservación y transporte de la muestra al laboratorio deben ser correctas.

Finalmente, recae en el laboratorio la responsabilidad final de si acepta o no las muestras que llegan. Al tratarse de un servicio de urgencias, la eficacia y calidad del proceso que incluye a todos los profesionales debe de hacerse con la mayor brevedad posible.

6 Bibliografía

1. Antonio M. Pruebas de Laboratorio en Urgencias. 4ª Edición. (15-31) Editorial Logoss.
2. Hospital del Niño. Dr José Renán Esquivel disponible en <https://hn.sld.pa/criterios-de-acceptacion-y-toma-de-muestras/>
3. Sociedad Andaluza de Microbiología y Parasitología. Plan de laboratorios clínicos. Protocolos. Disponible en https://sampac.es/images/site/documentacion/protocolos/otros/Manual_Obtencion_y_Manejo_Muestras_1.pdf
4. Eli Cobos Z. Disponible en <https://prezi.com/uhtydrygwu6y/acceptacionorechazo-de-muestras/>
5. Medlineplus. Gasometría arterial. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003855.htm>
6. Junta de Andalucía. Manual de Toma de Muestras. Disponible en <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjfiles/pdf/1576500225.pdf>

Capítulo 70

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LOS DIFERENTES ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

MARTA PEDREGAL ÁLVAREZ

1 Introducción

La radiología es la rama de la medicina encargada de estudiar las formas y el funcionamiento de las distintas estructuras que posee el cuerpo humano, utilizando imágenes que permiten estudiar y diagnosticar enfermedades y patologías. Para que se puedan obtener esas imágenes, se utiliza una pantalla de fluorescencia con rayos X y una sustancia opaca que permite visualizar las estructuras corporales. Actualmente, además de utilizar los rayos X, la radiología emplea diversas técnicas de proyección de imágenes para obtener resultados exactos y fiables según la estructura anatómica y la patología que se desee evidenciar.

El servicio de radiología debe contar con diferentes profesionales para que el funcionamiento y la dinámica del servicio sea de óptima calidad. Dentro de este equipo multidisciplinar se encuentra el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, el cual debe poseer los conocimientos necesarios sobre las diferentes técnicas que se llevan a cabo en dicha unidad, además de saber ejecutar cada técnica y conocer la preparación previa que se debe realizar en el paciente para cada una de ellas, así como la colocación exacta que debe mantener el paciente durante el procedimiento y los cuidados posteriores que debe aportar al paciente una vez finalizado el estudio, además de brindar las recomendaciones oportunas que debe seguir el paciente una vez concluida técnica radiológica.

2 Objetivos

Analizar los diferentes estudios radiológicos que se realizan para estudiar las formas y el funcionamiento de las diferentes estructuras que existen en el cuerpo humano.

3 Metodología

Búsqueda sobre la bibliografía publicada en bases de datos científicas como Pubmed, Medline y Cuiden, empleando palabras clave como: estudio radiológico, estructura, técnicas, procedimiento, rayos X.

Se realizó también consulta en el buscador Google Académico y se revisaron varios protocolos y guías clínicas de actuación.

4 Resultados

Como bien se mencionaba anteriormente, dentro de la radiología existen diferentes técnicas que ayudan a diagnosticar y seguir la evolución de las distintas enfermedades que existen.

Algunas de las técnicas que pueden realizarse dentro del servicio de radiología y que el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico debe saber realizar son:

- Radiografía convencional: se obtiene una imagen utilizando una radiación que internacional con el objeto y se recoge en una placa de radiografía.
- Tomografía Axial Computarizada (TAC): esta técnica revolucionaria permite obtener información detallada sobre los órganos internos y las estructuras anatómicas sin necesidad de recurrir a la cirugía.
- Tomografía por Emisión de Positrones (PET): permite obtener imágenes de neoplasias y evaluar su tratamiento y recidiva.
- Resonancia Magnética: con esta técnica se pueden obtener imágenes de todos los planos del paciente sin necesidad de que este cambie de posición.
- Ecografía: se somete a la zona que se desea observar a una fuente de ultrasonidos que al interaccionar con los tejidos son devueltos como ecos, los cuales son digitalizados y transformados en imágenes móviles que analizan el tamaño, forma y contenido de los diferentes órganos que componen el cuerpo humano.
- Medicina Nuclear: la medicina nuclear obtiene imágenes a través del uso de rayos gamma, la cual es un tipo de radiación. La diferencia existente entre los rayos X y los gamma es que los primeros se producen por el bombardeo de un

átomo con electrones y el segundo se produce dentro del núcleo inestable de un átomo cuando se descompone.

Todas estas técnicas son muy utilizadas dentro del ámbito sanitario, eligiendo previamente cuál será el procedimiento adecuado según la estructura anatómica que se desee estudiar así como la gravedad del problema.

5 Discusión-Conclusión

La radiología utiliza diversas técnicas y procedimientos para obtener imágenes del interior del cuerpo humano sin necesidad de tener que realizar una cirugía para visualizarlo de manera directa.

Dentro de las técnicas más utilizadas están la radiografía convencional, la tomografía axial computarizada, la ecografía, la resonancia magnética, entre otras.

El Técnico Superior en Imágenes para el Diagnóstico debe contar con la formación adecuada para poder ejecutar de manera correcta las diferentes técnicas, así como conocer el manejo del aparato específico de cada una de ellas, contribuyendo de esta forma a que los resultados que se obtengan sean de calidad, fiables y veraces.

6 Bibliografía

- Bushong, S. C. (Ed.). (2017). Manual de radiología para técnicos: Física, biología y protección radiológica. Elsevier Health Sciences.
- Calvo-Villas, J. M., Felipe Robayna, B. F., Gardachar Alarcia, J. L., Guillén Mesa, L., Rivera del Valle, E., & Olivares Estupiñán, O. (2007, September). Utilización de estudios de diagnóstico radiológico en una unidad de especialidades médicas. In *Anales de medicina interna* (Vol. 24, No. 9, pp. 421-427). Arán Ediciones, SL.
- Chen, M. Y., Pope, T. L., & Ott, D. J. (2006). Radiología básica. McGraw Hill, Interamericana.

Capítulo 71

LA SÍFILIS Y SU DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO

MARIAM CASADO FERNANDEZ

ADAM CABRAL RODRIGUEZ

JESSICA PALACIOS CANTELI

1 Introducción

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha implementado un plan estratégico para frenar y disminuir el contagio de las ITS (infección de transmisión sexual). Uno de los métodos es el diagnóstico precoz.

Este trabajo pretende profundizar en las técnicas usadas en los laboratorios para el diagnóstico de la Sífilis, centrándonos en las pruebas serológicas, ya que, hoy en día, son las más utilizadas y las más rápidas.

La Sífilis es una infección bacteriana fundamentalmente de transmisión sexual que afecta a millones de personas alrededor del mundo, siendo esta una de las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) más extendidas junto con el SIDA, Gonorrea y el VPH (Virus del Papiloma Humano).

La Sífilis provoca una serie de manifestaciones clínicas que dependen del estadio en el que se encuentre el paciente. Además, los anticuerpos que produce la persona también dependen de la fase de la enfermedad.

Las pruebas serológicas se basan en detectar estos anticuerpos y relacionarlos con periodo de la Sífilis, lo que da lugar a un diagnóstico bastante específico y a poder escoger el mejor tratamiento para el paciente.

Como sabemos, las ETS son un grave problema a nivel de Salud Pública que empeora la calidad de vida de muchas personas e incluso provocan la muerte.

2 Objetivos

- Conocer que es la Sífilis, así como sus manifestaciones clínicas y su tratamiento.
- Reconocer las principales características clínicas, sus etapas, complicaciones y repercusión.
- Indicar e interpretar las pruebas de laboratorio (microbiológicas y especialmente serológicas) y algoritmos diagnósticos.
- Relacionar las fases de la enfermedad con la evolución inmunológica del paciente.
- Comprender las bases y componentes principales de la inmunología.
- Enumerar las técnicas directas e indirectas
- Diferenciar las que son las pruebas treponémicas y no treponémicas
- Entender las técnicas inmunológicas basadas en las reacciones antígeno-anticuerpo primarias y secundarias

3 Metodología

Todas las técnicas que se van a explicar tienen una base común inmunológica, por eso empezaré explicando los pilares fundamentales hasta llegar a los puntos más específicos.

Para la información va a ser extraída de libros, revistas científicas, manuales de trabajo, legislación y páginas web.

También cuento con la ayuda de los trabajadores del laboratorio donde realizo las prácticas, los cuales, me aportan algunas fuentes de información fiables y con datos muy interesantes.

4 Bibliografía

LÓPEZ-HONTANGAS, José Luis/ J. FRASQUET ARTES (1999). "Sífilis: una revisión actual" en Control Calidad SEIMC.

2. BARDALES ZAVALA, Cynthia Daniela. "Treponema pallidum: patogénesis, diagnóstico y tratamiento de la infección". [Facultad de farmacia]: Universidad Complutense de Madrid

3. Sheldon R. Morris (2020): "Sífilis" en Manual MSD [Artículo en línea] Disponible desde Internet en <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/enfermedades-infecciosas/enfermedades-de-transmisi%C3%B3n-sexual/s%C3%ADfilis>
[con acceso el 28/04/22]
4. ARANDO LASAGABASTE, Maider / L. OTERO GUERRA. "Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica: Sífilis". ELSEVIER [Internet]. 2019 [citado el 29 de abril de 2022];(Vol. 37. Núm. 6): páginas 398-404.

Capítulo 72

USO DE COLUTORIO. VENTAJAS E INCONVENIENTES. DIFERENTES TIPOS DE COLUTORIO

REBECA CASTRO GARCÍA

1 Introducción

En la boca se forma la placa bacteriana (biofilm oral) que es una película muy pegajosa que se adhiere en las encías y en los dientes, su eliminación total es muy difícil, por lo que se recomienda el cepillado diario, el uso de cinta dental y de cepillos interproximales. A veces, con estas medidas no se es capaz de controlar el biofilm bacteriano por diversas complicaciones a la hora de realizar el cepillado mecánico, tales como la desmotivación de la persona, ortodoncia, personas mayores etc. Aun teniendo muy buena higiene oral, hay zonas en la boca que por tener accesos más difíciles a la hora de limpiar (como los sectores posteriores) hacen que el uso del colutorio sea el complemento perfecto para ayudar a la eliminación y control de la placa bacteriana.

Estos colutorios son una solución líquida que contienen sustancias en su composición que ayudan a controlar la placa bacteriana, proteger el esmalte, la sensibilidad dentaria, etc.

Existen dos grupos de colutorios:

- Los cosméticos: que son enjuagues que ayudan a eliminar el mal aliento, controlan las bacterias en boca y dejan un agradable sabor.
- Los terapéuticos: que son los enjuagues que se utilizan para tratar algún problema en la boca.

Es aconsejable que, si dudamos a la hora de escoger el tipo de colutorio que se adaptaría mejor a nuestras necesidades, se pregunte al odontólogo o a la higienista dental de la consulta.

2 Objetivos

- Dar a conocer los diferentes tipos de colutorios y sus posibles usos.
- Informar de las ventajas e inconvenientes del uso de colutorios.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía en la literatura más reciente en distintas bases de datos. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y una selección de artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas y actualizadas.

4 Resultados

Hay colutorios de diferentes tipos, por un lado, están los cosméticos que son utilizados para controlar el mal aliento y eliminar bacterias y por otro lado están los terapéuticos que son los utilizados cuando el paciente tiene algún problema oral. Existen diferentes tipos de colutorios terapéuticos, siendo estos:

- Colutorios antisépticos: son los que tienen en su composición Chlorexidina (CHX) al 0,05%, al 0,12% o al 0,20% según su uso.
 - CHX 0,05% se recomienda usar para el control y mantenimiento de la enfermedad periodontal.
 - CHX 0,12% se recomienda usar para tratar una gingivitis, en actos quirúrgicos o periodontitis.
 - CHX 0,20% es el que tiene mayor potencia antiséptica y se recomienda cuando se realizan tratamientos periodontales, tratamientos de cirugía de implantes, peri-implantarios y también se suelen dar antes y después de una cirugía.
- Su uso siempre tiene que estar recomendado por un odontólogo o higienista para que se marquen las pautas de uso.
- Colutorios anticaries: son los que se recomiendan a pacientes con tendencia a padecer caries o que sufren de muchas policaries. Son colutorios con una concentración elevada de flúor y su uso puede ser diario. Pueden llevar una concentración de entre 1450 o 2500 ppm de flúor.

- Colutorios desensibilizantes: son los que se aconsejan cuando el paciente tiene sensibilidad al frío, al calor o con algunos alimentos. Estos colutorios aparte del sensibilizante (nitrato potásico) también tiene flúor en elevadas concentraciones (como los colutorios anticaries) con lo cual hacen que la sensibilidad padecida actúe más rápido, aunque es conveniente avisar al paciente de que aliviar por completo la sensibilidad es un proceso lento que pudiera tardar varios días.
- Colutorios halitosis: son los que se recomiendan para combatir el mal aliento. La flora bacteriana genera halitosis cuando hay un crecimiento de bacterias y metabolización que genera gases malolientes que son los que dan mal aliento. Por ello los colutorios con lactato de zinc 0,14% entre otros ingredientes, hacen que la halitosis desaparezca.
- Colutorios para la xerostomía (boca seca): estos se recomiendan cuando el paciente acude a consulta por sensación de sequedad bucal y calor, lo que hacen es disminuir o calmar esa sensación de sequedad y refrescar la boca. Contienen Betaína (humedece), Xylitol (hidrata), Alantoína (alivia las molestias de irritación por boca seca) entre otros compuestos

Todos estos colutorios son efectivos sobre todo para eliminar la placa y para tratar enfermedades en la cavidad oral, pero usarlos de manera sistemática, y sin previa recomendación de un profesional de la salud bucodental podría ser perjudicial.

Las desventajas del uso de colutorio son:

- Hay muchos colutorios en el mercado de venta libre que pueden llevar al paciente a confusión y no coger el que realmente le beneficia para su problema.
- Un uso excesivo podría alterar el equilibrio microbiano. Los colutorios antisépticos no diferencian las bacterias buenas de las malas y podrían hacer disminuir las bacterias buenas, llevándonos a un desequilibrio en el que se beneficien las bacterias malas (patógenas).
- Si se abusa de los colutorios que tiene CHX a la larga pueden provocar tinciones y alteración en el gusto.

No hay que olvidarse que el colutorio es un complemento para ayudar la acción mecánica del cepillado y que es recomendable que su uso sea indicado por profesionales de la salud bucodental.

5 Discusión-Conclusión

No es aconsejable el uso de colutorio de manera rutinaria y sin tener la recomendación por parte de profesionales. Hay que destacar que hay muchos tipos de colutorios y que cada uno tiene distinta finalidad, de ahí que el uso del colutorio no indicado pudiera traer más problemas que beneficios.

Hay colutorios cosméticos y terapéuticos; los cosméticos son de un uso más preventivo que pueden aportar frescor entre 12 y 24 horas, y ayudan a completar la higiene dental. Hay una gran variedad y sería aconsejable utilizar el que no contenga alcohol y que tenga flúor. Los colutorios terapéuticos se utilizan para tratamientos, ya que tienen principios activos que actúan contra las bacterias y solucionan problemas como gingivitis o periodontitis.

6 Bibliografía

<https://www.dentaid.es>

Por qué incluir el colutorio en tu higiene dental y cual usar. <https://www.kin.es>

Enjuague bucal, ¿con o sin alcohol? <https://www.icoev.es/>

Cómo elegir un buen colutorio para la higiene dental diaria. <https://www.clinicarehbergerlopezfanjul.es/>

Colutorios para la higiene oral: ventajas y desventajas.

Capítulo 73

LA IMPORTANCIA DE LA SALUD ORAL EN EMBARAZADAS.

REBECA CASTRO GARCÍA

1 Introducción

El embarazo es un estado de cambios en los que se incrementan las hormonas femeninas y esto afecta a la salud de la embarazada, favoreciendo la aparición de bacterias en la boca que pueden provocar alteraciones tales como: la gingivitis gravídica, la enfermedad periodontal, el granuloma del embarazo (épulis gravídico), la caries dental, erosión del esmalte o la xerostomía.

El cuidado dental de la mujer embarazada requiere una importante atención y hay que actuar desde un primer momento con métodos preventivos e incluso después del periodo gestacional, debido a que de no tratar a tiempo una infección bucal, podría extenderse a otras partes del organismo e incluso llegar a afectar al feto, pudiendo provocar un parto prematuro o el nacimiento de un bebé de bajo peso. Las embarazadas pueden seguir una serie de consejos prácticos para mantener una buena salud oral durante el periodo gestacional: es importante mantener una dieta saludable, cepillarse los dientes después de las comidas con una pasta que contenga la cantidad recomendada de flúor, si sufre vómitos es recomendable enjuagar la boca con agua para arrastrar los ácidos estomacales, el uso de cinta dental y visitar al odontólogo para obtener las indicaciones necesarias en los diferentes trimestres del embarazo.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de una buena salud bucodental durante el embarazo.
- Marcar unas directrices para acudir a consulta y realizar revisiones o tratamiento si fuese necesario.
- Instruir a la embarazada para que lleve una dieta lo mas saludable posible para evitar la aparición de caries.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía en la literatura más reciente en distintas bases de datos. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y una selección de artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas y actualizadas.

4 Resultados

Las embarazadas sufren muchos cambios hormonales debido a la elevación de la progesterona y estradiol que lleva a provocar alteraciones tales como:

- Granuloma del embarazo (épulis gravídico o granuloma piógeno) : Aparece en la arcada superior y en una zona inflamada de base. Se suele dar durante el primer o segundo trimestre del embarazo.

El tejido gingival sufre una reacción inflamatoria que causa tumefacción en forma de quiste.

Suele desaparecer después del parto, al cabo de unos pocos meses, si este quiste no desaparece se puede realizar una gingivectomía.

Los casos de granulomas del embarazo se suelen dar más frecuentemente en mujeres que tienen déficit de higiene o una incorrecta higiene bucal.

- Gingivitis gravídica: Se da durante el segundo trimestre del embarazo y está relacionada con la mala higiene oral, se suele dar generalmente en el frente anterior de las arcadas, también está relacionada con la dieta, las alteraciones hormonales y vasculares por lo que la gingivitis en el embarazo es un problema multifactorial. La gingivitis se detecta por la concentración de placa bacteriana entre la encía y el diente (margen gingival), también puede aparecer un incremento de la profundidad de sondaje y sangrado. La gingivitis podría llegar a generar dolor y sangrado espontaneo.

- Enfermedad Periodontal (Periodontitis): Se da cuando la embarazada tiene muy mala higiene durante el embarazo o cuando ya tenía de base enfermedad periodontal. Debido a la producción de hormonas se puede ver alterado el ligamento periodontal provocando movilidad dental ya en fases iniciales o más severa si la enfermedad está más agravada.

La enfermedad periodontal puede estar relacionada con partos prematuros, niños de bajo peso al nacer y diabetes gestacional.

Lo ideal es tratar a la embarazada de la periodontitis en el segundo trimestre para así reducir riesgos, complicaciones y mejorar la salud oral. Se harían limpiezas profundas para mejorar el estado de las encías y se explicaría a la paciente como debería llevar a cabo las técnicas de higiene para que pueda controlarlo en su casa.

- Caries dental: En el origen intervienen múltiples factores, uno de ellos es debido a la alteración en el pH de la saliva, ya que se vuelve más ácida; también aparecen por el consumo de una mala dieta, rica en azúcares. Las náuseas pueden también provocar caries debido al ácido del estómago.

- Erosión del esmalte: Las náuseas, los vómitos son muy comunes en las mujeres embarazadas y pueden llevar a una importante erosión del esmalte. Para poner solución a estos problemas es aconsejable seguir una serie de indicaciones, para las náuseas y los vómitos es recomendable acudir al médico de atención primaria, para que recete un fármaco como la metoclopramida (lo más recomendable en los últimos tiempos) aunque se puede tomar otra serie de medidas si la embarazada no quisiera medicarse; por ejemplo es importante que la embarazada coma cinco veces al día, despacio y poca cantidad, beber mucha agua y practicar ejercicios de relajación, todo ello ayuda a frenar las náuseas y vómitos.

En el caso de sufrir muchos vómitos, es aconsejable enjuagar la boca con agua para arrastrar el ácido que haya quedado en la superficie dentaria, así evitaríamos la erosión en el esmalte

- La xerostomía es posible que una mujer embarazada sufra una disminución de la saliva debido el cambio hormonal que sucede durante el embarazo. Para la Xerostomía (boca seca) es importante beber mucha agua, usar pastas y colutorios indicados para mejorar la falta de saliva, importante que no contengan alcohol.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que la mujer embarazada lleve una correcta higiene oral, una buena dieta y que acuda a consulta para que esté controlada y así evitar cualquier

tipo de alteración en la cavidad oral que pudiera ser perjudicial tanto para su persona como para el bebé que viene en camino.

Para mantener todas estas alteraciones controladas tiene que llevarse a cabo una serie de pautas con las que la mujer embarazada logre mantener una buena higiene oral.

Es importante tener un cepillado correcto, el uso de cepillos interproximales, la cinta dental, colutorios y pasta de dientes fluorada detrás de cada comida.

6 Bibliografía

- <https://scielo.isciii.es>

Cambio orales y fáciles en embarazadas.

- <https://saludoralyembarazo.es/>

Embarazo y salud oral

-<https://www.dentaid.es/>

Recomendaciones para prevenir y tratar la enfermedad periodontal durante el embarazo

- <https://www.sunstargum.com>

Embarazo y cuidado bucal.

-<https://www.cigna.com/>

¿Como puedo cuidar mi salud oral durante el embarazo?

Capítulo 74

IMPACTO DE LA TERAPIA INMUNOCELULAR CAR-T EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

VERÓNICA SÁNCHEZ LASTRA

1 Introducción

Hasta ahora, los tratamientos convencionales frente al cáncer estaban basados en la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia; pero en los últimos años, un nuevo planteamiento de inmunoterapia está emergiendo con rapidez: las terapias de células T con CAR, tratamientos creados específicamente para cada paciente y basados en el uso de sus propias células inmunitarias para tratar los tumores, mediante un proceso de fabricación de alta complejidad (1).

Un CART es un tratamiento en el que las células T del paciente (un tipo de célula del sistema inmunitario) se modifican para que ataquen sus células cancerosas de forma dirigida. Estas células T se extraen de la sangre del enfermo, y en el laboratorio, se les añade el gen para un receptor especial que se une a una determinada proteína de las células cancerosas del paciente. Este receptor especial se llama receptor de antígeno quimérico (CAR, del inglés “chimeric antigen receptor”). Finalmente, se producen grandes cantidades de células T con CAR (CAR-T) y se administran finalmente al paciente siguiendo un protocolo de actuación.

Si bien el uso de estas terapias se inició en pequeños estudios clínicos, hace tres años que la terapia inmunocelular CAR-T se convirtió en una realidad

para los pacientes españoles, aportando una alternativa eficaz para tratar sus enfermedades onco-hematológicas, proporcionando respuestas duraderas para quienes los otros tratamientos habían dejado de funcionar o que presentaban recaídas. En este tiempo, más de 500 personas se han beneficiado de su potencial terapéutico dentro del marco del Plan de abordaje de las Terapias Avanzadas). No obstante, la terapia de células T con CAR está aprobada en la actualidad sólo para ciertos tipos de cánceres.

En el caso de Asturias, el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) ha sido elegido como centro adicional del Sistema Nacional de Salud para la administración de estas terapias CAR-T (2). El centro sanitario administrará este tipo de inmunoterapia a pacientes mayores de 18 años con cánceres hematológicos, como el linfoma B de células grandes, el linfoma de células de manto, el mieloma múltiple y la leucemia linfoblástica aguda.

La decisión de su designación para administrar esta terapia se fundamenta en la experiencia, el conocimiento específico en la materia y la excelente coordinación entre las distintas unidades implicadas (3).

2 Objetivos

- Analizar el fundamento y procedimiento seguido en las terapias de células T con receptores quiméricos de antígenos (CAR-T), su aplicación clínica, los efectos adversos, así como su impacto en los tratamientos oncológicos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica sobre el procedimiento novedoso de la terapia inmunocelular CAR-T y su resultado en los tratamientos contra el cáncer. Para ello se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos como Dialnet y el buscador Google Académico, así como en los portales web oficiales de la Sociedad Americana contra el Cáncer, el Instituto Nacional del Cáncer (NIH) o el Servicio de Hematología de la Clínica Universidad de Navarra (hospital privado con mayor reputación en el ámbito oncológico).

Se complementa la revisión con la información médica relativa a la compañía farmacéutica Novartis, pionera en desarrollar los primeros ensayos clínicos sobre terapias CAR-T; con el Grupo Español de Trasplante Hematopoyético y Terapia

Celular (GETH-TC) y con la difusión que hacen en referencia al tema los periódicos digitales como La Nueva España y El Comercio.

Los descriptores utilizados para la búsqueda han sido: “Inmunoterapia”, “Células T”, “Terapia con células CAR-T”, “Receptores quiméricos de antígenos CAR”, “Infusión”, “Aféresis”, “Síndrome de liberación de citocinas” y “Neurotoxicidad”.

La mayoría de la información extraída corresponde al año 2022 por tratarse de terapias que se han introducido en la práctica clínica muy recientemente (2017-2022), obteniendo un total de seis referencias.

4 Resultados

1. INDICACIONES MÁS FRECUENTES DEL TRATAMIENTO CON CÉLULAS CAR-T:

La aplicación clínica de esta técnica, que combina terapia celular y terapia génica, se ha demostrado especialmente eficaz para que lo reciban los siguientes pacientes (4):

- Leucemia Linfoblástica aguda (LLA) de células B refractaria o en recaída en pacientes pediátricos y adultos jóvenes de hasta 25 años de edad que tienen mal pronóstico, que han sufrido al menos una recaída tras un trasplante o una segunda o tercera recaída con otras terapias. Es un tipo de cáncer por el que la médula ósea produce demasiados linfocitos.
- Linfoma B primario de mediastino, después de dos o más líneas de tratamiento sistémico difuso en pacientes adultos. Se trata generalmente de pacientes que no responden al tratamiento y que no tienen opciones curativas con los tratamientos convencionales (quimioterapia y trasplante de médula ósea). Es un tipo poco frecuente de linfoma que se compone de grandes linfocitos B tumorales que proliferan dentro de los vasos sanguíneos de menor tamaño en el hígado, bazo o médula ósea, sin producir masas extravasculares, tumores o leucemia diseminada.
- Linfomas no Hodgkin (linfoma o NHL); enfermedad por la que se forman células malignas en el sistema linfático.
- Mieloma múltiple: cáncer de la sangre que se origina en la médula ósea y que afecta a las células plasmáticas. Estos tratamientos pueden usarse en pacientes que ya se han sometido a otros tratamientos.

Existen en la actualidad estudios y ensayos para que esta terapia pueda ser utilizada en otras patologías. Sin embargo los investigadores advierten que en muchos casos, todavía es pronto para asegurar que las células T con CAR sean eficaces contra tumores sólidos como cáncer de mama o cáncer colorrectal (1).

2. FASES DEL TRATAMIENTO CON CAR-T (4,5): a) REEVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD: o Si el paciente es un posible candidato, el servicio de Hematología realiza al paciente, en 24-48 horas, las pruebas necesarias para confirmar que es idóneo para este tratamiento. b) OBTENCIÓN DE LOS LINFOCITOS: o Aproximadamente en una semana, tras conocer los resultados, en el hospital se realiza la LEUCOFÉRESIS: sistema de recogida mediante el cual se extraen los glóbulos blancos de la sangre del paciente, incluyendo las células T.

Durante este procedimiento, el paciente tendrá que permanecer recostado durante 2 a 3 horas durante el procedimiento. Se requiere de dos líneas intravenosas debido a que la sangre es extraída por una de ellas para así separar los glóbulos blancos y luego retornar la sangre al cuerpo a través de la otra línea. c) PREPARACIÓN – REPROGRAMACIÓN DE LAS CÉLULAS CAR-T: o Después de extraer los glóbulos blancos, las células T se separan y se envían al laboratorio donde se modificarán para reconocer las células cancerígenas mediante ingeniería genética y se alteran agregando el receptor quimérico de antígenos (CAR). Esto las convierte en células CAR-T. Estas células luego son producidas y multiplicadas en el laboratorio (el proceso suele durar entre 4-5 semanas). d) EXPANSIÓN: o Las células T modificadas son multiplicadas, congeladas y enviadas al hospital donde se encuentra el paciente, tras superar un estricto proceso de control de calidad. e) TERAPIA DE LINFODEPLECIÓN: o Mientras el laboratorio prepara el producto, 4 o 5 días antes de la infusión de las células CAR-T, el paciente recibirá 1-2 ciclos de quimioterapia previa para prevenir un posible rechazo del organismo y permitir que las células CAR-T injerten y proliferen. El objetivo final es ayudar al cuerpo a que acepte las células reprogramadas CAR-T (siempre dependiendo del estado de su enfermedad). f) INFUSIÓN DE CÉLULAS CAR-T: o El paciente ingresa en el hospital y se le infunden las células CAR-T: Se administran las células T modificadas mediante una infusión intravenosa, similar a una transfusión, permaneciendo ingresado entre 14-21 días para vigilar y tratar las complicaciones, si apareciesen. g) ATAQUE DE LAS CÉLULAS: o Si el tratamiento evoluciona de la forma prevista, una vez dentro de la sangre del paciente, la infusión concentrada de células CART ataca las células B y empieza la erradicación de células cancerígenas. h) MONITORIZACIÓN: o Supervisión y control de los pacientes tratados por si se manifiestan efectos adversos.

3. POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DE LA TERAPIA DE CÉLULAS CAR-T:

La terapia de células CAR-T puede ser muy eficaz contra ciertos tipos de cáncer difíciles de tratar, pero en ocasiones pueden generar efectos secundarios graves e incluso aquellos que podrían ser mortales (1,5). Los más frecuentes son: a) Síndrome de liberación de citocinas (CRS): se manifiesta en el 80% de los casos. Como resultado de la activación de células T, éstas liberan citocinas, (mensajeros químicos que ayudan a estimular y a dirigir la respuesta inmunitaria). En el caso de CRS, hay una rápida y masiva liberación de citocinas en el torrente sanguíneo que viene acompañadas de una serie de efectos secundarios como fiebres altas, hipotensión, mala oxigenación pulmonar, vómitos, mareos, dolores de cabeza, latidos rápidos del corazón, cansancio, dolores musculares y/o de articulaciones. La aparición de estos síntomas es generalmente dentro de la primera semana de tratamiento y generalmente son reversibles.

Se ha comprobado que en muchos pacientes, tanto en niños como adultos con un CRS grave, se observan concentraciones altas de IL-6 (citocina que es secretada por células T y macrófagos en respuesta a la inflamación); el CRS grave puede controlarse incluyendo fármacos como Tocilizumab, el cual bloquea la actividad del IL-6. b) Aplasia de linfocitos B: en tumores de célula B los CARTs se dirigen contra estas células B, destruyendo no solo las células B cancerosas, sino también las células B normales que son las que fabrican inmunoglobulinas. Provoca una cierta indefensión frente a las infecciones. Para prevenirlo, a muchos pacientes se les administra inmunoglobulinas por vía intravenosa, la cual les provee los anticuerpos necesarios para combatir las infecciones. c) Síndrome de la lisis tumoral (TLS): son complicaciones metabólicas derivadas de la ruptura de las células con el inicio del tratamiento. d) Neurotoxicidad: se debe al aumento de niveles de interleuquinas inflamatorias a nivel de sistema nervioso y también a la acción de las células CART a este nivel. En general es una complicación reversible que se manifiesta como dolor de cabeza, confusión, convulsiones, temblores o agitaciones, dificultades para hablar y comprender o pérdida del equilibrio. e) Otros efectos secundarios graves:

- ☒ Reacciones alérgicas durante la infusión
- ☒ Niveles anormales de minerales en la sangre (niveles bajos de potasio, sodio o fósforo)
- ☒ Debilidad del sistema inmunitario, aumentando el riesgo de infecciones de gravedad
- ☒ Recuento bajo de células sanguíneas

4. EVOLUCIÓN DE TERAPIAS DE CÉLULAS T CON CAR:

En la actualidad están abiertas algunas líneas de investigación (6):

- Creación de terapias de células T con CAR que usan células inmunitarias recogidas no de pacientes oncológicos sino de donantes sanos, lo que supone una disponibilidad inmediata para usarse sin necesidad de ser producida específicamente para cada paciente.
- Uso de nanotecnología para manipular con más precisión y crear células T con CAR con “interruptores apagados” como un medio de limitar los efectos secundarios como el CRS.
- En niños y adultos jóvenes con LLA avanzada, los investigadores están probando las células T con CAR que atacan a la proteína CD22 y no al CD19. Esto se produce porque las células de LLA ya no expresan CD19 (fenómeno que se conoce como pérdida de antígeno).
- Preparar células T con CAR que atacan a la proteína BCMA que se encuentra en casi todas las células de mieloma múltiple.
- Extensión de células T con CAR a tumores sólidos. Los investigadores están efectuando estudios de células T con CAR que atacan a la proteína mesotelina, la cual es sobreexpresada en las células de tumores en los cánceres más letales (cáncer de páncreas y de pulmón).

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, las nuevas líneas de investigación que se están llevando a cabo impulsan la búsqueda de nuevas indicaciones clínicas y buscan aumentar la eficacia y seguridad de estos tratamientos, ofreciendo a los pacientes mejores resultados a largo plazo y un riesgo reducido de sus efectos secundarios.

Desde la llegada de la primera terapia CAR-T en 2019, las autoridades sanitarias, sociedades científicas y profesionales sanitarios de nuestro país están trabajando juntos para consolidar esta nueva práctica clínica y contribuir a optimizar el proceso de derivación de los pacientes desde los diferentes puntos de España a los centros certificados para administrar CAR-T.

En cuanto al impacto que está suponiendo la utilización de estas terapias, los resultados ya publicados en revistas científicas confirman los siguientes aspectos:

- Los avances rápidos en la terapia de células T con CAR y su crecimiento han mejorado las expectativas aún de quienes creían en su potencial al principio.
- Más del 80 % de los niños y adolescentes, inicialmente considerados terminales y que han recibido esta nueva terapia, han entrado en fase de remisión en los primeros tres meses del tratamiento.
- Se estima un 69% de supervivencia a los dos años de tratamiento.
- El 43% de los pacientes quedan libres de enfermedad a los dos años de tratamiento.

6 Bibliografía

1. Células T con CAR: manipulación de células inmunitarias de pacientes para tratar sus cánceres [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer-NIH. 2017 [citado 22 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/investigacion/celulas-t-y-car>.
2. Tuñón P, García Salas M. Asturias inicia en dos meses los tratamientos más avanzados contra el cáncer con inmunoterapia [Internet]. La Nueva España. 2022 [citado 18 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.lne.es/sociedad/2022/09/03/asturias-inicia-meses-tratamientos-avanzados-74958059.html>.
3. El Huca administrará tratamientos CAR-T a pacientes con cánceres hematológicos [Internet]. El Comercio. 2022 [citado 19 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.elcomercio.es/asturias/huca-tratamiento-car-t-canceres-hematologicos-20220608185149-nt.html>.
4. Canales Albendea, MA. Terapia con células CART [Internet]. Clínica Universidad de Navarra. 2022 [citado 22 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/tratamientos/terapia-celulas-cart>.
5. Terapia de células CAR-T y sus efectos secundarios [Internet]. Sociedad Americana Contra El Cáncer. 2022 [citado 19 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-sekundarios/tipos-de-tratamiento/inmunoterapia/terapia-de-celulas-t.html#:text=La%20terapia%20de%20c%C3%A9lulas%20T,destruir%20a%20las%20c%C3%A9lulas%20cancerosas>.
6. CART en España. Centros de referencia [Internet]. Grupo Español de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular (GETH-TC). 2022 [citado 23 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.geth.es/pacientes/cart-cells/600-centros-cart-en-espana>.

Capítulo 75

FUNDAMENTOS BÁSICOS DE LOS RAYOS X

NURIA RODRIGUEZ MARTINEZ

1 Introducción

Los rayos X se tratan de una radiación electromagnética penetrante, con una longitud de onda menor que la luz visible, producida bombardeando un blanco con electrones de alta velocidad. Los rayos X fueron descubiertos de forma accidental en 1895

La radiografía es un examen no invasivo que ayuda a los profesionales sanitarios como médicos, podólogos y odontólogos a diagnosticar, y concluyentemente tratar determinadas patologías. Para ellos se realiza una exposición de una zona corporal a una pequeña dosis de radiación ionizante para producir imágenes. Así tenemos la posibilidad de ver el interior corporal sin necesidad de realizar un proceso invasivo. Los rayos X son el uso más común para producir imágenes diagnósticas, además de la forma más antigua.

Se utiliza cuando hay una sospecha de fractura ósea o bien alguna articulación dislocada, será la aplicación adecuada para el uso de los Rayos X; así como mediante el uso de soluciones de contraste, se complementará la visualización de obstrucciones o masas ocupativas.

La postura y colocación del paciente dependerá de la zona o área lesionada y pudiera requerirse de tomas múltiples.

No entraña ningún riesgo, aunque como en el caso de cualquier uso de sustancia ajena al organismo (medicamentos y/o contrastes), existe la posibilidad de tener algún tipo de reacción alérgica (favor de informar, al equipo técnico o médico si usted padece alguna alergia conocida).

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer el fundamento básico de la radiología, la radiografía, así como los beneficios y riesgos que conllevan.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se lleva a cabo una revisión bibliográfica de distintos artículos y revistas de carácter científico con publicaciones actuales y detalladas. Las palabras utilizadas para ello han sido fundamentos, radiografía, radiación, exposición, rayos X, beneficios y riesgos.

4 Resultados

- **Beneficios:** no queda ningún resto de radiación tras una exposición en cualquier parte del cuerpo. Son la mejor herramienta diagnóstica y de emergencia debido a su rapidez y facilidad. Los equipos de rayos X son relativamente económicos y se encuentran repartidos por centros de salud ambulatoria, centros de medicina privada, clínicas de odontología, clínicas veterinarias, clínicas de podología, y salas de urgencias de hospitales.
- **Riesgos:** hay que prestar especial atención a las mujeres ante la posibilidad de gestación, y la peligrosidad que conlleva al feto en caso de exposición a radiación. Existe una leve posibilidad de padecer alguna mutación en cualquier célula del organismo tras una exposición de rayos X. Estos pueden ser leves, moderados o graves. Van desde pequeños cambios fisiológicos a cáncer. El paciente se expone a 1,5 milisieverts, por exposición y cada año se expone a 10 milisieverts de manera involuntaria y natural, como con el contacto con minerales de tierra o rayos ultravioletas.

Indicaciones que se tienen que tener en cuenta para los pacientes:

1. Es fundamental que el paciente permanezca quieto durante la toma radiográfica, de otra manera la imagen perderá nitidez.
2. En el caso femenino deberá informar la posibilidad de embarazo o la implantación del dispositivo intrauterino (DIU).
3. Deberá retirarse todo artefacto o accesorio metálico corporal, principalmente en el área de interés, y en su caso se indicará el uso de bata desechable.
4. En el caso de estudios contrastado se proporcionarán indicaciones precisas de acuerdo con el tipo de estudio y o paciente.

5. Para estudios de colon por enema y otros estudios que lo requieran, lavado intestinal por la noche antes del estudio, y en la mañana antes del estudio aplicar enema rectal.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía es una técnica no invasiva, fácil, económica, y prioritaria para el diagnóstico de muchas patologías, y conocer su fundamento es básico para entender el por qué.

Las radiografías se guardan de forma digital en la computadora y se pueden ver en la pantalla en minutos. Generalmente, un radiólogo observa e interpreta los resultados y envía un informe al médico para que luego te los explique. En caso de emergencia, el médico puede ver los resultados de las radiografías en minutos. Vemos la gran importancia que hoy en día tienen los rayos X, ya que gracias a ellos nuestra sociedad ha tenido mucho avance y se han podido detectar numerosas enfermedades.

Hoy en día tenemos que tomar conciencia de la importancia de las radiaciones, pero también como todo en esta vida tiene sus consecuencias, así como tiene sus beneficios.

6 Bibliografía

1. Wikipedia contributors. Radiografía [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Radiograf%C3%ADa&oldid=146977152>
2. Rayos X [Internet]. National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering. [citado el 12 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.nibib.nih.gov/espanol/temas-cientificos/rayos-x>
3. Radiological Society of North America (RSNA), American College of Radiology (ACR). Rayos X [Internet]. Radiologyinfo.org. [citado el 12 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/es/x-ray>

Capítulo 76

RIESGO LABORAL DEL PERSONAL SANITARIO EN ESTADO DE EMBARAZO Y PERIODO DE LACTANCIA

NURIA RODRIGUEZ MARTINEZ

1 Introducción

La situación sensible en la que se encuentra la mujer embarazada está recogida por la legislación internacional. El artículo 26 de la ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales recoge la obligación del empresario de velar por la salud de las trabajadoras y del feto.

Protección de la maternidad:

1. En el análisis de riesgo previsto en el artículo 16 de esta Ley, la naturaleza, el alcance y la duración de la exposición de las trabajadoras embarazadas o parto reciente, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan perjudicar la salud de las trabajadoras o del feto en cualquier actividad que pueda deber determinarse la causa de cierto riesgo.
2. Si la adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo no es posible o, a pesar de la adaptación, las condiciones de trabajo pueden afectar negativamente a la salud de la trabajadora embarazada o del feto y así confirman la Reciprocidad, deben realizar otro trabajo o tarea, adecuado por su posición

A falta de un puesto o tarea adecuado, a un empleado se le puede asignar una tarea que no corresponde a su respectivo grupo o grado, aunque sigue teniendo derecho a la remuneración total del puesto original.

3. Si no fuere posible o no pudiere solicitarse el cambio de cargo por causas justificadas, podrá declararse suspendido el contrato por riesgo durante el embarazo.
4. Lo dispuesto en los apartados 1 y 2 de este artículo se aplica también durante la lactancia natural. También se puede señalar que el contrato de trabajo de la empleada fue suspendido debido al riesgo de lactancia natural de los niños menores de nueve meses.
5. La trabajadora embarazada tiene derecho a ausentarse del trabajo, derecho a compensación, por control prenatal y métodos de preparación al parto, notificación previa a la empresa y justificación de la necesidad de hacerlo durante el trabajo.

2 Objetivos

- Identificar los riesgos que pueden aparecer en el embarazo en el ámbito sanitario.
- Adoptar medidas de prevención para asegurar la salud y seguridad de las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.

3 Metodología

Para elaborar el presente trabajo se lleva a cabo una revisión bibliográfica del protocolo sobre riesgos específicos durante la gestación de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, y de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, así como se llevó a cabo una revisión bibliográfica en diversas bases de datos científicas.

4 Resultados

Los riesgos específicos a los que pueden estar expuestas son:

- Riesgos por agentes físicos: la bipedestación prolongada, la manipulación manual de cargas, las radiaciones ionizantes.
- Agentes químicos: la exposición a óxido de etileno, citostáticos y gases anestésicos.
- Agentes biológicos: pueden verse afectadas por virus, bacterias, hongos, parásitos y protozoos. Las trabajadoras que trabajen con niños menores a un año, los agentes víricos de mayor riesgo son: Citomegalovirus, Rubéola, Parotiditis, Varicela-Zoster, Sarampión Tuberculosis, Influenza, parvovirus B19, Hepatitis E.

- Factores ergonómicos: las cargas físicas y los riesgos posturales, organización turnos laborales, etc.

Estos agentes pueden llegar a la trabajadora por contacto con humanos o por medios donde dicho agente puede sobrevivir.

La intención es mostrar el estado de embarazo y lactancia como algo natural que implica transformaciones constantes en el cuerpo de una mujer, por lo que deben de tener un mayor cuidado a la exposición de dichos agentes o factores de riesgo. El embarazo además conlleva grandes cambios fisiológicos y psicológicos. El equilibrio hormonal es muy delicado y las exposiciones susceptibles de alterarlo pueden dar lugar a complicaciones. Se trata de un estado dinámico que implica transformaciones constantes. Las condiciones de trabajo pueden plantear distintos problemas de salud y seguridad a cada mujer, en función de: la fase de embarazo, la incorporación al puesto de trabajo o durante el período de lactancia. Las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia tienen derechos a solicitar tanto el cambio de puesto, como los permisos para las consultas médicas como la baja por riesgo que se recoge en el artículo 26 de la ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, dando así una seguridad y estabilidad para el resto de gente que se plantee ese estado.

5 Discusión-Conclusión

La trabajadora sanitaria gestante puede ser el colectivo expuesto al mayor número de riesgos de origen laboral nocivos para su salud y para la del feto, pudiendo ocasionar una complicación o riesgo en su salud y la del feto. Es muy importante que el personal facultativo en contacto con la gestante conozca los plazos en los que estos riesgos laborales se consideran nocivos para así prescribir restricciones laborales que reduzcan o anulen la exposición. En ocasiones el embarazo patológico o de riesgo puede interferir en el desarrollo laboral provocando la incapacidad temporal. Ambas circunstancias, riesgo laboral y riesgo clínico, pueden coincidir.

6 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>.
2. <https://www.ccoo.es/ce06fb38e9356985e6324be990d91f8c000001.pdf>.

Capítulo 77

LA ADMINISTRACION DE OXIGENO EN LOS PACIENTES DE L HOSPITAL SANITARIO

ANGELA LINDE MENENDEZ

1 Introducción

En el desarrollo de los seres vivos, desde la conformación y estructuración celular, depende de los elementos que están presentes en el entorno como el carbono (C), el hidrógeno (H), y el oxígeno (O) y el nitrógeno (N), que favorecen su crecimiento y evolución y desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento de la vida. El oxígeno destaca entre los otros elementos, puesto que la vida se mantiene gracias a la interacción entre varios procesos, cuyo fin es el metabolismo energético y en dichos procesos es indispensable la respiración aeróbica, para la cual es necesaria la disposición permanente del oxígeno en la célula.

El aporte artificial de oxígeno en el aire inspirado, tiene como objetivo principal la sangre arterial que supera los 60mmHg, lo que se corresponde, aprox., con una saturación de hemoglobina del 90%. La oxigenoterapia es la herramienta terapéutica fundamental en el tratamiento de los pacientes con insuficiencia respiratoria, tanto aguda, como crónica. La administración de O₂ en el fallo respiratorio agudo se inicia en las primeras décadas del siglo veinte después de cristo.

Se emplea en situaciones de insuficiencia respiratoria crónica, se ha puesto manifiesto una reducción significativa en la mortalidad secundaria a algunos procesos, como la enfermedad pulmonar crónica del adulto.

2 Objetivos

- Identificar situaciones de demanda extra de oxígeno.
- Conocer los diferentes sistemas de administración que tiene el oxígeno e identificarlos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Aumenta los niveles de PO₂ arterial, lo que favorece una mejoría en la capacidad funcional residual. Disminuye la disnea y la cianosis, pues a través del suministro de O₂ no se promueve una adecuada captación y transporte de O₂, lo que satisface las demandas metabólicas del organismo; a su vez, se mejora la perfusión capilar distal y se reduce la dificultad respiratoria, gracias al proceso de difusión. Reduce la presión de las arterias pulmonares. El O₂ es un elemento que el organismo genera un efecto de vasodilatación, lo que reduce la presión que ejerce la sangre sobre las paredes vasculares pulmonares.

No existe seguridad acerca de los efectos de los niveles más altos de oxígeno, debido a que los hallazgos se basan en evidencia de certeza muy baja. No se encontró evidencia de un efecto beneficioso de los niveles de oxígeno mayores en comparación con los menores para los adultos ingresados en la UCI. Los niveles más altos de oxígeno pueden haber aumentado el riesgo de muerte y los eventos adversos graves. No hubo evidencia de una diferencia en las lesiones pulmonares con la administración de una fracción más alta de oxígeno, aunque la evidencia es muy incierta. Ninguno de los ensayos incluidos informó sobre la calidad de vida en cualquier punto temporal, el infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular. Solo un ensayo informó sobre la sepsis.

La cantidad de participantes incluidos en los ensayos fue demasiado pequeña para permitir un juicio definitivo sobre los resultados de la revisión. Los ensayos variaron en los tipos de enfermedad de los participantes, la atención clínica asociada, la gravedad de la enfermedad, los objetivos de administración de oxígeno

y la duración de la administración. Dos de los ensayos estuvieron en riesgo bajo de sesgo, aparte de la falta de cegamiento de los participantes y el personal. En general, todos los ensayos incluidos presentaron un riesgo alto de sesgo.

5 Discusión-Conclusión

El uso del oxígeno como método coadyuvante en el tratamiento de la falla respiratoria es un aliado en la intervención del fisioterapeuta, ya que permite contrarrestar las implicaciones funcionales, al mejorar la calidad de vida.

El oxígeno es considerado un medicamento, por tanto, tiene indicaciones y efectos adversos con manifestaciones tóxicas secundarias que se asocian a altas dosis y uso prolongado. La oxigenoterapia es un procedimiento dirigido a la prevención y el tratamiento de la hipoxemia, ya que aumenta el contenido de oxígeno en la sangre arterial y permite un trabajo respiratorio eficiente.

Lo que se pretende con la oxigenoterapia es satisfacer las necesidades de oxígeno a los tejidos. Esta medida terapéutica se basa en aumentar la fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) y consecuentemente el contenido arterial de oxígeno (pO_2 , SaO_2) para así mejorar el transporte de este gas y, en definitiva, evitar la hipoxia tisular.

Es importante recordar que el transporte de oxígeno está en función de tres factores, que son la saturación de oxígeno de la hemoglobina, la concentración de hemoglobina y el volumen minuto. Por tanto, las condiciones patológicas que los alteren serán, lógicamente, las indicaciones de oxigenoterapia:

A- Disminución de la saturación de oxígeno: insuficiencia respiratoria aguda.

B- Disminución de la hemoglobina: anemia severa. (En este apartado podemos incluir la intoxicación por monóxido de carbono, ya que la afinidad de este gas por la hemoglobina es muchísimo mayor que la del oxígeno, formándose así carboxihemoglobina. Por tanto, aunque en realidad no disminuye la hemoglobina, deja de estar disponible para el transporte de oxígeno.)

C- Disminución del volumen minuto: insuficiencia cardíaca, shock.

D- Por último, en todo enfermo en situación crítica.

6 Bibliografía

<https://www.analesdepediatría.org/es-fundamentos-oxigenoterapia-situaciones-agudas-cronicas-articulo-S1695403309003294>
<file:///C:/Users/ainde/Downloads/S0212538210703666.pdf>

Capítulo 78

LOS CUIDADOS DE LOS RECIÉN NACIDOS

ANGELA LINDE MENENDEZ

ROBERTO FERNANDEZ ARAGO

CARMEN GARCÍA GONZÁLEZ

SANDRA LINDE MENENDEZ

1 Introducción

Los nacimientos de los recién que se encuentren sanos y en buen estado después de la gestación representa una de las situaciones más frecuentes en la que es necesario poder evitar un posible exceso de intervencionismo, ya que puede llegar a ser muy perjudicial para el recién nacido y puede que también se prive a la familia de que disfruten de un acontecimiento de las garantías de la calidad en un centro hospitalario, esto no debería impedir un acercamiento que menos tenga en médicos e intervenciones posibles. Algunos de los partos en las mujeres sanas y de sus recién nacidos sanos evolucionan sin complicaciones, es primordial que los ciudadanos después del nacimiento sea el reconocimiento rápido, con normalidad para intervenir de la forma que sea preciso.

En esta visión de los estándares en la atención del bebé y en el cuidado del él esté sano en el parto y en las primeras horas de vida se contraste en ciertas rutinas y prácticas para el buen conocimiento y la evidencia médica que hay ahora mismo y así mejorar la calidad del recién nacido.

Algunas de las buenas prácticas que hay que hacer son: los cuidados sobre el bienestar del bebé y velar por todos sus derechos, acatar las preferencias de los padres para su bebé, apoyar la lactancia materna y sobre todo la más importante no separar al bebé de su madre.

2 Objetivos

Aportar evidencia científica de todos los procedimientos en el cuidado del recién nacido desde que nace y justo en las primeras horas de la vida del bebé.

3 Metodología

Se procedió en primer lugar a revisar todos los procedimientos que se estaban realizando en las plantas de Maternidad en relación con los recién nacidos. Simultáneamente se llevó a cabo una tormenta de ideas, por plantas, entre los profesionales de enfermería y auxiliares, buscando iniciativas para mejorar.

Desde el Servicio de Neonatología se propuso, en primer lugar, suprimir una serie de prácticas que se consideraron inadecuadas y que se detallan a continuación:

- Paso sistemático de una sonda nasogástrica y rectal.
- Ducha del recién nacido.
- Baño en las primeras horas de vida.
- Uso excesivo de jabón.
- Cubrir el cordón umbilical con una gasa.
- Hacer alícuotas del vial de vitamina K y almacenarlas para su posterior administración.
- Uso compartido de tubos de pomada oftálmica.
- Entrega a los padres del informe de los recién

4 Resultados

El recién nacido saludable es referido al aspecto del bebé al nacer y esto corresponde en la mayoría de las veces a un recién nacido sano, esto llega a establecerse de forma continuada desde los cuidados que tienen que tener los padres.

Esto no puede basarse simplemente en la ausencia de enfermedad que puede ser aparente en el inicio del nacimiento de un recién nacido térmico y en buen estado, puesto que un adecuado control de la gestación puede llegar a garantizar que se estudia o descartan procesos que pueden conllevar a un riesgo para el bebé.

Es necesaria toda la información que te dan los médicos sobre el posparto para así asegurar que no aparezcan factores de riesgo que pueden conllevar una enfermedad neonatal.

El historial de clínica perinatal debe estar a disposición del personal que está con el cuidado y de la atención del bebé en el momento de su nacimiento con antelación.

Lo más recomendable es el establecimiento de una relación adecuada y suficientemente anticipada entre la familia y los profesionales responsables de los cuidados del recién nacido en el parto.

Cuando la madre ha decidido no lactar a su hijo o cuando hay una contraindicación médica para el amamantamiento, los sucedáneos, también conocidos como fórmulas de inicio, pueden proporcionar una nutrición adecuada al recién nacido. Aunque la alimentación con sucedáneos tenga algunos riesgos en comparación con la lactancia, una vez que la madre haya expresado su decisión firme de no amamantar, los profesionales sanitarios no deben insistir ni culpabilizar a la madre. Si observan que la madre tiene dudas o toma la decisión basándose en información inadecuada, deben informar correctamente de las ventajas del amamantamiento, pero con respeto hacia la decisión materna final.

5 Discusión-Conclusión

El historial siempre estará disponible en el momento en el que sea el nacimiento. Esto se debe de realizar una exploración de manipulación.

Es recomendada la determinación de gases sanguíneos en sangre arterial del cordón umbilical para tener todos los datos posibles para tener toda la información.

Todos bebés recién nacidos deben de ser identificados mediante un sistema que incluya todos los datos del bebé y de su madre.

No debe de realizarse el alta hospitalaria hasta que pase las 48h de vida, si el nacimiento ha sido por parto vaginal, y si es parto por cesárea 72h incluso hasta 96h después del parto. Él bebe y la madre deben de ser explorados bajo la supervisión y responsabilidad de un Pediatra y lo más recomendable es una revisión a las 72h del nacimiento.

6 Bibliografía

<https://www.natalben.com/primeros-cuidados-recien-nacido>

<https://letsfamily.es/bebes/10-cuidados-basicos-para-el-recien-nacido/>

<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/cuidados-en-reci%C3%A9n-nacidos-y-lactantes/primeros-cuidados-del-reci%C3%A9n-nacido>

Capítulo 79

DIFERENCIACIÓN ENTRE LA NEUROGÉNESIS COMÚN O EFECTIVA Y LA NEUROGÉNESIS DEFECTIVA: TÉCNICA DE LA INMUNOFLUORESCENCIA

AIDA MORALEJO

1 Introducción

Las neuronas son las células que constituyen el sistema nervioso y cuya función consiste en recibir, procesar y transmitir la información que recibe del entorno exterior del organismo mediante señales químicas y eléctricas, estas señales eléctricas residen en la capacidad que más caracteriza a las neuronas, conducir impulsos nerviosos por todo el sistema nervioso.

La neurogénesis es el término que se le atribuye al desarrollo de las células madre neurales, que tras su maduración, dan lugar a las neuronas. Las células madre neuronales, además de crear nuevas neuronas, pueden generar las células gliales, que son células cuya utilidad consiste en proporcionar protección y apoyo a las células neuronales para que estas puedan realizar sus funciones.

Estas células madre neuronales y progenitoras se encuentran establecidas en unas zonas cerebrales denominadas nichos neurogénicos, que son lugares que poseen las condiciones óptimas para que se produzca el desarrollo neuronal, estos nichos neurogénicos son: la zona subventricular que recubre los ventrículos laterales (ZSV) y la zona subgranular de la circunvolución dentada en el hipocampo (ZSG).

Los principales factores que influyen en la neurogénesis varían desde tener niveles altos de actividad tanto física como mental estimulación motora y sensorial, e interacción social, entre otras.

2 Objetivos

Conocer la diferenciación en la disposición neuronal durante el proceso de neurogénesis de un organismo con neurogénesis efectiva de uno con neurogénesis defectiva.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para realizar este estudio disponemos de tejido neuronal de ratones de laboratorio, concretamente de la región del hipocampo, concretamente donde se produce la neurogénesis. Estos tejidos se encuentran modificados para obtener una muestra efectiva y otra defectiva y de este modo, poder realizar la posterior comparación.

Sobre estas dos muestras se realizará una serie de procesos para poder llegar a realizar una inmunofluorescencia. Con esta técnica se pueden observar a la perfección las neuronas, así como la disposición que tomen los núcleos y los axones. De este modo se puede llevar a cabo la diferenciación histológica entre la neurogénesis efectiva y la neurogénesis defectiva.

Una vez realizados los procesos de fijación de cada una de las muestras cerebrales, el corte de las zonas que queremos estudiar del hipocampo, tanto del tejido modificado como del no modificado (incluyendo un tercer corte histológico para utilizarlo como control en las pruebas posteriores) y su tinción con inmunofluorocromos (que son unos marcadores fluorescentes que se utilizan en los laboratorios para contrastar determinadas zonas que se quieren estudiar) utilizando ya la muestra control, ya que esta técnica de tinción es muy sensible, y se obtienen los

tejidos preparados para su observación al microscopio de inmunofluorescencia y de este modo poder elaborar los resultados obtenidos.

En la muestra de tejido neuronal no modificado, se puede observar una gran población de células progenitoras dispuestas a lo largo de la circunvolución dentada en la región del hipocampo con escasas prolongaciones, las neuronas ya maduras se disponen con sus prolongaciones en posición vertical, esto quiere decir que los axones siguen una dirección hacia la corteza del hipocampo.

En la muestra de tejido neuronal modificado, se sigue observando una gran población de células progenitoras, al igual que en la muestra no modificada, pero la diferencia con la anterior se encuentra en las neuronas más maduras del proceso. La gran mayoría de estas neuronas no se disponen de forma vertical, sino que sus prolongaciones se encuentran torcidas y en sentido horizontal, por lo que sus axones no siguen la dirección que les lleva a la corteza del hipocampo e interrumpen las conexiones con las demás neuronas. Esta mutación puede ocasionar ciertos problemas neurológicos en el paciente y hasta ocasionar diversas enfermedades del sistema nervioso, que pueden llegar a afectar al aprendizaje e incluso la conducta.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la recopilación bibliográfica de artículos científicos sobre las células neuronales y el proceso de neurogénesis, así como la obtención de tejido neuronal modificado y no modificado y a la realización de la técnica de inmunofluorescencia sobre él, se ha podido observar y determinar la posición neuronal en las distintas fases de cada una de las neurogénesis defectiva y efectiva.

Realizar este tipo de estudios es muy importante, ya que son de gran utilidad para el diagnóstico de enfermedades y para el apoyo y correcto tratamiento de los pacientes que sufren con conductas alteradas y retraso en el aprendizaje, entre otras.

6 Bibliografía

- 1- <https://www.dacer.org/entendiendo-el-cerebro-que-es-la-neurogenesis/>
- 2- file:///C:/Users/usuario/Downloads/TD_FERNANDEZ-LLEBREZ_ZAYAS.pdf
- 3- <https://www.psyciencia.com/neurona-que-es-y-cuales-son-sus-partes/>
- 4- http://www.medic.ula.ve/histologia/anexos/microscopweb/MONOWEB/capitulo6_5.htm

Capítulo 80

DETERMINACIÓN DE LA OSMOLARIDAD EN EL LABORATORIO CLÍNICO

CARMEN VALVERDE FERNÁNDEZ

1 Introducción

En el laboratorio clínico podemos determinar la osmolaridad de una muestra, que es la medida de la concentración del número de partículas disueltas en una solución. Esta determinación es muy importante para poder conocer los parámetros de una osmolaridad de una muestra y así poder disponer de una gran variedad de estudios fisiológicos a la hora de conocer cómo se produce la difusión de sustancias mediante las membranas celulares. La osmolaridad de una muestra nos pueden ayudar a conocer si existe un desequilibrio de líquidos en el cuerpo, esto puede deberse a varios factores diferentes, como puede ser un consumo excesivo de sal, por enfermedades coronarias o incluso enfermedades en los riñones. La osmolaridad se puede determinar en diferentes muestras, como por ejemplo en suero, en plasma, en orina o en heces. Es una prueba muy fácil para realizar y sin ningún riesgo, ya que dependiendo del tipo de muestra solo se necesita o bien una extracción de sangre o una recogida de heces o de la orina a analizar. El método empleado en la determinación de la osmolaridad se basa en estudio del descenso que se genera en el punto de congelación de la muestra, para lo cual utilizaremos un osmómetro.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es poder conocer la importancia de la determinación de la prueba de la osmolaridad en el laboratorio clínico.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha llevado a cabo una investigación en diferentes bibliografías sobre literatura científica, tanto en libros como en artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y se han consultado en las principales bases de datos: Pubmen, Medline y Scielo.

4 Resultados

El método empleado en la determinación de la osmolaridad se basa en estudio del descenso que se genera en el punto de congelación de la muestra, para lo cual utilizaremos un osmómetro, ya sea en suero o en orina se centrifuga con el fin de eliminar restos de partículas. A medida que la muestra tiene lugar la cristalización, se produce calor de fusión y dicha temperatura se compara con resultados de patrones conocidos. Los resultados obtenidos se expresan en moles/kg.

Con la ayuda de esta prueba se puede medir la cantidad de ciertas sustancias tanto en sangre, orina e incluso en heces. Se puede comprobar la existencia de sustancias como la glucosa, la urea, sodio, potasio y el cloruro, por lo tanto, nos permite estudiar si se tiene un desequilibrio de líquidos en el cuerpo.

Se puede comprobar el equilibrio entre el agua y ciertas sustancias de las muestras, se puede comprobar si se ha ingerido algún veneno y también ayuda a diagnósticas diabetes insípida, una patología de los riñones.

Los síntomas de un desequilibrio de líquidos en el organismo pueden ser muy comunes, como tener mucha sed, náuseas o vómitos, dolores fuertes de cabeza, también es posible la sensación de confusión o de fatiga e incluso tener convulsiones.

Unos resultados anormales en cuanto a una osmolaridad en heces puede significar y determinar patologías como una diarrea facticia, la cual es producida por un exceso de laxantes, o también puede terminar una malabsorción, que es indicativo de que los alimentos que se están ingiriendo no están siendo bien digeridos ni los nutrientes de estos están siendo bien absorbidos. En la orina será determinante para enfermedades del hígado, riñones e insuficiencia cardíaca.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer la determinación de la osmolaridad para comprobar el equilibrio de ciertas sustancias en el cuerpo, permite diagnosticar deshidratación e hiperhidratación, también para poder descartar en ciertos casos la diabetes insípida, una patología que se produce en los riñones y que causa deshidratación. La osmolaridad se puede determinar en diferentes muestras, como por ejemplo en suero, en plasma, en orina o en heces. Es una prueba fácil para realizar y que no conlleva riesgo, ya que dependiendo del tipo de muestra solo se necesita o bien una extracción de sangre o una recogida de heces o de la orina a analizar

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov>

<http://www.med-informatica.net/lab-clinico>

Capítulo 81

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN (UPP)

ANGELA VÁZQUEZ OTERO

1 Introducción

Las UPP (úlceras por presión) son las lesiones causadas por el corte del flujo de sangre provocadas por una presión continua que si no es corregida puede ocasionar una necrosis del tejido. Suelen producirse en pacientes con inmovilización total o parcial en pliegues, zonas óseas, obesidad, zonas de tubos o sondas, férulas, etc.

Una úlcera por presión puede provocar complicaciones que pueden conllevar a riesgo de muerte en el paciente. Son las siguientes:

- Celulitis.
- Infecciones.
- Cáncer, si las úlceras no cicatrizan (Marjolin) pueden provocar un carcinoma
- Septicemia. Aunque ocurre en raras ocasiones, puede derivar en este problema.

Debido a todo lo anterior, es de vital importancia evitar que sucedan este tipo de úlceras en los pacientes.

Se hace necesario instalar un protocolo de actuación de prevención que abarque lo siguiente:

- Inspeccionar la piel del paciente diariamente.
- La piel ha de estar seca, limpia e hidratada.
- Vigilar la incontinencia
- Dar especial importancia a cualquier zona roja en la piel del paciente

- Evitar déficits nutricionales.
- Cambiar al paciente de postura cada 2 horas
- Intentar que el paciente se mueva, siempre que sea posible, por sí mismo.
- Instalar medidas que alivien la presión.

2 Objetivos

- Determinar la importancia de prevenir la aparición de estas lesiones (UPP).
- Instaurar un protocolo que prevenga su aparición.

3 Metodología

Búsqueda sistemática y bibliográfica en distintas bases de datos médicas tales como PubMed, Kaliweb, así como en revistas médicas e investigaciones referentes al tema y el amplio conocimiento de todos los compañeros y compañeras de los distintos hospitales y centros médicos.

4 Resultados

Se adoptará un protocolo para actuar y poner foco en todas las zonas del cuerpo que sean susceptibles de sufrir este tipo de afectaciones por roces o presión, utilizando para tal fin todos los mecanismos que alivien esa presión y que faciliten inspeccionar la piel sin dañarla en su retirada (apósitos diseñados para tal fin como son los de bota botín)

Como ya comentamos en apartados previos, la presión contenida en una misma zona del cuerpo durante mucho tiempo es la causa más habitual de UPP, generando afectación en los tejidos a consecuencia de la presión y la ausencia de oxígeno en la zona.

Para disminuir esa presión hay que mover al paciente que se encuentra en la cama cada dos horas si es que no puede hacerlo el mismo; en este caso se recomienda que se mueva cada quince minutos. Hay que evitar que el paciente esté acostado sobre las heridas, que no estén en contacto directo zonas de prominencia ósea y su arrastre a la hora de realizar los movimientos pertinentes.

Estos son algunos aspectos a tener en cuenta sobre las úlceras y su tratamiento:

- Todas las UPP están afectadas por microorganismos es muy importante realizar un buen diagnóstico teniendo en cuenta aspectos como el grado de dolor, si hay olor, si tiene pus o el nivel de inflamación de la misma.
- La úlcera puede estar provocada por un déficit alimenticio, pacientes que sufran obesidad, neoplasia, alta edad, sufran de incontinencia, tengan diabetes y por algún tipo de fármaco (citotóxicos e inmunodepresores)
- Si pasado 15-30 días la herida no cura adecuadamente se pueden usar antibióticos (ácido fusídico o sulfadiazina argéntica) o apósitos que contengan plata en la malla de carbón activado.
- Para evitar la aparición de pus o que la herida cierre inadecuadamente hay que tapar los huecos con materiales que se basen en principios de cura húmeda e intentar que no se seque el lecho de la úlcera y se lesione el tejido priulceral.
- Frente a la cura tradicional, se ha demostrado que la cura en ambiente húmedo es la más efectiva para las úlceras.

5 Discusión-Conclusión

La realización de un protocolo preventivo de estas lesiones provoca la disminución de las mismas, y además el empleo de una técnica más correcta para realizar la manipulación lo que repercute también directamente en el bienestar del paciente.

Estas afecciones suceden habitualmente en pacientes con movilidad reducida durante una larga duración y es muy difícil que cicatricen por sí mismas. Es un grave problema de salud pública, ya que complica mucho la vida de los pacientes, gasto en material y largas estancias en hospitales.

Por todo lo anterior se hace muy importante adoptar medidas que sirvan para prevenir la aparición de este tipo de úlceras.

6 Bibliografía

1. PL Pancorbo Hidalgo, FP GarcíaFernández, JE Torra i Bou, J Verdu Soriano y JJ Soldevilla-Agreda -> Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013
2. JM Rumbo Prieto , L Aranton Areosa, M Romero Martín, F García Collado y A. Ramírez Pizano. Sucesos Adversos Relacionados con las Úlceras por Presión: ¿Un Problema Evitable?. Enferm Dermatol. 2010.

Capítulo 82

PARTICULARIDADES DE LA UNIDAD O SERVICIO HOSPITALARIO DE PSIQUIATRÍA. ESTUDIO POR EL CELADOR

JOSE MARIA CALVO ZAPATA

RAUL GARCIA CALVO

JESUS LOPEZ REJON

ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA

CONSOLACION DOMINGUEZ LOAISA

1 Introducción

En este capítulo se concreta y define las Áreas de Salud Mental las cuales son las correspondientes a las áreas de atención y asistencia en salud mental en el régimen de internamiento en hospitalización. Para proceder a un ingreso a nivel hospitalario de internamiento, será preciso anteriormente el haber superado, las posibilidades y expectativas de diagnóstico, así como de tratamiento desde la atención primaria. Como orígenes más prevalentes para la decisión de ingreso hospitalario serían: la instauración de unas tipologías de conductas nocivas y que las cuales estas pongan en peligro tanto la integridad física del que lo sufre, así como la de las personas que están en su entorno, y el aislamiento.

Las patologías mentales psiquiátricas las logramos diferenciar en patologías o enfermedades tanto agudas como crónicas, alteraciones o trastornos de la mente y memoria, alteraciones o trastornos de la percepción y en alteraciones o trastornos en relación con la conciencia.

Las patologías consideradas agudas vislumbran las crisis maniacas o de manía, están, además, las psiconeurosis en referencia a las emociones, el delirio, la depresión, las psicosis agudas delirantes y la psicosis confuso-oníricas o soñadoras. En otra categorización se consigue agrupar en las patologías de la percepción de la realidad como son la alucinación, pseudoalucinación y las ilusiones. La paramnesia y la amnesia que conciernen y asocian a las alteraciones o trastornos de la memoria, En cuanto a las alteraciones o trastornos de la conciencia, coma, el delirio, el sopor y la somnolencia.

2 Objetivos

- Exponer las funciones del profesional celador, dentro del servicio o unidad hospitalaria de Psiquiatría.
- Dar visualización al importante trabajo y cometidos que efectúan.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo sobre el trabajo de los celadores en las unidades de salud mental y psiquiatría, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática consultando diversas bases de datos como Medline, Scielo y En base, así como páginas web y libros referentes con el tema.

4 Resultados

Las funciones del celador en la Unidad o servicio de Psiquiatría son:

- Vigilancia y cautela de la puerta de acceso a las citadas Unidades y controlador de las entradas y de las salidas, no permitiendo el acceso a individuos que no estén debidamente autorizadas y cuidando de que no introduzcan bebidas, objetos o comidas que pudieran resultar de riesgo o no estuvieran autorizados.
- Cuidará y estará al tanto del entorno de los enfermos, levantando las persianas por en la mañana y bajándolas posteriormente en la noche.
- Controlará la estancia de las visitas y familiares en las habitaciones o unidades de los enfermos, también en las zonas comunes y áreas para así evitar toda acción

que logre perjudicar al orden del servicio o al enfermo.

- Auxiliar en el aseo al profesional de enfermería de los enfermos que lo requieran, intentando siempre el fomento de su autonomía, ya que les hará sentirse mejor y más útiles al colaborar y hacer revisión para mantener uñas cortas, esto es un punto importante para así evitar lesiones tanto a ellos mismos así como a terceros.
- Vigilará a los enfermos que no quieran asearse para que en la medida de lo posible sí que lo ejecuten.
- Colaborar con el resto del profesional sanitario o no, del servicio, de que los enfermos no hagan un uso impropio de la ropa del servicio o inclusive de los enseres.
- Colaborar con el profesional técnico sanitario para mantener la compostura y el orden en el comedor, teniendo especial cuidado en la vajilla y cubiertos, aun siendo estos de plástico. En los casos de profunda una depresión, anorexia y/o bulimia se vigilarán y controlarán exhaustivamente las cantidades ingeridas y se seguirá un horario totalmente estricto en las comidas. En los períodos post-prandiales se deberá de vigilar a los enfermos para evitar cualquier estrategia de vaciar el estómago o que incurran en la inducción al vómito.
- Recoger productos o medicación farmacológica de la Farmacia, reponiendo la farmacia que se considere más pesada.
- Trasladar el mobiliario o el correspondiente aparataje que se precise y a donde en ese momento se requiera.
- Tramitar las comunicaciones verbales, así como la documentación en papel o correspondencia confiados por sus superiores.
- Trasladar enfermos si fuera preciso a las consultas del centro o a otras unidades, siempre que no haya un compañero dedicado y destinado en plantilla solo para esas funciones.
- Vigilar la conveniente armonía y el orden entre los pacientes enfermos.
- Ayudar al profesional sanitario en la administración de los tratamientos o sobre todo en los inyectables si son enfermos que no están dispuestos a participar y colaborar.
- Ayudar a otros profesionales que trabajen en el servicio en la contención de enfermos que se encuentren agitados, alterados o a los que hay que aplicar con su debida orden médica, una sujeción mecánica.
- Controlar el suministro y consumo de tabaco a los enfermos ingresados que en su tratamiento lo tienen permitido y autorizado.
- Queda prohibido el hacer comentarios para evitar confusiones, con los familiares y visitantes de los enfermos sobre los diagnósticos, exploraciones y

tratamientos, ya que no es nuestro cometido y tendrán totalmente prohibido bajo ningún concepto, informar sobre los pronósticos de la enfermedad o patología.

- No efectuarán nunca funciones que estas sean ajenas a su categoría ya que podrían ser denunciados debido al intrusismo profesional e inclusive por usurpación de funciones.

5 Discusión-Conclusión

Las áreas de salud mental son unas unidades o servicios con requerimientos y protocolos especiales y muy particulares procedente de las patologías mentales e insidiosas del enfermo el cual también es especial y por eso el profesional de celadores que ejecuten sus cometidos en esta unidad deberán de conocer muy bien cómo desarrollar sus funciones, los protocolos y las actuaciones, ya que la mayoría son enfermos con patologías mentales y no son conscientes sobre todo en las crisis de su patología, en la mayoría de los casos de lo que están haciendo, e incluso dependiendo de la patología logran llegar a la agresividad, el celador como profesional del servicio de psiquiatría, debe de tener mucha paciencia para aportar bienestar y seguridad al enfermo.

6 Bibliografía

1. Celadores. Instituciones Sanitarias. Editorial CEP.
2. www.discapacidad-cantabria.info
3. www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm
4. www.scielo.org
5. www.medlineplus.gov

Capítulo 83

ESTUDIO E INVESTIGACIÓN DE FUNCIONES PROPIAS DEL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE QUIRÓFANO

ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA

RAUL GARCIA CALVO

JESUS LOPEZ REJON

JOSE MARIA CALVO ZAPATA

CONSOLACION DOMINGUEZ LOAISA

1 Introducción

En la organización y estructura de los centros o instituciones hospitalarias, se da la existencia de tantos puestos de celadores como servicios, zonas o áreas hay en el sistema de salud. Dependiendo de las distintas tipologías de asistencia o cuidado el celador se encargará de algunas funciones muy concretas, o dependiendo del lugar o establecimiento en el que desarrolle su actividad deberá desempeñar alguna tarea en particular o más específica. Existe el celador de puertas, de atención primaria, de las unidades de urgencias, de radiología y en este suceso vamos a hablar del profesional celador en el quirófano.

En el suceso de los centros o instituciones hospitalarias existen y funcionan muchos y diversos servicios diferentes, como son; el quirófano, las unidades urgencias, las plantas de hospitalización, salas de partos y habitaciones de dilatación,

servicios, zonas de diagnóstico y cribado, radiología, Servicio de endoscopias, laboratorios, servicios, zonas de esterilización, plantas de cuidados paliativos, unidad de cuidados intensivos, mortuorios, etc. Dentro del hospital, habrá la figura de un celador al menos para cada una de estas Unidades, con las funciones propias de su categoría y aunque posee funciones comunes para todas las Unidades también debe saber que posee otras más específicas en función de los servicios, zonas en la que esté y en el quirófano hay algunas que debe conocer si va a trabajar en ese servicio.

2 Objetivos

Dotar al celador del conocimiento preciso de las funciones propias de su categoría profesional dentro del servicios, zonas o área quirúrgica y de las distintas Unidades de las que dispone el servicios, zonas o área.

3 Metodología

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

4 Resultados

El quirófano es la sala donde se efectúan operaciones quirúrgicas y en los hospitales suele haber varios y distintos quirófanos, cada uno de ellos diseñado para una tipología específica de cirugía y que recibe el nombre de unidad, área o bloque quirúrgico, área quirúrgica. Este servicio, zonas o área quirúrgica deben estar lo más cerca posible de la unidad de cuidados intensivos. Dentro de los servicios quirúrgicos hallaremos quirófanos, vestuarios, servicios, zonas de lavado de manos estéril y estancias, así como zonas de esterilización.

Es un servicio o área de especial riesgo para la transmisión de una infección hospitalaria, esta infección se la conoce con el nombre de infección nosocomial, por lo que hay que extremar las medidas de higiene.

En cuanto a la asepsia el servicio, zonas o área quirúrgica estará dividida en tres servicios zona negra, gris y blanca.

Los servicios de zonas blancas son las áreas estériles y restringida en la que solo accederá el personal que esté autorizado y se divide en el quirófano, antequirófano, servicios, zonas de lavado de manos y almacén de material estéril.

El celador de quirófano deberá ir perfectamente uniformado y limpio. El uniforme deberá constar de bata, gorro y calzas de color verde o azul dependiendo del centro hospitalario y de los protocolos en uniformes que tengan establecidos y completado con mascarilla quirúrgica y guantes no estériles.

También llevará las uñas cortas y limpias, no llevará joyas y accesorios que puedan engancharse o caerse y procurará no llevar cosas punzantes en los bolsillos.

Si se trata de la llegada de un enfermo grave por accidente que precise de inmediato una intervención quirúrgica y su estado de limpieza no sea conveniente, el celador ayudará al lavado y preparación de este, procurando, moverlo lo menos posible. En el suceso de una operación o intervención programada el celador conducirá al enfermo en la cama en la que está hospitalizado llevándolo hacia los servicios, zonas del quirófano, no olvidándose de llevar consigo la historia clínica de este. Una vez allí, ayudarán al personal sanitario a poder colocar al enfermo en la mesa de operaciones y en la posición más adecuada en referencia a la intervención.

Deberán acarrear los aparatos o el mobiliario precisos para la intervención, así como la documentación, las analíticas que sean necesarias, pruebas, allí donde se precise. Acompañarán a los servicios, zonas de reanimación al paciente que se va a intervenir, junto con el anestesista y la enfermera circulante. Respetarán en todo momento todas las normas y pondrán especial énfasis en la higiene y la asepsia. Depositarán en las áreas o zonas destinadas a mortuorios a los difuntos que hayan fallecido durante la intervención y también los miembros del cuerpo que le sean amputados.

Los miembros amputados que tengan identidad deben llevarse a los servicios, zonas mortuorias para que allí sean tratados en las condiciones que dicta la ley. En alguna ocasión podrán rasurar al enfermo si se les demanda o si es muy urgente y el personal de peluquería no se encuentra presente. El celador deberá estar pendiente siempre y en todo momento de cualquier necesidad que pueda surgir o se le demande y que requiera de su presencia en la intervención.

Mientras dure la intervención el celador se instalará en el antequirófano (servicios, zonas anexas al quirófano), allí se dispensarán los cuidados que requiera el enfermo antes de la intervención y es donde se dejará la cama en la que llegó este. Desde estos servicios, zonas el celador estará preparado para intervenir en todo aquello que sea de su competencia y estará próximo para hacerlo en el menor

tiempo posible. Una vez terminada la intervención el enfermo será trasladado por el celador a los servicios, zonas de reanimación también conocida como servicios, zonas de despertar o si se requiere al área de unidad cuidados intensivos. Al estar en contacto con el intervenido y sobre todo en el momento de entrar en el quirófano, que es un momento en que el paciente enfermo siente cierto nerviosismo y angustia el celador deberá mostrar siempre una actitud positiva, una actitud de que está en buenas manos. Asimismo, deberá recibir con agrado y seriedad las órdenes e instrucciones que le encomienden y se demanden para el bienestar del intervenido. El celador es un gran apoyo dentro del quirófano, es una pieza fundamental dentro del sistema de salud.

5 Discusión-Conclusión

De la exposición de la importancia del trabajo que efectúa el celador en el servicio, zona o área quirúrgica, destacaremos y llegamos a la conclusión sobre todo del beneficio al paciente enfermo y el no incurrir en las transmisiones de enfermedades, ya que estudios recientes demuestran que las principales causas y orígenes de infección operatoria son el enfermo y el personal. Por este motivo es fundamental que el celador (al igual que el resto de profesionales que estén presentes o que tengan contacto con el paciente que se va a intervenir) debe ser conocedor de las estrictas normas y protocolos en cuanto a la higiene y limpieza.

6 Bibliografía

http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm
<http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema->
<https://www.seap.es/>

Capítulo 84

INVESTIGACIÓN EN ENFERMEDADES NOSOCOMIALES EN SU PREVENCIÓN POR PARTE DEL PROFESIONAL CELADOR

CONSOLACION DOMINGUEZ LOAISA

RAUL GARCIA CALVO

JESUS LOPEZ REJON

JOSE MARIA CALVO ZAPATA

ANASTASIA DOMINGUEZ LOAISA

1 Introducción

Las infecciones, trasmisiones o contagios en los hospitales concretadas así, comúnmente y conocidas en la esfera hospitalaria como infecciones o contagios nosocomiales, deben ser tratadas por todo el personal trabajador en los centros hospitalarios, debido a su importancia y repercusión nefasta para los enfermos así, como para los profesionales de la salud en este estudio hablaremos de la figura del profesional celador ya que va a ser este el que juega un papel muy esencial e importante con el trato y contacto con el paciente enfermo, ya que es uno de los trabajadores de la salud, que más se va a movilizar por todo el centro o institución hospitalaria, en cuanto a servicios, departamentos, servicios o unidades.

Resulta de vital importancia conocer y estar instruidos las normas y protocolos en cuanto a la adecuada y correcta manera de actuar de una buena prevención de por parte del profesional de profesional celadores para evitar y prevenir la propagación y dispersión de los microorganismos patógenos de patologías infectocontagiosas tanto a otros profesionales de la salud, como la contaminación de los fómites o estancias en las que vaya, así, como a otros enfermos.

Las principales medidas que debe adoptar el profesional celador ante el enfermo contagioso serían las siguientes:

Identificar el enfermo con patologías transmisibles.

- Adoptar medidas profilácticas y barreras necesarias. Lavado de manos, calzas, gorro o mascarilla, gafas, bata, guantes y cualquier otro material que se considere importante.

2 Objetivos

- Describir los aspectos básicos a tener en cuenta por parte del celador en la prevención de enfermedades nosocomiales.
- Exponer la importancia de la prevención con pacientes enfermos contagiosos.

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 búsqueda en internet. Así mismo en los buscadores Google, Scielo, Pubmed.

4 Resultados

Ante cualquier duda durante el traslado o relación con el enfermo contagioso, esta debe ser resuelta antes de iniciar acabo la tarea.

- Toda posible lesión que pueda llevar a un contagio debe cubrirse antes de iniciar la actividad.
- Siempre que terminemos el contacto con un enfermo contagioso, es necesario realizar una higienización completa de manos y si es necesario el cambio de uniforme u cualquier otra prenda u objeto que puede conllevar al contagio por contacto a otro enfermo.

También es importante conocer los tipos Aislamientos Hospitalarios, una desinformación puede ocasionar un riesgo irreparable:

- Estricto: se suelen contagias por el aire o por contacto físico. Ejemplo sería la varicela, herpes, viruela...
- Inverso: protegemos el enfermo inmunodeprimido. Ejemplos de paciente enfermo inverso sería un trasplantado un gran quemado.
- Contacto: se contagia de individuo a individuo , por objeto contaminado o heridas abiertas.
- Entérico: se suele contagiar por contacto directo o indirecto con las secreciones y heces. Ejemplo más común sería la gastroenteritis bacteriana o vírica.
- Respiratorio: se contagia a través del aire por gotitas o partículas de polvo que contienen el agente infeccioso. Ejemplo sería la tuberculosis.
- Parental: se suele contagias a través de la sangre o líquidos orgánicos. Un ejemplo sería el sida.

Otro punto importante y trascendental a destacar es saber cuándo un profesional celador debe apartarse de su profesión porque ha contraído una patología. Se hace una breve relación de las patologías más comunes y la recomendación de los especialistas:

- Conjuntivitis: debemos apartarnos del trabajo hasta que haya cedido la secreción, ya que cualquier contacto con un objeto inerte puede ocasionar el contagio a otra persona.
- Gastroenteritis aguda: lo recomendable sería 24 horas después de que desaparezcan los síntomas.
- Gripe: hasta 5 días después de comenzar con la clínica.
- Herpes zóster localizado: lo recomendable sería hasta que todas las lesiones sean costras.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar de las medidas a tomar en cuanto a la transmisión de las patologías infecto-contagiosas por parte del profesional celador es que juega un papel importante con y hacia los pacientes enfermos, es por eso que se debe recordar y actualizar continuamente las medidas y protocolos que se deben adoptar en cada situación. Es fundamental conocer los tipos de aislamiento que podemos encontrar con los pacientes enfermos contagiosos para poder adoptar una buena higiene y unas medidas profilácticas seguras. Otra base fundamental para evitar el contagio que en ocasiones pasa completamente desapercibida es las propias patologías que puede adquirir el propio trabajador.

6 Bibliografía

1. Guía de aislamiento para enfermos con infecciones o contagios transmisibles. Consejería de Salud y servicios sanitarios. Servicio de Salud de Principado de Asturias.
2. <https://scholar.google.com>
3. <https://www.cochrane.org>

Capítulo 85

TRABAJO SOCIAL Y EL BURNOUT DE LAS/LOS CUIDADORAS/ES INFORMALES. QUÉ ES, CÓMO RECONOCERLO Y MEDIRLO Y LA BRECHA DE GÉNERO

SERGIO YBARRA DIEZ

1 Introducción

El incremento de la población dependiente, debido principalmente al aumento de la esperanza de vida, mayor población envejecida en nuestra sociedad y a enfermedades relacionadas con este aumento de longevidad como son la demencia senil o el Alzheimer, ha causado que cada vez haya mayor población que está llevando a cabo los cuidados de sus familiares dependientes, siendo en su mayoría mujeres las que realizan este tipo de cuidados.

Estas personas cuidadoras familiares o cuidadoras informales acuden a las/los profesionales de trabajo social de su Centro de Atención Primaria (muchas veces derivadas por el personal sanitario de medicina y enfermería) para informarse de las ayudas que pueden tener con la Ley de Dependencia para el cuidado de estos familiares en su hogar. Como profesionales debemos intentar, además de ayudarles con la problemática que demandan respecto a sus familiares dependientes, trabajar junto a la persona cuidadora para evitar que se produzcan riesgos físicos y psicoemocionales, estos últimos son especialmente destacables en cuidadores de personas con demencia.

Evitar o actuar sobre el burnout o síndrome del cuidador quemado es primordial en el trabajo con estas personas cuidadoras. Para ello debemos conocer qué es el burnout, cómo medirlo y los síntomas que muestran las personas que lo sufren.

2 Objetivos

- Comprender qué es el burnout y sus síntomas para poder actuar con la persona que lo sufre.
- Conocer los instrumentos de medición que tenemos a nuestro alcance para la práctica profesional.
- Advertir la diferencia de carga de cuidados en relación al género.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación en 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 trabajo social hoy al tratarse desde la perspectiva del trabajo social; o geriatric area, ya que la mayoría de personas cuidadoras informales cuidan de sus familiares ancianos. También la propia experiencia profesional.

4 Resultados

Nuestra sociedad actual está cada vez más envejecida y esto conlleva un incremento de las personas dependientes, las cuales son cuidadas por personas de su entorno. Estas personas cuidadores informales son en su mayoría mujeres (hijas, sobrinas, nietas, en algunas ocasiones esposas si son más jóvenes...), ya que la carga de los cuidados informales en nuestra sociedad sigue mostrando una diferencia en relación al género. La carga de los cuidados dentro de ámbito familiar sigue asociándose al género femenino, a las mujeres de la familia y socialmente de manera subjetiva está más aceptado que sean ellas quienes realicen estos cuidados informales.

Llevar a cabo estas labores de cuidados informales afecta a la vida laboral, familiar y social de las personas cuidadoras, ya que deben emplear muchas horas de

su día a día en el cuidado de esa persona dependiente, destacando el cuidado de las personas con Alzheimer y otras demencias. Realizar estos cuidados afecta al cuidador/a informal no solo de manera económica y social, sino también a nivel psicológico, emocional y físico, ya que las personas cuidadoras pueden desarrollar altos niveles de estrés, tensión, depresión y esto afecta también a su estado anímico y físico.

Cuando estas personas cuidadoras acuden al profesional de trabajo social de su centro de atención primaria u hospitalario, generalmente llegan derivados por profesionales de enfermería y/o medicina, principalmente pidiendo información sobre la Ley de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre) y en muchas ocasiones cuando ya se ven desbordadas en el cuidado de esa persona dependiente. Sin duda les informaremos sobre la solicitud de dependencia, pero este momento es importante para que, como profesionales de Trabajo Social, realicemos durante esta primera entrevista una primera medición del estado de esta persona cuidadora.

Para conocer y medir su estado respecto a su labor de cuidador/a informal podemos usar la Escala Zarit, que consiste en 22 preguntas que la persona puntúa de 0 (nunca) a 4 (casi siempre), si la persona tiene una puntuación mayor de 46, ya se puede considerar que sufre una sobrecarga respecto a su trabajo como cuidador/a informal y si es superior a 56 se considera sobrecarga intensa.

Otro recurso que podemos usar es el Cuestionario MBI (Maslach Bournout Inventory), creado por Maslach y Jackson, que también consta de 22 preguntas y con el cual podemos evaluar con qué frecuencia e intensidad se sufre el burnout. Se valorarán los 22 ítems con una puntuación de entre 0 (nunca) y 6 (siempre/todos los días). Este cuestionario mide 3 aspectos: el agotamiento o cansancio emocional (CE), la despersonalización (DP) y la realización personal (RP). Cuanto mayor sea la puntuación de CE y DP mayor será la sobrecarga del cuidador/a informal; sin embargo, respecto a la RP, será mayor el desgaste a menor puntuación obtenida.

En la subescala CE se considera una carga media obteniendo entre 19 y 26 puntos y con 27 o más puntuación una sobrecarga alta. Respecto a la DP se considera que la persona sufre carga en su papel de cuidador/a entre 6 y 9 puntos y sobrecarga con 10 o más. Por último, la subescala RP debemos considerar sobrecarga cuando la puntuación es inferior a 33 puntos, y una carga media cuando está entre 34 y 39.

Con estos medios podemos medir el nivel de burnout de una persona cuidadora,

pero, ¿qué es el burnout?

El burnout es el síndrome de estar agotado por el trabajo. Para las personas cuidadoras informales, estos cuidados que realizan a sus familiares dependientes suponen un cambio radical su vida. En ocasiones pueden ser cambios graduales, comenzando por pequeñas ayudas que van aumentando con el tiempo al aumentar el deterioro cognitivo y/o físico (como ocurre con demencias) y en otras ocasiones la labor de cuidador/a familiar aparece de forma repentina (como por ejemplo ante un ictus o una rotura de cadera).

Las personas que sufren burnout por su labor de cuidadoras informales desarrollan varios síntomas como deshumanización, irritabilidad, fatiga, frustración, sentimientos negativos hacia la persona que cuida, autoconcepto negativo de sí mismas y de la labor que realizan...; también se produce, estrés laboral (en muchas ocasiones estas personas deben dejar su trabajo para dedicarse totalmente al cuidado de su familiar), afecta a la situación económica, a su vida social, conflictos familiares... Esto también afecta a nivel comunitario debido a un aumento de citas médicas que requiere la persona cuidadora.

Por todo ello es importante, como profesionales del ámbito socio-sanitario, que sepamos medir y reconocer los síntomas del burnout para poder trabajar junto a la persona cuidadora informal y apoyarla en su autocuidado personal además de las ayudas que pueden recibir por parte de la Ley de Dependencia.

También podremos ayudar a las personas que sufran burnout mediante estancias residenciales temporales para respiro de la persona cuidadora, derivándolas a grupos de apoyo si existen o a otros profesionales (como pueden ser por ejemplo de enfermería -para ayudarles en las pautas de cuidados y que se sientan más seguras a la hora de realizarlos- o de psicología).

5 Discusión-Conclusión

Es importante, tanto para la persona cuidadora informal como para el conjunto de la sociedad (ya que es una problemática que se produce cada vez más debido al aumento de población mayor y dependiente) que sepamos como profesionales de Trabajo Social qué es el burnout que sufre una persona que lleva a cabo el trabajo de cuidadora informal, observar los síntomas y medir el nivel de burnout que sufre para evitar males mayores tanto para sí misma como para la persona que está a su cuidado y para el conjunto de la sociedad.

Podemos destacar la brecha de género que existe en la realización de estos cuidados, ya que es su gran mayoría siguen siendo las mujeres de la familia las que se encargan de realizar estos cuidados, afectando además de a su salud física y psicoemocional, al ámbito económico, laboral, familiar y social de esta mujer.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFIA:

- Trabajo Social hoy [Internet] [Citado 03 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.trabajosocialhoy.com/articulo/66/trabajo-social-y-cuidadores-informales-analisis-de-la-situacion-actual-y-propuesta-de-intervencion>
- Geriatric Area [Internet] [Citado 03 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2015/12/12/que-es-el-burnout-o-sindrome-del-cuidador/>
- Hipocampo [Internet] [Citado 03 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.hipocampo.org/zarit.asp>
- Elsevier [Internet] [Citado 04 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-sobrecarga-burnout-cuidadores-informales-del-S1665706315000184>
<https://multimedia.elsevier.es/PublicationsMultimediaV1/item/multimedia/S1138359320300630:mmc1.pdf?idApp=UINPBA00004N>
- Scielo [Internet] [Citado 05 diciembre 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100006

Capítulo 86

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN EL AMBIENTE LABORAL

BEATRIZ MENÉNDEZ PÉREZ

1 Introducción

Comencemos este trabajo, definiendo el concepto de "comunicación", el cual es una acción cuyo objetivo es el de intercambiar información, es decir, es el proceso por el cual una persona se relaciona con su entorno o con otras personas, mediante un código común. El emisor enviará dicho código mediante un canal de comunicación. El objetivo que perseguirá será obtener una respuesta, de no obtenerla, no se habrá entendido correctamente la información, es decir, no se ha producido la comunicación.

Una correcta comunicación en el entorno laboral, es muy importante, ya que:

1. Fomenta la integración social.
2. Proporciona información importante y necesaria para ayudar a otras personas a tomar decisiones.
3. Hace que las personas se relacionen entre ellas, a la vez que las motiva.
4. A través de una buena comunicación, se puede llegar a importantes acuerdos.
4. Facilita que las personas expresen lo que sienten y piensan.

Para que el proceso de comunicación cumpla su objetivo, es necesario la presencia de cinco elementos, como son:

1. Emisor: Es la persona que emite o produce el mensaje.
2. Receptor: Es la persona que recibirá el lenguaje.
3. Mensaje: Es la información que se desea transmitir.

4. Código: Forma en la que el emisor transmite el mensaje. Si lo transmite de forma lingüística puede hacerlo de dos formas: oral o escrita. En cambio, si lo transmite de forma no lingüística lo hará acorde a uno de estos tres métodos: visual, gestual y auditivo.
5. Canal de comunicación: Medio mediante el cual se transmite el mensaje.

2 Objetivos

Los objetivos que persigo al elaborar este capítulo son:

1. Definir el concepto de "comunicación".
2. Mencionar los cinco elementos que deben estar presentes para conseguir una correcta comunicación.
3. Resaltar la importancia de una buena comunicación por parte del celador.

3 Metodología

El presente capítulo ha sido realizado llevando a cabo una investigación exhaustiva, consistente en una revisión sistemática sobre la literatura existente acerca del tema que estamos tratando. Para ello, he realizado una búsqueda sistemática en libros, así como, en diferentes páginas web relacionadas con la temática objeto de estudio.

4 Resultados

La figura del celador, es una pieza fundamental dentro del sistema sanitario. Este tipo de profesional, está en permanente contacto con los pacientes, los visitantes y los usuarios de la institución, por lo tanto, resulta necesario que tenga en cuenta una serie de pautas en materia de comunicación, que le conducirán a mejorar la relación entre: enfermo, celador y familia. En primer lugar, el celador deberá adaptarse o adecuarse al tipo de paciente con el que está tratando, es decir, no deberá tratar de igual forma a un paciente pediátrico que a una persona adulta. Además, deberá respetar y entender al enfermo en aspectos tales como: cultura, religión, etc., evitando en todo caso las opiniones o juicios de valor. A lo dicho anteriormente, es fundamental añadir la importancia que tiene el hecho de que el celador conozca el concepto sociocultural del paciente, de esta forma, empleará un lenguaje libre de tecnicismos y usará frases cortas y precisas. La actitud y

comportamiento que muestre el profesional, influirá positiva o negativamente en el proceso de comunicación con el enfermo.

El celador se mantendrá en silencio mientras el paciente se expresa, es decir, evitará interrumpirle, ya que, es posible que esté exponiendo la preocupación por su dolencia. Este no percibirá jamás desinterés por parte del profesional, en cambio, se sentirá comprendido y escuchado. Debemos respetar, además. El silencio del paciente, evitando en todo momento que se sienta presionado al hablar. Sería ideal, demostrar al paciente que hemos entendido correctamente lo que acaba de expresar, por ejemplo, podemos resumir brevemente lo que nos acaba de decir. A lo anterior lo denominamos "escucha activa". En cambio, si realizamos algún gesto que le transmita que hemos escuchado y entendido el mensaje (sonreír, asentir, etc.), lo denominaremos "escucha pasiva".

5 Discusión-Conclusión

Bajo mi punto de vista y una vez expuesto el capítulo, considero de enorme importancia la formación de los celadores, así como, el resto de personal que presta sus servicios en la institución sanitaria, en la materia que estamos tratando. Resulta fundamental que entre el profesional y el paciente exista una correcta comunicación, por lo que, la institución sanitaria debería impartir cursos y talleres que proporcionen pautas adecuadas, que ayuden al trabajador a mejorar en este ámbito de su trabajo. Además, el centro sanitario, resaltaré la importancia de mantener una buena comunicación, lo que desembocará en la mejora de las relaciones interpersonales, cuyas bases son: confianza, respeto, sinceridad y honestidad.

6 Bibliografía

- Libro preparación de oposiciones en la categoría de celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Editorial MAD.
- Wikipedia.
- www.usa.gov
- www.who.int
- www.revistamedica.com

Capítulo 87

PRINCIPIOS DE LA ALIMENTACIÓN TERAPEÚTICA: ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

MARÍA JOSÉ FAL MIYAR

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son aquellas que se producen en el corazón y los vasos sanguíneos y que afectan en realidad a todo el organismo especialmente, cerebro, piernas y pulmones. Con el paso de los años las arterias pueden obstruirse por la acumulación de grasa o con la consecuente disminución en el flujo sanguíneo que ocasiona hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca o infarto de miocardio.

En el caso de la hipertensión arterial se manifiesta en las tomas de tensión cuando la presión sube por encima de lo normal –en adultos 140/90. En estos casos lo primero es eliminar el tabaco y la sal como primera medida aunque más adelante veremos los cambios alimentarios que requiere.

Por su parte la insuficiencia cardíaca se debe a que el miocardio no puede bombear la sangre adecuadamente. La causa más común se debe a un estrechamiento de los vasos sanguíneos que impide el correcto circular de la sangre y el oxígeno. Debe acudir al médico ante la mínima sospecha o la aparición de síntomas como cansancio, hinchazón de pies o tobillos, fatiga, tos o inapetencia. Y por último, entre las enfermedades cardiovasculares encontramos el infarto agudo de miocardio producido porque una porción del músculo cardíaco deja de funcionar cuando se obstruye completamente una arteria coronaria. Aunque las causas son múltiples se puede prevenir dejando el tabaco y el alcohol, llevando

una dieta rica en verduras, legumbres y cereales así como haciendo ejercicio diario.

2 Objetivos

- Relacionar los alimentos y dieta aconsejable para cada una de las patologías cardiovasculares
- Estudiar las dietas hospitalarias adecuadas para la hipertensión, la insuficiencia cardíaca y el infarto agudo de miocardio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas así como recomendaciones alimentarias para los diferentes tipos de enfermedades cardiovasculares así como las pautas de este tipo de dieta hospitalaria.

4 Resultados

En el caso de la hipertensión arterial lo fundamental para empezar a combatirla es eliminar la sal, el tabaco y el alcohol. Además hay que adoptar los cuatro pilares que controlan eficazmente la presión arterial:

- el consumo de agua ayuda a favorecer la buena circulación de la sangre.
- el aceite de oliva virgen extra por su calidad tiene un alto efecto antiinflamatorio y los ácidos grasos monoinsaturados ayudan a mantener sanas las arterias.
- los frutos secos como nueces, almendras, avellanas y pistachos además de efecto antiinflamatorio poseen antioxidantes y reducen el colesterol.
- frutas y verduras frescas al natural por su aporte en agua y fibra.

Además debemos tener en cuenta una serie de alimentos a evitar:

- cereales y derivados como el pan con sal, bizcochos , patatas fritas de bolsa o precocinados como pizza.
- verduras y hortalizas en conserva, enlatadas, o en bote así como preparados de verduras y sopas comerciales.
- frutas y frutos secos: frutas en conserva, zumos envasados, aceitunas, y aquellos frutos secos con adicción de sal o agua de sal.

- carnes y huevos como las ahumadas (beicon, tocino o salchichas), precocinados y congelados, embutidos y carne de caza.
- pescados y mariscos como los precocinados, los mariscos en general y especialmente las huevas.
- leche y derivados lácteos como los quesos duros, envejecidos, extra grasos y fermentados.
- grasas como la mantequilla con sal.

Además para evitar la ingesta de sal buscaremos sustitutos en plantas olorosas, hierbas aromáticas, condimentos como las finas hierbas, ácidos como el vinagre y el zumo de limón así como hortalizas como el apio, el ajo, los puerros, etc.

En cuanto a la dieta para tartar la insuficiencia cardiaca, que hay que recordar que es una enfermedad crónica, parte de tres medidas fundamentales:

- Reducción de sal. Sustituirla por condimentos o hierbas aromáticas y deberá leer atentamente las etiquetas cuando se va a la compra.
- Reducción de grasa de la dieta. Retirar alimentos como embutidos, los derivados lácteos como mantequilla y queso, productos de pastelería y bollería, las carnes rojas, la yema de huevo y los fritos y rebozados.
- Reducción de peso si existe obesidad.

En el caso de los pacientes que acaban de sufrir un infarto de miocardio la dieta será elaborada de manera personalizada por su médico y la nutricionista pero en todo caso:

- los ácidos grasos saturados aportarán un 8% de las calorías totales. Este tipo de ácidos se encuentran en los lácteos, quesos, carnes, mantequilla, aceites vegetales.
- los ácidos grasos polinsaturados no debe sobrepasar el 10% de las calorías diarias. Aquí encontramos ácidos grasos como el omega 3 presente en pescados azules y el omega 6 presente en frutos secos y cereales.
- los ácidos grasos monoinsaturados pueden aportar hasta el 15% de las calorías y entre ellos, encontramos el aceite de oliva y los frutos secos.
- los hidratos de carbono aportarán el 55% de las calorías diarias para lo que hay que aumentar el consumo de frutas, verduras y cereales hasta que constituyan cinco raciones diarias.
- las proteínas serán el 15% de las totales presentes en las carnes blancas, legumbres, pescado blanco y huevos.

5 Discusión-Conclusión

El cambio de estilo de vida que hemos experimentado en las últimas décadas hacia un modelo laboral más sedentario desarrollado en grandes ciudades, en donde la movilidad se realiza en transporte público o el coche, está transformando también nuestra alimentación hacia maneras de comer más rápidas, alimentos muy procesados y con un exceso de grasas y azúcares. Así surgen enfermedades relacionadas con la obesidad y los problemas cardiovasculares que cuando son tratadas médicamente comportan una serie de cambios de hábitos encaminados precisamente a la reducción de la grasa, la sal y los azúcares.

La dieta mediterránea se ha convertido en un modelo admirado internacionalmente de alimentación saludable que se adapta perfectamente a este estilo de vida actual, más intelectual que físico, y en que ya no necesitamos platos muy calóricos.

6 Bibliografía

- Curso Principios de alimentación terapéutica en la asistencia sanitaria impartido por Fysa (Formación y Servicios Asesoría para Organizaciones Sindicales).
- “Gestión de la calidad de la seguridad e higiene alimentaria” de José Luis Armendáriz Sanz de ediciones Paraninfo (2013).

Capítulo 88

LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA

VANESA MARTINEZ VEGA

NOELIA OTERO BARTOLOMÉ

1 Introducción

No resulta sencillo saber qué es la calidad en la asistencia sanitaria y qué implica para el profesional y para el usuario de la sanidad. Sí parece que está más clara la calidad de un producto, el acabado, las prestaciones, etc., pero medir la calidad de un servicio no siempre es sencillo.

El concepto de calidad, según la RAE, sería “la propiedad o conjunto de propiedades que implica a una cosa y que nos permiten elegirla como igual, mejor o peor que los restantes de su misma especie”.

Podríamos decir que calidad es, ofrecer unos servicios que den seguridad, que cumplan con eficacia y que satisfagan las necesidades el cliente y al menor coste posible.

Para ver la calidad es necesario contar con indicadores que nos permitan medir y ver qué nos importa valorar. Identificaremos qué sería una buena práctica, podremos valorarla fijando el estándar de calidad a partir del cual lo estamos haciendo bien.

En el caso particular de la sanidad pública, necesitamos poder prestar los mejores beneficios para la salud, al mayor número de pacientes y con los recursos que tenemos al alcance.

Si cumplimos los deseos del paciente, haciendo que se sienta protegido, arropado, atendido correctamente, estaríamos ofreciendo un servicio de calidad.

2 Objetivos

Exponer la importancia de dar una atención sanitaria de excelencia, enfocada en la persona, cuidando las necesidades particulares de cada paciente y usuario.

3 Metodología

Para poder ahondar en el concepto de la calidad en asistencia sanitaria y cómo medirla, se ha investigado bibliográficamente sobre la literatura existente, se han consultado libros, se ha revisado la legislación y se han consultado diversos portales de páginas web.

4 Resultados

Para poder medir la satisfacción del paciente con los servicios prestados, podemos recurrir a la realización de encuestas de satisfacción, procediendo después al estudio y tratamiento de los resultados obtenidos en las mismas. De esta manera podemos obtener información que nos sirva para mejorar la atención a los pacientes, aunque vemos que no siempre sucede así.

Un buen servicio de asistencia sanitaria debe cumplir con los criterios de eficacia y eficiencia, ser seguro, acorde a la demanda, cercano, accesible y tener continuidad para que sea considerado de calidad.

Para poder gestionar la calidad, o cómo es su evolución, podríamos centrarnos en dos modelos la asistencia sanitaria: los que van encaminados a una mejora continua en los servicios prestados o los que se centran en la certificación y la excelencia.

Siempre debemos tener en cuenta los recursos disponibles con los que cuenta el sistema de salud, para poder decidir qué modelo de gestión de la calidad vamos a aplicar. Es lógico pensar que no se puede aplicar el mismo sistema de control de calidad a un servicio de salud público que a uno privado.

La calidad podría medirse por la calidad técnica de la atención prestada o por otros aspectos como los tiempos de espera o incluso al trato recibido por parte

del personal.

Todo esto que estamos viendo, es siempre desde la perspectiva del Servicio de Salud; si nos colocamos en la piel del paciente, la calidad puede llegar a englobar otros elementos; los pacientes podrían llegar a medir la calidad por la interacción con el profesional sanitario, los tiempos de espera para la consulta, listas de espera para una intervención quirúrgica o poder obtener la atención que necesita en cada momento.

5 Discusión-Conclusión

Falta de información, infraestructura tecnológica obsoleta, largos tiempos de espera para ser atendido o un centro que carezca de confort, podría englobar a los pacientes insatisfechos.

Comprender las necesidades del paciente, un trato amable, cercano, sentir que el profesional se preocupa por el paciente o que los tiempos de espera sean cortos, sería lo que cumpliría con la satisfacción del usuario.

Un sistema de salud de calidad pone al paciente por encima de todo, no se conforma con cubrir los mínimos de calidad, sino que siempre busca cubrir un mayor abanico de aspectos de la calidad, como pueden ser acceso, equidad o el respeto.

6 Bibliografía

- 1.<https://astursalud/noticias/calidad-en-la-asistencia-sanitaria>.
- 2.<http://www.rae.es>
- 3.<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>
- 4.<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap2AspeBasicGestCalidadAmbitoSanitario.pdf>

Capítulo 89

MOBBING EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL: FACTORES DE RIESGO

LAURA GONZÁLEZ ALONSO

MARTA APARICIO ROLDÁN

LUCIA MIRANDA MESA

MARÍA ANGELES ALONSO AGUIRRE

LUCIA FERNÁNDEZ MATILLA

1 Introducción

El acoso psicológico o mobbing, representa un repertorio de conductas hostiles que una o varias personas ejercen contra otra en el entorno laboral. Estas conductas suelen ser psicológicamente violentas, y se fundamentan en el abuso, la intimidación, etc.

Internacionalmente se conoce este fenómeno con distintas expresiones como pueden ser workplace bullying, conflicto en el lugar del trabajo, etc. Aunque, la Real Academia Española lo denomine como acoso en el trabajo, el vocablo mobbing es más preciso, ya que hace más referencia la connotación psicológica y mental de este tipo hostigamiento en el trabajo.

La palabra mobbing es un anglicismo del verbo “to mob” que significar rodear, asediar, cercar... a una persona u objeto, y Leymann, que fue un investigador pionero en el estudio de este fenómeno internacional, le quiso dar esta signifi-

cación al proceso de acoso para resaltar la importancia de la destrucción mental y psicológica en las víctimas.

El mobbing es más que un conflicto profesional entre dos trabajadores en el entorno laboral, este fenómeno es mucho más complejo y hace daño al entorno y al ambiente profesional de todo el grupo, organización, unidad, departamento, etc., en donde surja.

A nivel individual, la víctima del acoso o mobbing sufre consecuencias sobre su salud físicas y mental. Las consecuencias negativas del mobbing sobre los profesionales de la salud han estudiado en diversos estudios, que revelan tasas altas de depresión, ansiedad, pensamientos obsesivos y/o trastornos psicosomáticos como trastornos gastrointestinales, musculoesqueléticos, problemas de sueño...

2 Objetivos

Dar a conocer los principales factores de riesgo del acoso laboral psicológico en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para localizar los principales factores de riesgos del acoso laboral en el ámbito sanitario hemos realizado una búsqueda literaria de trabajos y estudios sobre el mobbing en el sector sanitario, en bases de datos de páginas científicas como Pubmed, Medline, Scielo... para realizar una posterior revisión exhaustiva para la extracción y obtención de datos objetivos y válidos para nuestra investigación. Las palabras claves utilizadas fueron: factor de riesgo, mobbing, sector sanitario. El periodo de búsqueda se realizó entre los meses de septiembre y octubre 2020, y el intervalo de publicaciones se limitó al periodo entre los años 2016 y 2020.

En una primera recolección se localizaron 23 trabajos que después de ser sometidos a criterios de inclusión/exclusión se resumieron a 8 estudios aprovechables para nuestro estudio.

4 Resultados

Una importante mayoría de los trabajos revisados hacen referencia a la edad como un factor de riesgo importante. En un alto porcentaje de estudios se observa que los profesionales sanitarios menores de 30 años suelen ser presentar

mayores riesgos para desarrollar el perfil de víctima. Muchos autores sitúan el rango de edad entre 18 y 25 años como el intervalo de mayor riesgo.

Por otro lado, también se encuentran algún estudio, pero menos, que señala a los trabajadores de la salud que estén solteros y entre 47 y 56 años, como otro posible grupo de víctimas del mobbing.

En referencia al sexo y estado civil, varios trabajos indican que ser soltero y del sexo masculino aumenta la posibilidad de padecer acoso laboral psicológico en el entorno laboral.

La menor experiencia profesional y un menor nivel de formación serían también unos posibles factores de riesgo en los sanitarios. A ello también se pueden sumar factores de origen institucional como una menor autonomía, escaso compromiso con la organización y una baja satisfacción laboral.

En relación con la unidad, servicio, centro... también se observa una diferenciación, y en departamentos como unidades de medicina interna o unidades de cuidados intensivos, se identifican mayores factores de riesgo de mobbing. En todo caso el turno nocturno es el turno con más incidencia de acoso laboral.

En el aspecto comunicativo, las organizaciones con escasa comunicación, con estilo de liderazgo autoritario, etc., son las más propensas y favorecedoras al desarrollo del mobbing en el entorno laboral sanitario.

Las consecuencias derivadas del acoso laboral mobbing sobre las víctimas se presentan como diversas reacciones fisiológicas, emocionales y sociales. Dentro de las reacciones fisiológicas se encuentran trastornos musculoesqueléticos, alteraciones gastrointestinales..., en las emocionales se identifican problemas de depresión, ansiedad, trastornos del sueño, etc., y dentro de las sociales la pérdida de comunicación y la falta de relación con la familia y el entorno de amigos.

5 Discusión-Conclusión

La escasez de literatura sobre el acoso laboral en el sector sanitario dificulta la creación y desarrollo de programas y protocolos de actuación en casos de mobbing en el ámbito profesional de la salud. Los principales factores de riesgo identificados son la edad, el estado civil, el sexo, la experiencia profesional, la formación profesional, el estilo de liderazgo, la comunicación dentro del grupo...

La investigación debe ir orientada a la comprensión del fenómeno del acoso psicológico, así como de las implicaciones que tiene para los trabajadores de la salud, usuarios y la propia organización.

La elaboración de unos protocolos de prevención sería muy deseable en beneficio de una mejora del clima organizacional y la consecuente optimización en la

atención a los pacientes.

6 Bibliografía

- Pérez Aldrete, J.A., Navarro Meza, M.C., Galván Salcedo, M.G., González Baltazar, R., y Aldrete Rodríguez, M.G. (2018). Características sociodemográficas y acoso sexual laboral en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud de Jalisco*. Año 6, núm. 1.
- Piñuel, I. (2003). *Mobbing: manual de autoayuda*. Editorial Aguilar. Buenos Aires, 258 p.
- Prieto-Orzanco, A. (2005). Hostigamiento laboral (mobbing) y sus consecuencias para la salud. *Aten Primaria*, 35(4) 213-216.
- Rodríguez Muñoz, A. (2011). Acoso psicológico en el trabajo: revisión de la literatura y nuevas líneas de investigación. *Med Segur Trab*, 57. Suplemento 1, 1-262.
- Topa Cantisano, G., Depolo, y Morales Domínguez, J.F. (2007). Acoso laboral: meta-análisis y modelo integrador de sus antecedentes y consecuencias. *Psicotherma*. Vol. 19, nº 1, 88-94.

Capítulo 90

EL ESTREÑIMIENTO INFANTIL

VERÓNICA ENCINAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

El estreñimiento es un problema muy común no solo en los adultos, sino también en los más pequeños. Los niños con estreñimiento tienen heces (también llamadas caca o evacuaciones intestinales) que son duras, secas y difíciles o dolorosas de sacar. Algunos niños con estreñimiento evacúan con poca frecuencia, y también se puede dar el caso de que algunas veces aguanten las heces, la causa más común es por haber pasado dolor.

El estreñimiento puede causar malestar, aunque a veces puede ser temporal, pero si no se trata a tiempo los síntomas podrían empeorar, llegando a agravarse y perdurando en el tiempo.

Existen algunos remedios para mejorar la salud digestiva de los más pequeños, como asegurarse de que consuma las cantidades indicadas de los cinco grupos de alimentos o establecerle una rutina para ir al baño, entre otros.

Lo más normal es que un niño defeque entre una o dos veces al día, pero estas pueden variar, como sucede con los adultos.

Otros niños podrían pasar dos, tres o incluso más días sin defecar normalmente, aquí ya vendría el problema y habría que tratarlo. Hay profesionales médicos especializados en trastornos digestivos, enfermedades del tracto gastrointestinal y el hígado, llamados gastroenterólogos. La primera visita debería ser con su pediatra habitual y si esta patología se agrava, llegando a durar semanas debería tratarlo dicho especialista.

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer los síntomas que derivan a un estreñimiento también sus causas, como poder tratarlo y como poder ayudar a un niño a tener mejores hábitos intestinales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen numerosos síntomas de estreñimiento:

- Varios días sin evacuar normalmente.
- Dolor abdominal o de estómago, cólicos, náuseas, etc.
- Sangrado por el recto, tener fisuras.
- Evacuaciones intestinales que obstruyen el inodoro.
- Hay veces que pueden apretar su trasero y aunque parezca que está empujando las heces hacia afuera lo que hace es que está tratando de contenerlas porque le duele al salir.

En estos casos es muy importante programar una visita con un pediatra de digestivo especializado para que recete un tratamiento que sea eficaz. Es el gastroenterólogo el médico con capacitación y experiencia en el manejo de enfermedades del tracto gastrointestinal.

Un niño puede realizar evacuaciones intestinales que parecen diarrea. Esto es cuando contiene las heces por bastante tiempo y estas se acumulan de manera que se hacen más grandes, el recto se expande, y es posible que el niño no sienta la necesidad de ir al baño. Se vuelven tan vastas que no se puede solucionar ni con un edema, laxante u otro tratamiento. A veces, solo pueden salir heces líquidas que filtran en la ropa interior, es lo conocido como encopresis, también llamada incontinencia fecal o evacuación involuntaria, y esto se convertiría en una causa grave. Puede mejorar pero ya debería ser tratado por un gastroenterólogo y tardaría meses.

Algunas de las causas más comunes del estreñimiento son:

- La retención de heces. El niño no desea evacuar por diferentes razones (dolor, no querer dejar de jugar para ir al baño porque está entretenido, retención por encontrarse fuera de casa, etc.).
- Por enfermedad. Si el niño se encuentra indispuesto y pierde apetito o se produce un cambio en su dieta.
- El efecto secundario de algunos medicamentos.
- La dieta, la falta de fibra o líquido no causa estreñimiento. Pero no consumir una cantidad suficiente de las diarias recomendadas de alimentos saludables de los 5 grupos, incluidos los que son grandes fuentes de fibra, puede afectar los patrones intestinales.
- Cambios en la rutina diaria.

El estreñimiento puede empeorar si no se trata. Cuanto más tiempo permanecen las heces dentro del intestino grueso "o colon", más grandes y secas se vuelven. Entonces duele pasarlas. Esto inicia un ciclo. El niño tiene miedo de defecar y lo retiene aún más.

El estreñimiento no suele ser un problema en los bebés, puede convertirse en un problema al comenzar con alimentos sólidos y su pediatra puede sugerir cambios en la dieta o recetar un medicamento para ayudar a ablandar y evacuar las heces un ejemplo de ello es el principio activo de Macrogol 4000.

Para dar cualquier tipo de fármaco este, siempre debe ser recetado por un médico especializado porque pueden ser dañinos para los niños si se usan incorrectamente, y hay que tenerlo muy en cuenta.

Existen pautas para poder desarrollar unos buenos hábitos intestinales.

Establecer una rutina para ir al baño, elegir una hora habitual y recordarle al niño que debe ir al inodoro todos los días. Asegurarse que consume las cantidades recomendadas de alimentos saludables de los cinco grupos (incluidas las fuentes de fibra) y animar al niño a mantenerse activo.

5 Discusión-Conclusión

El estreñimiento infantil es un problema muy común en los niños. Existen varias causas que pueden provocarlo como la retención de heces o la dieta alimenticia. Los síntomas más comunes por estar varios días sin defecar, son dolor abdominal, cólicos, náuseas... un malestar generalizado.

Para poder desarrollar unos buenos hábitos intestinales en los niños es muy importante seguir unas rutinas para ir al baño, realizar una dieta variada y con alimentos saludables de los cinco grupos de alimentos, no sólo la fibra, y a su vez animar al niño a mantenerse siempre activo. Si llega a convertirse a estreñimiento

crónico y no ocasional se debe visitar a un medico pediátrico especializado en trastornos digestivos o gastroenterólogo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 91

FUNCIONES Y PAPEL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

GIOCONDA ESPERANZA VALENZUELA SALVATIERRA

DELPHINA NAVARRO JUAREZ

MARÍA VICTORIA MARÍN GONZÁLEZ

JESSENIA MARIBEL CHIPANTIZA TENORIO

ROSEMERY WONG RUIZ

1 Introducción

Los celadores que trabajan en este servicio debido a la gravedad y las propias particularidades de estos enfermos encamados deberán tener una preparación eficiente sobre movilidad de estos, agilidad y efectividad, estar correctamente uniformados y saber perfectamente cuáles, son sus funciones y colaboración con el resto del personal. El celador de la UCI como tal, ejercerá un refuerzo al personal de la unidad y es el nexo de unión con otros servicios del hospital.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio sumamente especializado y equipado a pacientes con graves enfermedades o dolencias que no pueden ser atendidas en planta hospitalaria, ya que estos pacientes precisan de un cuidado y tratamiento especial por su situación.

Se trata de un área polivalente de acceso restringido donde se da una atención durante todo el día a pacientes que se encuentran en estado de gravedad.

El que un hospital tenga una unidad de cuidados intensivos proporciona a este de la posibilidad de dar unos cuidados de calidad a los pacientes.

La UCI está conformada por médicos especializados en atender dichos tipos de pacientes graves con amplia experiencia en manejo de todo tipo de pacientes críticos, desde cardiólogos hasta politraumatizados y post-operados complicados.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que realiza este personal no sanitario (celador de Unidad de cuidados intensivos) en dicha área del hospital.
- Destacar el papel fundamental que el celador de Unidad de cuidados intensivos realiza y ensalzar la importancia de sus funciones en esta.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pacientes que se trasladen tendrán que ir correctamente monitorizados, con controles constantes de signos vitales. El celador tiene que transmitir tranquilidad tanto al paciente como a los familiares, ser riguroso, eficaz y resolutivo, ya que este es un servicio de alta complejidad que debe brindar un cuidado integral a aquellas personas críticas en salud. Será importante su ayuda en las labores de movilización y traslado y su colaboración estrecha con el resto del personal y esencial su labor como nexo con el resto de servicios.

Por ejemplo, en el turno de mañana deberá establecer unos objetivos claros junto con el resto de personal en cuanto a las altas y las pruebas a efectuar. Tendrá que trasladar las muestras si es preciso y se encargará también de poner en los boxes el material desechable en caso de aislamiento. Serán los encargados de la entrada de familiares en hora de visita, así como de avisar de su finalización y observar el

correcto funcionamiento con la obligatoriedad del uso de bata y calzas. También recogerán los cubos llenos para su sustitución.

En el turno de tarde se efectuarán las mismas labores y en el de noche además colaborarán con las auxiliares de enfermería en movilización, vaciado de bolsas, etc.

En esta unidad el celador procurará no realizar ruidos innecesarios y será una persona con amplia formación en la movilización dado que las características de los pacientes, encamados y muchas veces inconscientes hace necesaria esta capacidad.

Por lo tanto, el celador al igual que el resto del personal debe conocer perfectamente las diferentes posiciones sanitarias como decúbito supino, decúbito prono, lateral.

Los celadores en esta unidad permanecerán uniformados con batas asépticas cada vez que entren o salgan dado el estado de los pacientes. La atención que se le proporciona al paciente en esta unidad ha de ser vista de forma integral, por lo tanto, ha de existir una correcta coordinación con todo el equipo y toda la infraestructura necesaria. El celador no es la persona encargada de salvar vidas, pero si pasa mucho tiempo en contacto con los pacientes y saber hablar, tranquilizar y acompañar en esta situación puede ser una de las responsabilidades más satisfactorias.

5 Discusión-Conclusión

Al ser una de las áreas más específicas tendremos que realizar formación para cumplir efectivamente con nuestras funciones y orientarnos bien. Tener conocimientos adecuados y específicos contrastados y en colaboración con el resto de los compañeros para hacer un buen equipo y ayudarnos eficazmente consiguiendo que el tiempo de permanencia del paciente sea menos traumático. La experiencia de trabajar en esta unidad donde el paciente se aísla. Temporalmente de su grupo familiar para ser observado quedando al cuidado de personal desconocido para él conduce a reflexionar acerca de sus necesidades de carácter emocional, sensitivo y de confort. Esta atención permanente, el estrés de no saber que, va a pasar y el poco descanso del paciente produce una desorientación que debemos tener en cuenta a la hora de realizar nuestra labor en la unidad.

6 Bibliografía

1. El celador en la Uci. Juan Tomás Giménez Casos.

2. Ana Owen. Monitorización en Cuidados Intensivos. McGraw- Hill Interamericana de España. 1993.
3. A. Esteban; C. Martín. Manual de Cuidados Intensivos para Enfermería

Capítulo 92

LA IMPORTANCIA DE LA FIGURA DEL CELADOR EN LA ESFERA DE LA SALUD

GIOCONDA ESPERANZA VALENZUELA SALVATIERRA

MARÍA VICTORIA MARÍN GONZÁLEZ

DELPHINA NAVARRO JUAREZ

JESSENIA MARIBEL CHIPANTIZA TENORIO

ROSEMERY WONG RUIZ

1 Introducción

El celador es el trabajador que efectúa los desempeños y las funciones dispuestas en el punto número 2, del artículo 14 del Estatuto del personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social y está en posesión del conveniente Certificado de Escolaridad o de una titulación equivalente (o con categoría profesional registrada en Ordenanza Laboral o por un Convenio Colectivo).

En la práctica sanitaria un celador es aquel profesional que en el hospital moviliza y transporta a los enfermos, lleva documentos y efectúa tareas en apoyo al personal sanitario.

Es importante y muy significativo desarrollar este citado artículo debido a las distintas y tantas funciones que efectúa en la esfera sanitaria para presentar el

cometido, el desempeño y en que zonas, sitios, unidades y servicios sanitarios lo desarrolla.

El cometido y desempeño del celador es por tanto fundamental dentro de los equipos multidisciplinarios para el cuidado y asistencia integral del paciente enfermo a tratar, así como, además, es muy importante y significativa su formación profesional y actualización en todo momento para poder ofrecer un apoyo y cuidados sanitarios de calidad.

La figura del celador tiene una función muy importante en referencia al apoyo interno para los profesionales sanitarios, ya que van a ser imprescindibles son sus asistencias en el auxilio de aquellas tareas por decir una de ellas de quirófano de cirugía mayor, así como las que le sean ordenados por facultativos, Supervisoras o Enfermeras/os o de los técnicos en cuidados de enfermería, sin obviar las que efectúan en cuanto al control interno de los pacientes enfermos y sus familiares y el control y manejo de personas y usuarios en el Área de Urgencias.

2 Objetivos

Describir la figura del profesional del celador según la legislación vigente establecida en la actualidad, sus funciones, cometidos y las distintas categorías dentro de la profesión del celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las Funciones y cometidos o puestos que desempeñan los celadores se ve referenciadas en el artículo 14, en su punto número 2, del Estatuto aprobado de Personal No Sanitario y que ejecuta y realiza su tributo laboral de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Dicho estatuto se originó a través de una Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de

Julio del año 1971. Es por lo que debemos hacer saber en esta exposición y tener en consideración que las funciones y desempeños del celador no se han actualizado ni desarrollado convenientemente al paso del tiempo desde hace más de unos 40 años y sí que es cierto que hay diversas Comunidades Autónomas que han conseguido llegar a establecer sus propios reglamentos y protocolos en cuanto al desempeño que debe realizar acorde con los tiempos de un celador.

Entre las funciones y desempeños de la figura de celadores estas son algunas de las más usuales que efectúa un celador en la esfera sanitaria:

- Ayuda y apoyo en la acomodación de los enfermos, trasladar objetos, mobiliario y documentaciones que le sean confiados siempre por un superior, ejecutar las diferentes y diversas ocupaciones de apoyo al profesional sanitario, asimismo será encargado de la vigilancia del área o zona del centro donde trabaja, apoyara y ayudara a la conveniente higiene de enfermos, deberá estar al tanto de que se guarde el mayor silencio y en el mejor orden posible de las dependencias, muy extraordinariamente puede acometer tareas de limpieza, en los laboratorios experimentales serán los encargados de los animales que allí sean manipulados, deberá como cualquier profesional informar o registrar a los superiores oportunos de los detrimentos y de las anomalías, velar junto con el personal sanitario del confort de los enfermos, proporcionar servicios de guardia.

Además de la figura del profesional del celador general coexisten bastantes variantes y puestos que han ido progresando hasta llegar a ser una categoría dentro del cuerpo de celadores. Las funciones y los cometidos aquí no son determinantes, pero cada uno tiene su propia especialidad.

Existen las siguientes categorías, encargado de los turnos, de lavandería, instituciones geriátricas, de ambulancias, plantas de hospitalización, encargado de puerta de entrada, urgencias, etc., vigilancia, farmacia, boxes, rehabilitación, de dependencias administrativas, almacén, urgencias, ambulatorios, quirófanos, UVI o de necropsias y así un largo etc. en el cual se vuelve imprescindible para el buen funcionamiento de los lugares en los que desarrolla su función.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas y el rol del celador dependerán siempre del puesto concreto que ocupen y tendrán que estar capacitados o ser instruidos para poder ejercer estas funciones de celador si sus superiores les asignan estas tareas.

Demostrada queda la importancia y relevancia que desarrolla esta figura tan conocida y desconocida de todo lo que desarrolla a la vez para muchos en la esfera hospitalaria. Dentro de un hospital no solo tienen contacto directo con

los pacientes enfermos los profesionales sanitarios como facultativos, o enfermeras/os, ya que entre las labores del celador de hospital prima el contacto con enfermos y sus familiares además del contacto con el equipo de personal sanitario y administrativo del hospital o de la clínica en la que despliega su labor profesional.

Un celador sanitario es un profesional imprescindible para el buen funcionamiento diario de estos centros.

6 Bibliografía

1. Unidad básica de Prevención.
2. Conocimientos básicos y funciones del celador.
3. <https://revistamedica.com/celador-funciones-apoyo-equipos-sanitarios/>.
4. Celadores del Insalud, centro de estudios procesales 4º Edición. 01/1998.
5. Espinosa CV, Menoret V, Puchulu MB, Selios MJ. Celador en la relación equipo de salud-paciente. *Diaeta* [Internet]. 2009 Sep [citado 2022 Sep 12]; 27(128): 31.
36. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372009000300005&lng=es

Capítulo 93

EL EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) DE LOS CELADORES DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

GIOCONDA ESPERANZA VALENZUELA SALVATIERRA

DELPHINA NAVARRO JUAREZ

MARÍA VICTORIA MARÍN GONZÁLEZ

JESSENIA MARIBEL CHIPANTIZA TENORIO

ROSEMERY WONG RUIZ

1 Introducción

Durante la pandemia en el ámbito sanitario los profesionales de la salud han tenido que utilizar este tipo de protección física debido a la alta transmisión de la covid-19. Los celadores han sido un colectivo que han tenido gran contacto físico con pacientes infectados y por tanto han tenido que utilizar equipos de protección individual para protegerse.

Un equipo de protección individual (EPI) es cualquier dispositivo o medio que vaya a llevar una persona con el objetivo de que la proteja contra uno o varios riesgos que puedan amenazar su salud y su seguridad.

Los EPI deben utilizarse junto con otro tipo de medidas dentro de un programa global que abarque la evaluación completa de los peligros. La elección y adecuación del equipo ha de ser correcta y las personas que han de utilizarlo han de ser formadas para hacerlo y ha de realizarse un correcto mantenimiento para mantenerlo siempre en perfecto estado.

Al comienzo de la pandemia se tenía un desconocimiento de su gravedad y alcance y los medios de protección fueron insuficientes.

A nivel general una de las principales medidas de control y preventivas frente al Covid-19 fue una higiene de manos correcta y más aún en el entorno sanitario. Esta se debe llevar a cabo siempre después del contacto con el paciente, con fluidos biológicos o con su entorno.

2 Objetivos

Describir la indumentaria utilizada por los celadores durante la pandemia de la covid-19.

Enumerar la secuencia de pasos para la puesta y retirada del equipo de protección individual (EPI) para evitar el contagio cuando se trata con pacientes con Covid-19.

3 Metodología

Para el presente trabajo se ha llevado a cabo una extensa revisión bibliográfica, realizando búsquedas de textos científicos sobre el tema a desarrollar. Se ha buscado y analizado los artículos encontrados en las bases de datos Medline, Dialnet, Pubmed, SciELO entre otros, seleccionando aquellos que mostraban mayor evidencia científica.

4 Resultados

El Covid-19 se trata de una enfermedad infecciosa transmisible a través de la inhalación de partículas respiratorias que contienen el virus que emite la persona infectada. Estas partículas pueden diseminarse en forma de aerosoles y penetrar a través de los ojos, nariz o boca, o a través de las manos contaminadas.

Tanto el personal sanitario como el no sanitario como es el caso de los celadores, que esté en contacto con el paciente contagiado, han de cumplir una serie de

medidas de prevención del contagio mediante el uso de equipos de protección individual (EPI). Este se compone de lo siguiente:

- protección respiratoria que será el uso mascarilla FFP2 y utilizar FFP3 en caso de que exista riesgo de aerosoles.

- De gafas o pantallas antisalpicaduras para evitar el contagio por aerosoles. Que deben quedar ajustadas correctamente.

- Bata: la bata debe cumplir con la norma UNE-EN 14126:2004 que contempla la resistencia a la penetración de los microorganismos.

- Guantes: deben de cumplir con la norma UNE-EN ISO 374.5:2006. Deberán colocarse por encima de la bata y quedando bien estirados y se deberán cambiar si se rompen o están visiblemente sucios.

El orden de colocación del EPI será el siguiente: en primer lugar se pondrá la bata, después la protección ocular, la mascarilla y por último los guantes.

El EPI se debe de colocar antes de entrar a la habitación del paciente con covid19 y una vez usado se debe eliminar dentro de la habitación de aislamiento a un contenedor de residuos especiales excepto la protección respiratoria la cual se elimina fuera de la habitación de aislamiento. Inmediatamente se ha de llevar a cabo una correcta higiene de manos.

A continuación se describe el protocolo de colocación del EPI: Lo primero de todo es quitar todo tipo de complementos (anillos, pulseras etc.), retirar maquillaje y recoger el pelo. El uso de lentillas está desaconsejado y las gafas serán fijadas a la frente.

La higiene de manos que se llevará a cabo primero con agua y jabón y posteriormente con sustancias hidroalcohólicas.

Encima del uniforme se colocará la bata impermeable que llegará hasta las rodillas y se atará por la parte posterior al cuello y a la cintura.

Se colocará la mascarilla FFP2 de forma que cubra el mentón y ajustándola bien a la nariz situando las gomas de esta por detrás de la cabeza a la altura de la nuca. Poner las gafas de protección por encima de la mascarilla. Por último se ponen los guantes desechables por encima del puño de la bata de aislamiento. Se recomienda el uso de doble guante.

La retirada del EPI es un punto crítico a la hora de evitar el contagio por tanto se llevará a cabo de forma protocolariza y con mucho cuidado. En primer lugar se retiran los guantes: para ello se agarra la parte exterior del guante (que ha estado en contacto con el paciente y por tanto está contaminada) con la otra mano (que aún lo tiene puesto) retirándolo y desechando ambos al contenedor de residuos biosanitarios especiales.

La bata se retirará desde dentro hacia afuera siempre tocando el interior de la

misma, enrollándola y depositándola en el contenedor de residuos biosanitarios. Es recomendable la higiene de manos después de quitar cada parte del EPI con solución hidroalcohólica. Una vez fuera de la habitación se retirará la protección respiratoria procurando no tocar la parte exterior que puede estar contaminada por el virus. Para finalizar el proceso se higienizarán las manos con solución hidroalcohólica.

5 Discusión-Conclusión

Al comienzo de la pandemia del virus SARS-cov2 tanto el celador como otro personal de los centros hospitalarios fueron considerados personal de bajo riesgo de exposición según el Ministerio de Sanidad. Por tanto la responsabilidad de dotarles de EPI adecuados y de medidas de protección colectivas ha sido del centro sanitario en cada caso lo que no se ha cumplido correctamente, debido a la escasez de medios etc.

Debido a esto este colectivo ha sufrido un elevado porcentaje de contagios a consecuencia de sus tareas diarias que implican gran exposición al coronavirus. Tras numerosas quejas por parte del colectivo de celadores, el gobierno modificó el procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al virus retirando dicha consideración e incluyéndoles como personal de alto riesgo al igual que otros profesionales de la salud.

6 Bibliografía

- web:<https://www.semes.org/semes-divulgacion/equipo-de-proteccionindividual-epi-frente-al-coronavirus/>
- web:<https://revistamedica.com/equipo-de-proteccion-individual-celador-covid19/>
- web:https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100006

Capítulo 94

PREVENCIÓN DE FUTURAS PANDEMIAS

SERGIO ALONSO ARIAS

1 Introducción

La actual pandemia de COVID-19 continúa devastando el planeta y afectando la vida de innumerables personas. Si bien esta crisis de salud global ha cambiado la vida de muchas personas de maneras inimaginables durante el último año, también lo ha hecho la percepción del virus que provocó el cambio. El 1 de diciembre de 2021, los 194 estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acordaron iniciar el proceso de formulación y negociación de convenios, acuerdos u otros instrumentos internacionales en el marco de la Constitución de la OMS para fortalecer la prevención, preparación y respuesta ante pandemias.

Ahora se establecerá un Grupo de Negociación Intergubernamental con una primera reunión a más tardar el 1 de marzo de 2022 (para determinar los métodos de trabajo y los plazos) y una segunda reunión a más tardar el 1 de agosto de 2022 (para discutir el progreso de los documentos de trabajo). Luego presentará un informe de progreso a la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2023, con el objetivo de adoptar el instrumento para 2024.

La pandemia de COVID-19 es un desafío global. Ningún gobierno o institución puede hacer frente solo a la amenaza de futuras epidemias.

Los convenios, acuerdos y otros documentos internacionales son legalmente vinculantes según el derecho internacional. La adopción del Acuerdo sobre Prevención, Preparación y Respuesta ante Pandemias en el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) permitirá a los países de todo el mundo fortalecer las

capacidades y la resiliencia nacionales, regionales y mundiales para hacer frente a futuras pandemias.

2 Objetivos

Reflexionar sobre la prevención de futuras pandemias tras el Covid-19.

3 Metodología

Para preparar este capítulo, se realizaron búsquedas sistemáticas de libros y artículos revisados en las principales bases de datos: Google, Medline y Wikipedia, donde se seleccionaron artículos científicos de publicaciones científicas revisadas por pares.

Para este trabajo también se recolectó información de diversas bases de datos utilizando Google académico, revistas médicas de salud y experiencia personal.

4 Resultados

Nadie sale ileso del 2020. Por una u otra razón, toda la población del mundo se ha visto afectada por un nuevo virus que nos ha mantenido encerrados en casa en el mejor de los casos y en duelo en el peor. Intentar abarcar todas las formas en las que el COVID-19 está afectando nuestras vidas es imposible, por eso en este repaso nos centramos en seis: la desigualdad, la economía, la educación, la inmigración y la lucha científica contra el coronavirus.

Tratar de cubrir todos los aspectos de cómo el COVID-19 está afectando nuestra vida diaria es una tarea casi imposible. Durante la epidemia, hemos visto diferentes problemas, a pesar de varias medidas tomadas por el gobierno central español, el número total de casos confirmados y muertes se mantuvo alto durante las dos primeras semanas del "estado de alarma".

El principal problema que vivió España en las tres primeras semanas fue la saturación de los hospitales y sus unidades de cuidados intensivos (UCI) por el elevado número de pacientes y la falta de equipos como respiradores y equipos de protección para el personal sanitario. impermeable). batas, guantes de nitrilo, mascarillas FP2 o FP3, gafas, etc.). En las primeras semanas de la pandemia fue difícil conseguir dicho equipo, principalmente porque gran parte de este material de higiene suele fabricarse en China, y es muy difícil importarlo en un momento de gran demanda. El resultado es la infección de muchos profesionales de la salud.

El 22 de marzo, el número ascendió a 3.475, seguido de un aumento del 177 % en los días siguientes, llegando a 9.444 el 27 de marzo y superando los 12.000 el 31 de marzo. En este día, los sanitarios infectados con Covid-19 representaron el 14% de todos los contagios en España. Además, 12 sanitarios, 10 médicos, 1 enfermera y 1 cooperante figuraban entre los muertos el 6 de abril.

Otro tema muy apremiante se refiere a las pruebas para detectar el Covid-19. Su uso generalizado permitirá realizar pruebas del virus y tratar a quienes aún no presenten síntomas, acortando así la duración de la crisis.

Ante la falta de material de protección y equipamiento sanitario y la dificultad de importar, el gobierno empezó a impulsar la producción en España. Los residentes están confinados en sus casas.

En general, todas las cosas han contribuido a la crisis económica y de salud causada por el Covid-19 debido a la mala gestión y la falta de protocolos de preparación para una pandemia.

Estos objetivos deben cumplirse si vamos a experimentar otra situación de pandemia:

- Monitorear y difundir el conocimiento sobre patógenos emergentes.
- Promover la cooperación público-privada para acelerar la investigación y el desarrollo y la producción.
- Protocolos de mercado predictivos para respaldar la planificación de contingencia para la fabricación de productos en respuesta a una pandemia global.
- Construir un ecosistema de innovación biomédica estable.
- Prevenir interrupciones en las cadenas de suministro globales que amenazan la producción y la distribución.
- Establecer mecanismos de acceso al tratamiento en países de bajos ingresos.
- Trabajar con agilidad regulatoria y marco regulatorio homogéneo para garantizar un acceso seguro y rápido al tratamiento.
- Evitar el llamado nacionalismo vacunal.
- Fortalecer la infraestructura de entrega.

La confianza en la vacuna es clave para el éxito.

5 Discusión-Conclusión

En el centro de cualquier respuesta a una pandemia se encuentran los líderes mundiales que invierten en la vigilancia de patógenos (es decir, cualquier microbio capaz de causar una enfermedad) y operan en un entorno de intercambio de datos fluido y flexible. Cuando se identifica un nuevo patógeno en un país, los in-

vestigadores de todo el mundo necesitan acceder a su información genética para poder comenzar a desarrollar medicamentos y pruebas de diagnóstico. Además, las instituciones deben crear y proteger un ecosistema de investigación que permita el progreso de los investigadores.

Durante esta crisis, la investigación ha sido la columna vertebral de la industria farmacéutica. Desde la aparición de la enfermedad, empresas de todo el mundo han movilizado a sus grupos de investigación para encontrar posibles tratamientos. Hoy en día, la cantidad de investigación que se está realizando para encontrar soluciones terapéuticas hace que estemos ante el mayor esfuerzo investigador de la historia, tanto por el número de ensayos clínicos como por los cortos plazos en los que se desarrollan. Este trabajo es el resultado de una colaboración histórica entre compañías farmacéuticas e instituciones y centros de investigación nacionales de todo el mundo.

Por lo tanto, es esta investigación la que está impulsando el desarrollo de vacunas y tratamientos seguros y efectivos a un ritmo sin precedentes, "gracias a décadas de inversión en investigación y habilitación de la regulación de la propiedad intelectual que fomenta la rápida colaboración voluntaria entre los sectores privado, público y académico". El Covid-19 nos ha dejado muchas lecciones, aprovechémoslas para ser más resilientes, resilientes y sobre todo más justos para protegernos ante la próxima pandemia. Esto solo es posible si todas las partes interesadas trabajan juntas.

6 Bibliografía

EL PAÍS, 31/03/2020. El presidente de Lombardía: "Intentaron estafarnos al comprar material. Está lleno de bandidos" <<https://elpais.com/sociedad/2020-03-30/el-presidente-de-lombardia-intentaron-estafarnos-al-comprar-material-esta-lleno-de-bandidos.html>>.

EL PAÍS, 01/04/2020. La crisis del coronavirus. <https://elpais.com/sociedad/2020/03/30/actualidad/1585589827_546714.html?rel=friso-portada>.

EL PAÍS, 01/04/2020. Cataluña avala limitar la ventilación mecánica a mayores de 80 años en las emergencias médicas <<https://elpais.com/sociedad/2020-04-01/cataluna-recomienda-limitar-la-ventilacion-mecanica-a-mayores-de-80-anos.html>>.

EL MUNDO.ES, 20/03/2020. Crecimiento diario del número de fallecidos en España. <<https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/03/20/5e74b922fc6c839d588b45db.html>>.

Capítulo 95

TRABAJO EN EQUIPO

RUBÉN GARCIA PEREZ

1 Introducción

El trabajo en equipo es esencial para cualquier empresa exitosa. Las empresas que carecen del apoyo del equipo les resulta difícil lograr el éxito. Los líderes deben formar un equipo de personas complementarias para lograr los máximos resultados. El trabajo en equipo también es fundamental para mantener la cohesión y la unidad internas. No planificar el trabajo en equipo puede provocar una ruptura de la armonía laboral, lo que es perjudicial para cualquier empresa.

Es mucho más fácil capacitar a los nuevos miembros del equipo cuando hay suficiente equipo para cada especialidad. Por ejemplo, un mecánico puede familiarizarse rápidamente con todas las herramientas del garaje usándolas él mismo primero. Los miembros individuales del equipo también podrán concentrarse en sus necesidades específicas cuando haya suficiente equipo especializado. Esto libera tiempo para que el equipo planee y capacite a los nuevos miembros de manera efectiva. Además, contar con el equipo adecuado con el mantenimiento adecuado evita que los accidentes descarrilen los programas de capacitación más adelante.

Es probable que los equipos que carecen de trabajo en equipo tengan una coordinación deficiente y un rendimiento subóptimo como resultado de un equipo insuficiente. Cada miembro debe estar bien equipado si el equipo tiene la intención de funcionar correctamente. Los entrenadores también deben equipar adecuadamente a sus equipos para que puedan entrenar de manera efectiva y segura

2 Objetivos

Exponer la importancia del trabajo en equipo.

3 Metodología

Realizar una búsqueda bibliográfica sobre los factores que influyen en la aparición del estrés laboral y cómo prevenirlos, o ayudar a que no aparezcan, en diferentes bases de datos: medline plus, Ibecs, y artículos científicos, usando palabras clave trabajo en equipo ,grupos de trabajo etc

4 Resultados

El equipo adecuado garantiza que todos trabajen de manera eficiente. Los equipos que trabajan bien juntos tienen más probabilidades de completar las tareas asignadas a tiempo. Además, pueden completar sus trabajos con más precisión y exactitud. Además, la mala coordinación puede provocar lesiones cuando el equipo no es seguro o eficaz. Además, es mucho más fácil entrenar a los nuevos miembros del equipo cuando hay equipo suficiente. La cohesión interna aumenta cuando nunca hay escasez de equipo.

El equipo adecuado permite que las personas trabajen más rápido y con mayor eficacia. Las personas también pueden expresar su creatividad mientras trabajan en diferentes proyectos. Por ejemplo, un soldador eléctrico puede modificar de forma rápida y segura una pieza de maquinaria para sus necesidades. Un solo mecánico ahora puede modificar fácilmente varios equipos para diferentes usos, ahorrando tiempo y energía. Los compañeros de trabajo también pueden expresar su individualidad modificando sus herramientas para usos específicos, como trabajar con hilo o pinzas.

Las ventajas que el trabajo en equipo son innumerables, siendo las principales las siguientes:

El trabajo en equipo conduce a tomar las mejores ideas y decisiones, implantando un sistema de discusión creativa y basada en el consenso.

Produce mayor rentabilidad.

Aumenta la productividad de la empresa.

Se consiguen alta motivación entre todos los profesionales de la empresa.

Se reducen fallos y, cuando se producen, la acción del colectivo facilita su rápida detección y subsanación.

Se aumenta la probabilidad de implementar las mejores estrategias.
Es mucho más fácil crear nuevas ideas.
Se comparte la información, lo que significa un mayor aprendizaje.
Aumenta el entendimiento de las perspectivas de los demás.
Un buen equipo potencia las fortalezas individuales compensando, al mismo tiempo, las posibles debilidades personales.
Se agudiza el sentido de la responsabilidad.
Se aumenta la motivación, especialmente de necesidades de rango superior.
La creatividad es estimulada con la combinación de los esfuerzos de los individuos, lo que ayuda a generar nuevos caminos y soluciones para los problemas, procesos y sistemas.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo en equipo, es una de las condiciones que se requieren para ser un buen profesional y desempeñarse en cualquier trabajo, nos permite convivir y tener mayor convivencia con los compañeros de trabajo esta permite escuchar las ideas de los demás, aceptar, apoyarlas y llevarlas a cabo. El trabajo en equipo permite fijarse metas, en las cuales todos los compañeros del equipo deben participar para alcanzarlas. Por otro lado es fundamental los diversos roles que desempeñe cada uno y la responsabilidad que cada uno toma, pues de ellos depende la coordinación y/o asignación de las tareas, además de que esto permite tener claro el objetivo. Sin embargo, cada uno de los miembros del equipo, aporta sus habilidades y destrezas para colaborar en alcanzar la meta. Además este debe ser respetuoso, animar al compañero, aceptar las opiniones de los demás y realizar preguntas si es necesario.

6 Bibliografía

http://biblioteca.itson.mx/oa/educacion/oa5/trabajo_en_equipo_dos_es_mejor_que_uno/p10.htm
http://www.robertexto.com/archivo5/el_equipo.htm

Capítulo 96

SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SANIDAD PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

SUSANA BLANCO FERNÁNDEZ

CLARA GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

A lo largo de la vida de un paciente, toda la atención que dicho paciente recibe en el sistema sanitario, ya sea en atención primaria o en atención hospitalaria, genera una cierta cantidad de información, en forma de informes, pruebas, registros de consulta, etc.

La historia clínica está conformada por todo ese conjunto de datos e información que se genera a lo largo del tiempo acerca de la atención a un paciente en el sistema sanitario.

Desde la organización del sistema sanitario, se debe garantizar que exista una continuidad en la atención en los distintos ámbitos, desde Atención Primaria hasta la asistencia especializada en hospitales. Esto es posible mediante la historia clínica.

Hasta fechas recientes, mantener una historia clínica que reflejara la realidad de la atención recibida por el paciente en todos los ámbitos tenía poca viabilidad desde un punto de vista técnico. Primero los informes se hacían a mano y/o a máquina de escribir. Posteriormente se pudo disponer de fotocopias. Pero no sería

hasta la llegada de la informática, y concretamente a la llegada de las redes de ordenadores, cuando se ha podido disponer de la tecnología necesaria para poder tener una historia clínica actualizada y compartida entre diversos ámbitos.

2 Objetivos

La historia clínica tiene que tener y basarse en unas características o condiciones para que facilite su uso y este sea eficiente ya que es “multiusos”, de acuerdo con esto, podemos decir que la historia clínica tiene que llegar a ciertos objetivos por lo que debe ser:

- Única.
- Integrada.
- Acumulativa.
- Secuencial.
- Normalizada.
- Ordenada.
- Auténtica.
- Identificada.
- Conservable.
- Recuperable.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha hecho una amplia búsqueda y consulta en libros, artículos científicos, páginas web y bases de datos (Pubmed, Medline, Scielo etc), todo ello seleccionado y procedente de publicaciones académicas revisadas. Todo este capítulo ha sido realizado llevando a cabo una investigación basada en revisiones sistemáticas bibliográficas, sobre artículos y literatura científica existente en libros editados, artículos publicados y en internet.

4 Resultados

Con la llegada de las tecnologías de la información (TIC) al ámbito sanitario, incluyendo tanto la digitalización de los sistemas, como la interconexión de los mismos a través de internet y/o otras redes de comunicaciones, se hace posible - al menos técnicamente - la existencia de una historia clínica única para el paciente.

Esta historia clínica única e informatizada puede tener la ventaja de poder ser portada por el paciente a donde quiera que éste vaya, rompiendo de esta forma también otras barreras, en este caso administrativas, como pueden ser la separación de competencias en sanidad entre diversas administraciones territoriales.

Tecnologías hoy aún en desarrollo como Blockchain pueden ampliar este ámbito a nivel global.

La historia clínica, que por definición ha de tener las características de ser única, integrada y acumulativa, no solo tiene una utilidad desde el punto de vista asistencial, sino que también es de una gran utilidad para la docencia, la investigación científica y la epidemiología.

En este sentido, cabe destacar que otras tecnologías avanzadas de los sistemas de información, como la Inteligencia Artificial y el Machine Learning, pueden tener grandes avances si disponen de los datos de entrada - o inputs - adecuados. En este caso, disponer de una historia clínica completa de los pacientes puede dar un impulso sin precedentes a la investigación mediante estas técnicas, al ser capaz de establecer correlaciones entre diversos factores clínicos, no apreciables con facilidad por el ser humano, si dispone de una suficiente cantidad de datos de entrada.

Finalmente, y volviendo a la organización del sistema sanitario español, podemos destacar que los sistemas de información pueden permitir disponer de una historia clínica única, integrada y accesible para todos los actores del sistema sanitario, desde el paciente hasta los profesionales, lo que permitirá dar una atención más eficaz y reduciendo costes de duplicidades e ineficiencias.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que hay que tener en cuenta que se hace necesaria la implantación de programas informáticos que gestionen e integren las múltiples bases de datos de las que disponemos a nuestro alcance, procurando poco a poco y forma eficaz la integración de todos estos subsistemas en un único sistema de información para llevar a cabo la gestión tanto la atención primaria como la especializada en el que estén unidos todas y cada una de las bases de datos de información y gestión de consultas y de las historias clínicas, fichero general de la Seguridad Social, controles de carteleras, contabilidad y presupuestos y del sistema de control y visualización de la prescripción de medicamentos.

6 Bibliografía

1. Agulló Roca F, et al. Datos clínicos esenciales de la historia clínica de atención primaria: una experiencia de evaluación y mejora. Atención Primaria.
2. Bartomeo, A., et al. (2010). Conceptos de organización sanitaria. Fundación H.A. Barceló.
3. González Cocina, et al. (2007). La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía. Revista Española de Cardiología Suplementos.
4. LIBRO BLANCO DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA, (2016).
5. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013, (2016).
6. 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. Jefatura del Estado «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002 Referencia: BOE-A-2002-22188

Capítulo 97

INFECCIONES NOSOCOMIALES MÁS FRECUENTES

SANDRA LINDE MENENDEZ

ANGELA LINDE MENENDEZ

ROBERTO FERNANDEZ ARAGO

CARMEN GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

Es una infección cogida en un hospital , por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que presenta en un paciente hospitalizado en un hospital la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del ingreso las infecciones son un tipo de enfermedades contagiosas con causas y consecuencias muy particulares , se puede decir que la infección por un fallo de protocolo de higiene y asepsia o en el control de los posibles focos de infección dentro del hospital. Es muy importante como auxiliar de enfermería conocer los contratiempos profesionales y sus medidas de prevención , siendo muy importante el aseo de manos que es una forma muy simple y efectiva para reducir las infecciones asociadas a la asistencia para cumplir los protocolos de buena práctica en el cuidado de los pacientes .

Los estudios realizados en el mundo que informan que las infecciones nosocomiales son una causa de morbilidad y mortalidad . La tasa de dichas infecciones en los pacientes de un establecimiento determinado de un dato o información de la calidad de seguridad de la atención . Los programas del control de infecciones

son siempre eficaces y cuando sean integrales y comprendan actividades de vigilancia y prevención y así como capacidad del personal. También es muy eficaz el apoyo en el ámbito regional.

2 Objetivos

Estudiar las infecciones nosocomiales más frecuentes en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Hay una relación entre la infección y la higiene de manos como primera medida preventiva de este tipo de infección nosocomial y una de las medidas para mejorar la higiene de las manos es las soluciones para cada profesional sanitario. La baja adhesión de los profesionales a la higiene de manos es la irritación cutánea y sobre carga de trabajo entre otras causas . La importancia de las infecciones nosocomiales así como la motivación y la participación de los profesionales a la realización de esta práctica para evitar las infecciones es muy importante que se realice esta práctica.

Las medidas de prevención específicas se analizaron dos tipos de infecciones nosocomiales , respiratorio y digestiva . La respiratoria hubo gran diversidad de medidas, se destacó la vacunación de trabajadores de la salud y prevacunación de pacientes, aislándolos de los pacientes y el uso de antivirales .

Las medidas fueron muy concretas , dentro de las infecciones nosocomiales respiratorias para el virus .

Para estas infecciones de tipo respiratorio es superimportante el aislamiento en estos casos . Puesto que estas infecciones son transmitibles por aerosoles . Para la neumonía lo mas utilizado el uso probióticos , la vacunación y el uso de anticuerpos monoclonales , como el palivizumab al igual que los probióticos y se

necesitan un mayor estudio para su eficacia . Para prevenir las infecciones nosocomiales de digestivo la medida encontrada fue el consumo de exceso de zinc , en la dieta para la prevención de la infección asociada.

Se llevó a cabo un estudio del 2016 Estados Unidos que un exceso de zinc en la dieta podía disminuir al mínimo las necesidades de los antibióticos que se necesitan.

5 Discusión-Conclusión

Las medidas que debemos de realizar para evitar la aparición de infecciones asociadas a la atención sanitaria, como la higiene de manos. La motivación de los profesionales sanitarios : tomar medidas económicas , agradecimiento por parte de los directivos amonestación por el incumplimiento de higiene de manos , y usar carteles informativos .

Los sanitarios deben de entender la prevención y controlar las infecciones hospitalarias como una responsabilidad y así concienciar al resto del equipo . Realizar el control y los cuidados es muy importante para evitar la propagación de las infecciones , realizar buenas prácticas de higiene individualizarlas al paciente en las zonas críticas y protocolos de aislamientos

6 Bibliografía

Organización Mundial de la Salud [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>

Capítulo 98

MANIPULACIÓN DE CARGAS EN CENTROS SANITARIOS

SERGIO RODRÍGUEZ VIGIL

1 Introducción

En el presente capítulo abordaremos los diferentes tipos y formas de manipulación de las cargas manuales, así como los diferentes problemas físicos derivados y asociados de estas, como pueden ser las lesiones músculo-esqueléticas, bajas laborales, absentismo laboral, etc. También se tendrán en cuenta la adopción de medidas relativas a la reducción de forma significativa o eliminación del alcance y riesgos de las consecuencias derivadas y de la actual problemática existente en las diferentes labores profesionales en los ámbitos de la salud y los centros hospitalarios.

Para ello, el Real Decreto 487/1997, de 14 abril, nos informa sobre las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas, que entrañan riesgos, en particular en la zona de los dorsolumbares, para los trabajadores, teniendo como objetivo establecer las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativa a la manipulación manual de cargas.

Teniendo en cuenta El Real Decreto 487/1997, se entiende por manipulación de cargas manuales, cualquier operación de transporte o sujeción de una carga realizada por uno o varios trabajadores, como puede ser el levantamiento, colocación, empuje, tracción o el desplazamiento, que por sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas entrañen riesgo para los trabajadores, entendiéndose e incluyendo también la manipulación de personas (centros sanitarios, hospitales, residencias, etc.).

2 Objetivos

Conocer las vías para evitar o reducir lo máximo posible la frecuencia y número de las lesiones ocasionadas, bajas laborales, y problemas de salud en general de los trabajadores que manipulan este tipo de cargas, así como adoptar medidas eficaces, como pueden ser el uso de equipos auxiliares mecánicos(grúas, mesas elevadoras, estanterías rodantes, carros, etc.).

3 Metodología

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

4 Resultados

El desarrollo e implantación de las medidas elaboradas y adoptadas mediante leyes, Reales Decreto (RD), implantación de manuales de manipulación, formación al personal laboral, mejoras en los materiales mecánicos utilizados y los procesos automatizados, ayudan a disminuir las lesiones y las incidencias laborales en los trabajadores, así como la reducción considerable en número de bajas y absentismo laboral, al igual que aumenta la seguridad(percepción del paciente) y es menos invasivo con el paciente, a su vez es más eficiente, rápido, seguro, también se evitarán otro tipo de lesiones(lesiones músculo-esqueléticas, contusiones, fracturas, etc.)

Las zonas más sensibles ante una posible lesión en la práctica de manipulación manual de cargas, son los miembros superiores y la espalda, en especial la zona dorsolumbar. Según la Encuesta Nacional de Condiciones en el Trabajo (INSHT 2007) el 55% de trabajos en el que se realizan cargas y las manipulan siempre, casi siempre o a menudo durante la jornada laboral, manifiestan también sufrir molestias músculo-esqueléticas en la zona lumbar.

Estas lesiones pueden tener largas y difíciles curaciones y en muchos casos requieren periodo de rehabilitación, originando grandes costes económicos y humanos, debido a las bajas laborales y mermando la calidad de vida de las personas que lo sufren.

Formación e información de los trabajos que incluya:

Uso correcto de los equipos de protección individual (EPI).
Uso correcto de la maquinaria en ayudas mecánicas.
Formación y entrenamiento de técnicas seguras para la manipulación de cargas.
Información sobre el peso y centro de gravedad.
Consulta y participación de los trabajadores en lo relacionado con las tareas de manipulación manual de cargas(MMC).
Puestos de trabajo multitareas diferentes unas a otras, variando pesos, cargas, posición de cuerpo, frecuencia de manipulación, etc.
Posición de cargas respecto al cuerpo.
Desplazamiento vertical de carga.
Frecuencia de manipulación.
Utilización de equipos mecánicos.
Reducción o rediseño de la carga, forma para el agarre, etc.
Organización de trabajo
Mejora del entorno de trabajo, desnivel de suelos, escaleras, espacios insuficientes, temperaturas extremas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir, que la probabilidad de tener lesiones y accidentes laborales debido a estas causas, y durante la realización de las tareas a desempeñar por los trabajadores, se producen con demasiada frecuencia, y estas se maximizan a causa del estrés y a la rapidez con la que se debe realizar.

El riesgo a producirse estos accidentes, debido a la manipulación manual de cargas(MMC), ya sean de diferentes tipos de materiales o de pacientes está presente en los distintos centros sanitarios y hospitales, como consecuencia de las características del puesto de trabajo o de las características de las tareas que se llevan a cabo, debiendo tomar las medidas adecuadas respecto a los diferentes tipos de riesgo que se pueden sufrir, y con ello poder minimizar lo máximo posible las probabilidades de que se puedan producir este tipo de lesiones y accidentes, lo que conllevaría un gran gasto económico para la empresa y una merma importante en la calidad de vida del personal laboral que sufre las consecuencias.

6 Bibliografía

1. <https://boe.es>
2. <https://uma.es>
3. <https://fraternidad.com>

4. <https://www.insst.es>

5. Guía Técnica Manipulación Manual de Cargas

Capítulo 99

BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL

MARIA DEL CARMEN MARTÍNEZ BAYÓN

ANA BELÉN MARTÍNEZ PÉREZ

ENRIQUE GARCÍA MENÉNDEZ

MARÍA CONCEPCIÓN PENEDO DÍAZ

ARÁNZAZU GONZÁLEZ ZAPICO

1 Introducción

El estrés es un aspecto cada vez más importante en nuestras vidas, hasta el punto de que podemos decir que es un malestar de esta civilización. Es fenómeno que puede afectar a nuestra salud, bienestar personal y hasta nuestra satisfacción personal. Se podría comparar con una epidemia silenciosa que afecta cada vez negativamente a diversos aspectos de nuestra vida.

A nivel laboral, este estrés padecido de forma crónica y mal gestionado tiene un efecto derivado conocido como síndrome de burnout. Este burnout, o su equivalencia en castellano, síndrome de desgaste profesional, está cada vez más presente en todas las profesiones, pero es mucho más habitual en las que existe un intenso contacto con las personas y en las que la implicación y la entrega son muy importantes. Así encontramos profesiones como profesores, policías, etc., pero sobre todo la profesión sanitaria, donde es muy habitual el contacto con personas, y donde se observa un importante desgaste profesional.

Se entiende al síndrome de burnout como una pérdida evolutiva y progresiva de interés hacia la profesión que se ejerce, lo que colateralmente implica un aislamiento profesional con el entorno laboral. También se puede entender esta situación como un desgaste y agotamiento personal, una pérdida de energía y fatiga, lo que indica una situación negativa, tanto física como psicológica.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es identificar y determinar las condiciones, tanto profesionales como personales, que son facilitadoras del desarrollo del síndrome de burnout en el personal sanitario y sus principales consecuencias.

3 Metodología

El análisis sobre el tema del síndrome de burnout se realiza mediante una búsqueda documental en artículos publicados en páginas especializadas como Pubmed, Medline, Cochrane, etc., y en revistas científicas nacionales e internacionales.

Nuestra búsqueda se realiza entre los meses de octubre de 2021 y enero 2022 y el intervalo del tiempo admitido para la publicación de trabajos ha sido desde el año 2008 hasta el año 2022.

Las palabras claves utilizadas para esta búsqueda han sido: burnout, sector sanitario, estrés.

Algunos artículos son resultados de estudios realizados en ambientes hospitalarios y otros, sin embargo, presentan información importante que complementan lo presentado en el primer del tipo de artículos, por lo que los unos y los otros fueron importantes para el presente estudio.

En la primera selección se localizaron 13 trabajos, de los cuales se eliminaron 5 por ser duplicados. A los restantes se les aplicaron los criterios de inclusión/exclusión.

Los criterios de inclusión han sido: ser trabajos de acceso al texto completo, en lengua castellana, aportar datos objetivos científicos sobre el tema a tratar.

Los criterios de exclusión fueron: ser artículos de editorial, página de portada, no ser de acceso a texto completo, no ser en lengua castellana.

4 Resultados

El principal hallazgo obtenido de nuestra investigación es que el síndrome de burnout es un síndrome multicausal, y muy complejo, que resulta de la combinación de diversos factores, que se potencian sinérgicamente para actuar sobre el profesional sanitario, llegando a una situación final de desgaste y agotamiento profesional.

Las principales causas identificadas que conducen a la aparición del burnout en el ámbito sanitario son el aburrimiento profesional, el estrés, pobres condiciones económicas, la excesiva carga de trabajo, una falta de estimulación, escasa orientación profesional, el aislamiento profesional, las malas relaciones interprofesionales, etc.

Otros factores localizados a nivel profesional son la inadecuada formación profesional, en la que una excesiva formación teórica, y muy poca instrucción práctica, no beneficia para nada el sobrellevar una situación laboral, muchas veces demasiado exigente. El escaso aprendizaje formativo sobre el autocontrol emocional en el ámbito profesional sanitario, una eficiente información sobre el funcionamiento de las organizaciones en las que se realizan las profesiones sanitarias, etc., no ayudan a gestionar positivamente el estrés que se genera de unas condiciones laborales cada vez más exigentes.

Por otro lado, aspectos organizacionales como son los cronogramas de trabajo, las condiciones deficitarias de instalaciones y locales, escaso trabajo de equipo, importante competitividad profesional, etc., tampoco favorecen un autocontrol emocional y suficientes de estrés crónico que se acaba transformado en burnout. A nivel personal, este desgaste físico y emocional generado por un estrés crónico se traduce en una mala calidad de vida, una progresiva separación del ámbito relacional, tanto familiar como social, añadido a la aparición de trastornos psicosomáticos.

En varios trabajos revisados en nuestro estudio se han descrito algunos moderadores de los riesgos del burnout. Parece ser que el apoyo social y las características individuales pueden ser algunos de estos moderadores. Mantener buenas relaciones personales y profesionales entre compañeros de trabajo, mantener buenas relaciones de parejas, grupos de amistad y de apoyo, etc., podrían contribuir a prevenir situaciones como la del burnout y la aparición de diferentes patologías o síntomas derivados de la situación de estrés crónico.

5 Discusión-Conclusión

Los niveles de estrés son elevados en personal sanitario, sobre todo en algunos departamentos y especialidades. En circunstancias especiales de mayor carga de trabajo, responsabilidad, fatiga, situaciones de emergencia, los niveles de estrés se incrementan de forma considerable.

Las principales consecuencia a nivel personal de esta mala gestión del estrés cronificado, es la aparición de un fenómeno llamado síndrome de burnout, con la presencia de alteraciones y trastornos psicossomático a nivel personal, y la aparición de distanciamiento social y familiar en el entorno comunitario. Teniendo en cuenta los altos niveles de estrés laboral, en los trabajadores salud, para tomar medidas preventivas correctamente aceptadas en beneficio de una mayor calidad asistencial por parte de todo el personal sanitario, este aspecto el trabajo de los profesionales del hospital debería ser abordada con mucha profundidad por los servicios de prevención de riesgos laborales en beneficio de una mejor calidad de vida de estos profesionales.

6 Bibliografía

- Cebriá Andreu, J. (2003). Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Aten Primaria*, 31(9), 564-574.
- Corredor Pulido, M.E., y Monroy Fonseca, J.P. (2009). Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. *Revista hacia la promoción de la salud*, vol. 14, nº1, 109-123.
- Ferrer, R. (2002). Burnout o síndrome de desgaste profesional. *Med Clin (Barc)*, 119(13), 495-496.
- García Izquierdo, M., Saéz Navarro, M.C., y Llor Esteban, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. Vol.16, nº2, 215-228.
- Gaynés, E., Giménez, M., y Portell, M. (2004). El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica. *Arch Prev Riesgos Labor*, 7(3), 101-108.
- Giraldo Giraldo, Y., López Gómez, B., Arango David, L., Goetz Henao, F., y Silva, E. (2013). Estrés laboral en auxiliares de enfermería. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*.vol.45, nº 1, 23-31.
- Gomero Cuadra, R., Palomino Baldeón, J., Ruiz Gutiérrez, F. y Llap Yesán, C. (2005). El síndrome de burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera South Perú Copper Corporation: estudio piloto. *Rev Med Hered*,

16(4), 233.

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2207). *Rev Esp Salud Pública*, 83, 215-230.

Capítulo 100

LA ICTERICIA EN EL RECIÉN NACIDO Y SU TRATAMIENTO

ELENA MARTINEZALONSO

1 Introducción

La ictericia es una afección caracterizada por el color amarillo en la piel del recién nacido que nace con la bilirrubina alta en la sangre.

En este apartado explicaremos lo que es la bilirrubina; es una sustancia del cuerpo que se produce cuando los glóbulos rojos son reemplazados en el hígado, es de color amarillo, que es a su vez la mas destacable peculiaridad de la ictericia, dado que este tono amarillo cubre la piel, la zona blanca de los ojos del bebe.

Como ya hemos dicho es el hígado el que se encarga de esta acción, ayudando a descomponer esta sustancia para que pueda eliminarse del cuerpo mediante las primeras deposiciones del bebe (heces).

Un nivel alto de la bilirrubina en sangre, es lo que hace que la piel y la esclerótica de los ojos se cubra con ese color amarillo tan peculiar.

A esto se llama ICTERICIA .

La mayoría de los recién nacidos tienen un color amarillo en la piel al nacer, lo que es conocido como la ictericia fisiológica.

Resulta mas notable cuando el recién nacido tiene entre 2 y 4 días de vida. En la mayoría de los casos no supone un problema para la salud del bebe y desaparece por si sola a las 2 semanas, sin requerir ser tratada.

A cualquier bebé que parezca tener ictericia se le deben comprobar los niveles de bilirrubina de inmediato. Esto puede hacerse con un análisis de sangre.

Tras el nacimiento del bebe se revisan los niveles de bilirrubina total en las 24 horas posteriores al nacimiento. Los hospitales usan sondas para medir y calcular

el nivel de bilirrubina de forma inocua para el recién nacido, solo tocando la piel. Si hay algún signo de alarma se debe realizar una analítica para comprobar si presenta un nivel alto en sangre de esta sustancia llamada bilirrubina y diagnosticar así la ictericia.

En algunos casos se pueden llegar a necesitar pruebas adicionales para aquellos bebés que necesiten tratamiento o cuyo nivel de bilirrubina total esté subiendo rápidamente, y, por tanto, requieran tratamiento de carácter urgente.

2 Objetivos

En este capítulo conoceremos lo que es esta afección llamada ictericia:

- Explicaremos porque se produce y en que parte del cuerpo.
- Principales causas por las que se da.
- Cuales son las formas de tratamiento cuando requiere ser tratada.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, LA ICTERICIA EN EL RECIEN NACIDO Y SU TRATAMIENTO se ha buscado información en webs relacionadas con la medicina, contrastando y cogiendo como referencia aquella información que mejor explicara el tema a desarrollar, ofreciendo así un contenido veraz.

4 Resultados

Es algo muy común que los bebés recién nacidos que tengan alta la bilirrubina en sangre después de nacer o los pocos días de vida. en ocasiones se resuelve por si sola en unas dos semanas pero en otras requiere tratamiento.

Durante el embarazo en el momento que el bebé está formándose, la placenta es la que realiza el trabajo de eliminar la bilirrubina del cuerpo del bebé, pero después de nacer, es su propio hígado es el que comienza a hacer este trabajo.

Puede ser que tarde un tiempo en hacerlo, y que el hígado del bebé sea capaz de hacer esto de manera normal y eficientemente por sí mismo, es por ello que aparece la ictericia en los días posteriores al nacimiento. Algo que se debe vigilar para tratar lo antes posible.

La mayoría de los recién nacidos pueden presentar un color amarillento en la piel, que se llama ictericia fisiológica.

Esta es mas destacable cuando el bebé tiene entre 2 y 4 días de vida; en muchos casos, no causa mayor problema y desaparece en un par semanas. Seria cuestión de acudir al pediatra y que sea este el que valore mediante una analítica de sangre el nivel de bilirrubina, para ver si precisa tratamiento.

Existen dos tipos de ictericia en bebés que están siendo amamantados bien con leche materna o con leche de fórmula.

Ambos tipos son por lo general inofensivos.

- Por la lactancia; se da en la primera semana de vida. puede ocurrir cuando los bebés no se estan alimentando de forma optima porque la leche materna salga muy lentamente, y llegan a la deshidratación. Pueden durar estos niveles bajos hasta un mes después de nacer. La ictericia de la leche materna es diferente de la ictericia por la lactancia.

- Por la leche materna se da en algunos bebés lactantes sanos, se manifiesta a los siete días de vida y se debe a la presencia en la leche materna de las sustancias que afectan a la descomposición de la bilirrubina en el hígado.

Son dos ictericias diferentes pero que tienen que ver ambas con la alimentación; los dos tipos se resuelven al cabo de unas semanas y son inofensivas.

Los otros tipos de ictericia requieren tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Por todo ello debemos concluir los bebés que han nacido antes de la fecha prevista de parto, es decir, prematuros son más susceptibles de presentar ictericia que los bebés a término.

La ictericia causa que la piel y ojos presente una coloración amarilla en la piel, sobretudo en la cara bajando al pecho, abdomen, piernas y las plantas de los pies. Los bebés con ictericia severa pueden presentar también otro síntoma, y es que se encuentran aletargados es decir, estar muy cansados y se alimentan mal porque ese aletargamiento, cuyo agotamiento no les permite comer.

El pediatra determinara si el bebé necesita tratamiento valorando si el nivel de bilirrubina es demasiado alto o se está elevando rápidamente.

Seria preciso que el bebé ingiriera muchos líquidos bien a través de la leche materna o fórmula, incluso si fuera necesario, el bebé puede recibir líquidos extra a través de IV.

Otra forma de tratar la ictericia es mediante luces azules especiales cuando los niveles de bilirrubina están muy altos. Estas luces ayudan en la función de descomposición de la bilirrubina.

Este tratamiento es la fototerapia, en otros casos mas leves, seria suficiente con exponer a la luz natural de manera indirecta al bebe, tras una ventana o al aire libre con la protección adecuada.

Por todo ello los primeros días de vida del bebe debemos observar estos posibles síntomas para detectar la ictericia rápidamente y tratarla de la mejor manera.

Si los niveles en sangre de esta sustancia llamada bilirrubina fueran muy altos y no fueran tratados, podrían aparecer posibles complicaciones mas serias, aunque poco comunes, tales como:

- Parálisis cerebral

- Sordera

- Kernícterus, que es daño cerebral.

Por todo ello debemos tener presente observar al bebe en estos primeros días ante la posibilidad de que pueda presentarse esta particular afeccion con el fin de tratarla si se presentara.

6 Bibliografía

WEB medlineplus.gov

Con referencias en:

Kaplan M, Wong RJ, Burgis JC, Sibley E, Stevenson DK. Neonatal jaundice and liver diseases. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant. 11th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 91.

Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM. Digestive system disorders. In: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 21st ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 123.

Rozance PJ, Wright CJ. The neonate. In: Landon MB, Galan HL, Jauniaux ERM, et al, eds. Gabbe's Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021:chap 23

Capítulo 101

EL SÍNDROME DE PFAPA

CECILIA GÓRRIZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El síndrome de PFAPA es una enfermedad que se da en niños de entre 2-5 años, son una serie de episodios que duran entre 3-6 días de fiebre recurrente (llegan a 41 °C) y no responden a antipiréticos, adenopatías cervicales en 2/3 de los casos, aftas orales y faringitis no infecciosa, que se repiten cada 4-8 semanas.

El síndrome de PFAPA, Fue descrito por primera vez por Marshall y colaboradores en 1987 en una serie de 12 niños con episodios periódicos de fiebre, malestar general, estomatitis aftosa, faringitis, cefalea y adenopatías cervicales que se acompañaba de elevación de los reactantes de fase aguda (RFA), pobre respuesta a los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), y una mejoría clínica significativa de los episodios con prednisona.

Dos años más tarde estos mismos autores acuñaron el acrónimo FPAPA formado por las siglas en inglés de los cuatro signos principales que lo definen (Periodic Fever, Adenopathy, Pharyngitis and Afthae). En España los primeros casos fueron publicados en el año 2000.

La etiología es desconocida y además se sospecha que podría ser debido a un mecanismo inmunológico, lo que explicaría la conocida buena respuesta al tratamiento con una única dosis de corticoides en los pacientes a los que se le ha administrado.

2 Objetivos

Dar a conocer qué es el Síndrome de PFAPA, cuáles son sus síntomas, cómo se detecta y cuál es su tratamiento actual en España.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la documentación científica existente centrándonos en los datos obtenidos en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

Algunas de las bases de datos que se han revisado han sido: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El síndrome de PFAPA está incluido dentro de las enfermedades autoinflamatorias que cursan con fiebre periódica, en ausencia de causas infecciosas, autoinmunes o neoplásicas.

A diferencia de otras enfermedades no se hereda y aún no se conoce su origen genético. Aunque su origen por el momento se desconoce, su causa podría deberse a un sistema inmunológico inmaduro, es decir, los niños que sufren el síndrome de PFAPA puede que necesiten más tiempo para madurar y regular su sistema inmunológico.

Dentro de esa alteración inmunológica, las citocinas juegan un papel fundamental, al no realizar su función correctamente, trabajan en exceso y esto hace que la respuesta inmune no sea la esperada y el cuerpo entre en alerta.

Sería razonable comenzar el estudio de primer nivel:

Primero con un hemograma y marcadores de inflamación como PCR y VSG tanto en crisis como entre las crisis; pudiendo haber neutrofilia y elevación de marcadores inflamatorios durante el episodio. Estos marcadores inflamatorios deben normalizarse posteriormente.

El hemograma durante el episodio muestra una hemoglobina normal con una leucocitosis moderada y una discreta o moderada elevación de los reactantes de fase aguda, siendo la más típica la elevación de la Proteína C reactiva (PCR), entre el segundo y el cuarto día.

Disminución del volumen plaquetario, contrastado con resultados sanos tanto en los episodios de crisis como entre los episodios cuando el paciente está aparentemente libre de síntomas.

En general la PCT no presenta alteraciones relevantes.

Además, en caso de realizarse estudio microbiológico (frotis faríngeo o test rápido *Estreptococo*) durante el episodio, el resultado siempre es negativo.

Como exploraciones de segundo nivel:

Por lado, la cuantificación de inmunoglobulinas plasmáticas, G, A, M, incluida también la IgD resultando normales para su edad.

5 Discusión-Conclusión

El pronóstico es excelente dado que no es de carácter maligno y con el tiempo desaparece. Los pacientes se desarrollan normal y están sin síntomas entre los episodios; los cuales son cada vez menos frecuentes hasta desaparecer.

A pesar de ser una enfermedad con unos síntomas aparentemente muy fáciles de diagnosticar, a día de hoy, por desconocimiento de la existencia del síndrome y la falta de un diagnóstico específico, se sigue confundiendo con infecciones faríngeas o incluso no se llega a diagnosticar por lo que hoy en día se desconoce el número de casos reales, aunque se estima en 3 casos por cada 10.000 niños.

6 Bibliografía

1. Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Álvez González F, Fernández Landaluze A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C, y cols. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda *An Pediatr (Barc)*. 2011;75(5):342.e1—342.e13
2. Calvo Rey C, Soler-Palacín P, Merino Muñoz R, Saavedra Lozano J, Antón López J, Aróstegui JL. y cols. Documento de Consenso de la Sociedad de Infectología Pediátrica y la Sociedad de Reumatología Pediátrica sobre el diagnóstico diferencial y el abordaje terapéutico de la fiebre recurrente. *An Pediatr (Barc)*. 2011;74(3):194.e1—194.e16
- 3 Picard C, Bobby Gaspar , Al-Herz , Bousfiha A, Casanova JL, Chatila T et al International Union of Immunological Societies: 2017 Primary Immunodeficiency Diseases Committee Report on Inborn

Errors of Immunity. Send to J Clin Immunol. 2018 Jan;38(1):96-128. doi: 10.1007/s10875-017-0464-9 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5742601/>

4. Thomas KT, Feder HM Jr, Lawton AR, Edwards KM. Periodic fever syndrome in children. J Pediatr. 1999; 135:15- 21

5. Marshall GS, Edwards KM, Butler J, Lawton AR. Syndrome of periodic fever, pharyngitis, and aphthous stomatitis. J Pediatr. 1987; 110: 43-6

6. Marshall GS, Edwards KM, Lawton AR. PFAPA Syndrome. Pediatr Infect Dis J. 1989; 8: 658-9

7. Ramos Amador JT, Rodríguez Cerrato V, Bodas Pinedo A , Carnicero Pastor MJ, Jiménez

Fernández F, Rubio Gribble B. Fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis cervical: a propósito de 3 casos. An Pediatr (Barc). 2000; 52: 59-61

Capítulo 102

ESTREPTOCOCCO PYOGENES. CARACTERÍSTICAS E IDENTIFICACIÓN EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

IRENE VEGA LLAMAZALES

ANA BELÉN POCEIRO DE LA FUENTE

1 Introducción

El estreptococo pyogenes es un microorganismo del grupo de las bacterias en forma de cocos es decir de forma esférica se caracteriza por agruparse formando cadenas de cuatro a diez células. En su pared celular existe el antígeno tipo A de la clasificación de Lancefield y hace hemólisis tipo beta -hemólisis cuando se cultiva en agar sangre.

Son bacterias invasoras ,su principal vía de entrada es la respiratoria .

Son bacterias Gram positivas con esto queremos decir que cuando realizamos la tinción de Gram se mostraran de un color violeta .

Esta bacteria puede estar en nuestra microbiota normal y mostrarnos ante ella asintomáticos.

Son microorganismos aerobios pero tiene también la capacidad de aguantar ante un medio anaerobio esto quiere decir con falta de oxígeno se denominan anaerobios facultativos .

Donde se suelen encontrar es en la orofaringe y la cavidad nasal y esto es debido a que al respirar es donde primero llega el oxígeno. Los lugares que va a invadir son: oído, articulaciones, nariz, garganta, pulmones, corazón y tejidos subcutáneos. Es productor de toxinas que son tóxicas para las células del ser humano generando tras su liberación inflamación, la muerte celular y el daño que caracteriza a la invasión bacteriológica.

Se encuentra en el aire, tierra, agua y superficies contaminadas.

2 Objetivos

- Describir la bacteria estreptococo pyogenes así como las pruebas bioquímicas específicas para este tipo de bacteria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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, utilizando varias palabras claves tales como: enfermedades producidas por pyogenes, tinción de Gram, medios selectivos, enfermedades supurativas y no supurativas, infecciones por estreptococos.

4 Resultados

El estreptococo pyogenes es uno de los patógenos humanos más comunes con la capacidad de producir enfermedades supurativas y no supurativas. Entre las supurativas se encuentran la faringitis bacteriana produciendo también otitis media, mastitis, impétigo que es la infección en las capas superficiales de la piel. También produce infección en las capas profundas que se llama erisipela y en casos muy graves fascitis necrotizante que es por lo que se la conoce como "bacteria comedora de carne".

Dentro de las no supurativas tenemos fiebre reumática y las glomerulonefritis. Es una bacteria Gram-positiva de forma esférica y con una organización en forma de cadenas, estas estructuras y características se pueden observar mediante la tinción de Gram.

La tinción de Gram es una prueba rápida que detecta bacterias donde se supone que hay una infección como puede ser la garganta, los pulmones, genitales o

cualquier herida en la piel con ella ,también se pueden detectar en los fluidos corporales como puede ser, la sangre o la orina.

Esta técnica nos ayuda en la primera clasificación de las bacterias. Con ella observaremos tanto la organización de las bacterias que pueden ser en racimos o en cadenas como su coloración.

Hay dos clasificaciones principales que dependerá de como reaccione esa bacteria a la tinción de Gram que es de color púrpura. Las bacterias que se observen al microscopio de una coloración púrpura o violeta serán Gram positivas y las que se muestran de un color rosado serán Gram negativas. Esta técnica permite iniciar un tratamiento oportuno

Típicamente estas bacterias producen un halo alrededor de sus colonias cuando se siembran en un agar sangre que se denomina beta -hemólisis . Es una hemólisis total es decir hay una destrucción completa de los glóbulos rojos . Puede ser encapsulado por lo que es resistente a la fagocitosis y son las responsables de las infecciones sistémicas graves.

Diagnostico en el laboratorio:

- Realizando pruebas inmunológicas que en ellas se utilizan anticuerpos que reaccionan con los carbohidratos que esta bacteria tiene (antígeno A) se puede identificar al *S. pyogenes* en un frotis sanguíneo.
- cultivo para realizar un diagnóstico etiológico se realizará en agar sangre con una extensión que nos permita aislar a las colonias ,nos aparecen a las 48 horas unas colonias blancas o grises y a veces con una apariencia mucosa.
- Antibiograma :esta siembra se hará en placas de Petri de Mueller Hinton se estudia la penicilina, eritromicina y clindamicina
- Test rápidos de detección de antígeno ,para detectar el antígeno carbohidrato específico de la pared celular del grupo A .
- Técnicas moleculares que detectan fragmentos de ácido nucleico.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico de laboratorio es clave para el aislamiento de dicha bacteria .Necesita ser conocedor de todas técnicas que se deben utilizar en un laboratorio clínico así como en qué medios diferenciales deben ser sembrados .

La mala praxis de cualquier procedimiento y el no conocimiento de ellos nos llevaría al entretardamiento de los resultados y como consecuencia dar un tratamiento tardío al paciente, con las consecuencias que esto puede acarrear al paciente y a todo el personal sanitario que esté a su servicio.

Dado que es una bacteria que puede producir muchas patologías ,se tendría que actuar en la inmediatez y ponerse en contacto con el personal sanitario a los primeros síntomas que la persona sintiese.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus>.
- _ <https://es.wikipedia.org>.
- <https://.mayoclinic.org>

Capítulo 103

PRESENCIA DEL MOBBING EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

PAULA FERNANDEZ MENENDEZ

SONIA COLLAR RODRIGUEZ

1 Introducción

El acoso laboral como también es sabido que se denomina al mobbing, es una situación común actual en la sociedad en la que vivimos que sucede en el entorno laboral. Que afecta a todas las personas, pero principalmente los trabajadores que son sometidos a esta intimidación. Los trabajadores que se ven sometidos a este tipo de asedio ven alterado su equilibrio biopsicosocial.

Se conocen varios tipos de mobbing:

- Mobbing ascendente: es cuando los subordinados atacan psicológicamente a un superior, este normalmente es el que menos se suele dar, puesto que generalmente esto también puede tener un efecto boomerang y que el superior tome represalias contra el trabajador.
- Mobbing horizontal: suele suceder este tipo de acoso laboral cuando el acoso se realiza entre compañeros de trabajo, suele ser uno de los más dañinos, ya que sucede cuando varios compañeros se unen para acosar a una sola víctima. Por lo general la víctima se suele encontrar en una situación de aislamiento por parte de sus compañeros.
- Mobbing descendente: es cuando el acoso lo recibe uno o varios subordinados de

su propio jefe. Este modo junto con el horizontal es una de las formas de acoso más comunes.

Existen otros tipos de mobbing como el llamado disciplinario, el psicológico, el cibermobbing... todos ellos igual de nocivos.

2 Objetivos

Dar a conocer la presencia del mobbing en el entorno sanitario.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

La palabra mobbing o lo que es lo mismo acoso laboral viene establecido como aquellas conductas de violencia psicológica sin justificación aparente, que son persistente en el tiempo. Como humillar a la persona, propagar cotilleos falsos, menospreciándola tanto en el trabajo que realiza como su actitud, insultarla, etc,.. Esta violencia en algunas ocasiones también suele suceder con violencia física y hasta sexual. Normalmente todo ello suele suceder sin que haya testigos aprovechando encuentros

Todo esto la persona o personas que lo hacen, lo hacen teniendo consciencia de lo que dicen y hacen, siendo su objetivo que la víctima se sienta desestabilizada. Que sufra miedos, angustia, desmotivación y que no quiera ir a trabajar, incluso hasta el punto de dejar su puesto de trabajo. Hay acosos tan graves que suelen terminar hasta con el propio suicidio de la víctima.

Para prevenir el acoso laboral, las empresas deberán de tener un protocolo de actuación ante el acoso tal y como la Ley estipula. No importará la cantidad de empleados que la empresa tenga, tanto si hablamos de cuatro empleados como de

cuatrocientos será obligatorio. En este protocolo tendrán que tener las medidas a seguir para prevenir este acoso, así como los pasos que tendrán que seguir los trabajadores y la empresa si este acoso sucede. Debe de contener los mecanismos de denuncia y las penas que recibirán los acosadores.

Lo más importante en un protocolo contra el acoso laboral es la prevención, evitar que este acoso llegue a suceder, para ello serían muy importante, pero no obligatorio, que las empresas realizasen cursos de formación. Para poder sensibilizar, informar y formar a todo el personal de la empresa. Así la plantilla sabrá que es específicamente lo que se considera acoso laboral (mobbing), lo que es considerado como un acoso sexual, lo que se denomina violencia en el trabajo, lo que es el acoso en embarazadas, acoso por razón de sexo. Sabrían también cómo evitarlo y en caso de que sucediese a uno mismo, o fuésemos testigos de cómo acosan a un compañero supiésemos como actuar y a donde ir para solicitar ayuda.

5 Discusión-Conclusión

En la sociedad en la que vivimos actualmente necesitaríamos tener más presente en nuestras mentes los riesgos del acoso en el puesto de trabajo, y las consecuencias que ello conlleva a la persona acosada, como la familia y amigos que rodea a esa persona. Esta situación tendría que ser denunciada y no echar la vista a un lado, porque somos tan culpables si acosamos como si somos testigos de un acoso y no hacemos nada para evitarlo.

Cuando sucede mobbing en el puesto de trabajo muchos de los derechos de esa persona son violados como su dignidad, honor, etc., derechos fundamentales que protege nuestra Constitución española. Y desde las empresas se tendrían que poner más medios para poder prevenir antes que evitar estos acosos. Sería bueno que fuese obligatorio en cualquier empresa que sus empleados realizasen cursos y formación para que este gran problema fuese disminuyendo a pasos agigantados

6 Bibliografía

https://es.wikipedia.org/wiki/Acoso_laboral

<https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/psicologia/acoso-laboral-que-es.html>

<https://psicologiymente.com/organizaciones/tipos-de-mobbing-acoso-laboral>

<https://lamenteesmaravillosa.com/que-es-el-mobbing-o-acoso-laboral/>

Capítulo 104

FATIGA VISUAL EN AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL ÁMBITO SANITARIO

VERÓNICA ENCINAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

La fatiga visual (astenopia, o también denominada cansancio ocular, vista cansada) está reconocida por la organización mundial del trabajo dentro del grupo de enfermedades laborales. No es una simple afección o patología, es una molestia normal y muy común que aparece tras realizar un esfuerzo excesivo, por ejemplo, tras pasar mucho tiempo utilizando la visión próxima delante de un monitor o también tras realizar muchas variaciones de enfoque de lejos a cerca. Los signos y síntomas de la fatiga ocular incluyen los siguientes: Ojos cansados, doloridos y ardor o picazón, visión borrosa o doble, ojos llorosos o, por el contrario, secos, dolores de cabeza y de cuello u hombros y espalda, gran sensibilidad a la luz, dificultad de concentración, sensación de no poder mantener los ojos abiertos, etc.

Las causas más comunes que derivan a la fatiga visual o vista cansada pueden ser, leer sin hacer una pauta para descansar la vista, mirar las pantallas de los dispositivos digitales, estar expuesto a la luz brillante, tener un problema no diagnosticado en la vista, como ojos secos o visión no corregida, el esfuerzo por ver con una luz muy tenue, el estrés o cansancio acumulado, exposición al aire seco como por ejemplo el aire en movimiento de un ventilador o aire acondicionado, entre otros.

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer el significado de la fatiga visual, las causas más comunes que pueden derivar en dicha patología y cómo poder evitarla.

3 Metodología

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

4 Resultados

La fatiga visual también conocida como astenopia, vista u ojos cansados está reconocida por la organización internacional del trabajo dentro del grupo de enfermedades laborales o profesionales. Son las producidas a consecuencia de las condiciones del trabajo, en el caso del auxiliar administrativo, permanece gran cantidad de tiempo delante de un dispositivo digital como es la pantalla de un ordenador, su principal método de trabajo, esto puede derivar en dicha patología y una sequedad de ojos extrema.

Aunque también se puede producir como consecuencia de diversas causas, como leer sin hacer pausa para descansar la vista o incluso el propio movimiento de un ventilador o aire acondicionado.

Esta patología no produce solo sequedad en los ojos, sino que también tiene otros síntomas como puede ser el enrojecimiento, falta de concentración o alergias, entre otras.

Cuando se mira a la pantalla del ordenador para trabajar se suele mirar al frente, por lo tanto, los ojos están más abiertos y hay más superficie ocular expuesta al aire provocando que se evapore la lágrima. Más aún si la pantalla está mal colocada. Si se coloca el ordenador en alto habrá que mirar un poco hacia arriba tener los ojos aún más abiertos y esto dificulta más que la película lagrimal se mantenga intacta; el ordenador debe estar a la altura de los ojos, incluso situada un poco más abajo.

No es una enfermedad grave, pero si es incómoda.

Puede producir muchas molestias alterando nuestra calidad de vida como, sensación de ver mal o visión borrosa y surge la necesidad de cerrar los ojos, como

si se estuviera cansado continuamente.

Esta enfermedad se detecta cada vez más en edades tempranas pero son más frecuentes a medida que avanza la edad, cuantos más años, más riesgo de padecerla. Existen una serie de recomendaciones para poder evitar la fatiga visual:

- Realizar descansos puntuales, no permanecer mucho tiempo seguido delante del monitor.
- Colocar a una altura adecuada la pantalla del ordenador (no debe estar muy alta, ya que reseca más los ojos).
- Utilizar lágrimas artificiales (colirios que hidratan la superficie ocular). En algunos casos pueden ser hasta más adecuadas que la propia lágrima natural, si se nota mucha sequedad y mal estar en la vista.
- Utilizar, siempre que sea posible, luz natural y evitar la luz artificial.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la fatiga visual es una enfermedad cada vez más habitual en edades tempranas aunque es más frecuente a medida que avanza la edad. Es reconocida por la Organización Internacional del Trabajo dentro del grupo de enfermedades laborales y en el ámbito de trabajo de los auxiliares administrativos es muy común, ya que la gran parte de la jornada laboral se realiza delante de una pantalla de ordenador.

Hay que intentar evitarla, y la mejor manera es que se realicen descansos puntuales evitando permanecer mucho tiempo delante del monitor, colocarlo a una altura correcta. Utilizar lágrimas artificiales que en muchas ocasiones son mejores que las naturales y esto evitaría mucho la sequedad en los ojos. Y también intentar, siempre que sea posible, trabajar con luz natural.

6 Bibliografía

1. eurocanariasoftalmologica.com
2. discapnet.es
3. osha.europa.eu
4. sanidad.gob.es

Capítulo 105

ESTRES POSTVACACIONAL

JOSE AVELINO LUCAS PÉREZ

1 Introducción

El estrés postvacacional se refiere a la presión emocional o la ansiedad que surge al volver a las tareas laborales después de un período de vacaciones.

Se trata de un proceso de adaptación necesario al volver a la vida laboral activa. Sin esa adaptación necesaria surgen una serie de molestias que se definirían como síndrome postvacacional, aunque no llega a catalogarse como enfermedad.

Es más frecuente en personas entre 45 y 55 años que han sufrido un cambio en sus ritmos biológicos.

Se caracteriza por hastío y cansancio, desidia, tristeza, malestar general, desencanto, etc.

En otras ocasiones, puede aparecer una sensación de angustia vital que puede llevar a un bloqueo en el cual la persona que lo presenta no es capaz de tomar cualquier decisión.

Se establece una sintomatología de cuadro depresivo que afectan al trabajo resultando difícil de realizar.

La toma de decisiones y la concentración están deterioradas. Puede resultar imposible ordenar la agenda y poner en marcha todas las gestiones o encargos propuestos iniciándose un verdadero círculo vicioso en el cual el trabajo se va acumulando, este trabajo se une al nuevo trabajo por realizar, aumentado por el retraso de toda la labor acumulada a lo largo del periodo de vacaciones.

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos del estrés postvacacional.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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.

4 Resultados

La vuelta al trabajo con sus rutinas, prisas, cansancio, ruidos, presiones laborales, se hace especialmente difícil a la vuelta de las vacaciones.

Para superar el estrés postvacacional y poder minimizar sus consecuencias negativas se puede programar el regreso dejando unos días de adaptación a la rutina para poder mentalizarse y adaptarse antes al nuevo horario.

Es recomendable también evitar la sobrecarga de tareas el primer día priorizando lo urgente y respetando los propios límites.

Se trata de evitar que la vuelta al trabajo cause problemas psíquicos como la tristeza, el malestar, el hastío, el desencanto general que acaben dando lugar a otros de carácter físico como las molestias digestivas, el cansancio, el dolor de cabeza y espalda, problemas de memoria, etc.

Para tratar de evitar el síndrome postvacacional es aconsejable:

- Practicar deporte para desconectar mejorando así el estado de ánimo.
- Descansar las horas suficientes.
- Alimentación adecuada.
- Retomar el contacto con los amigos y organizar actividades de ocio para hacer así más llevadera la vuelta.
- Moderar el consumo de cafeína y alcohol ya que agudizan los síntomas de estrés.
- Saber decir que no sin ceder a las exigencias de los demás.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el síndrome postvacacional no es una patología como tal, sino un «trastorno adaptativo», la persona que lo sufre tiene una sintomatología similar al estrés lo que disminuye considerablemente su calidad de vida y rendimiento. El síndrome postvacacional produce una sensación de apatía, tristeza, falta de energía o motivación al volver a nuestro trabajo o rutina diaria tras finalizar el periodo de vacaciones. La persona que lo sufre no es capaz de gestionar todas las demandas que suponen volver a la rutina y al trabajo.

El síndrome postvacacional no suele durar más de 2 o 3 semanas desapareciendo de manera natural aunque es aconsejable seguir los consejos descritos anteriormente para minimizar sus efectos.

6 Bibliografía

1. Profesionales de la administración de salud en Asturias.
2. Clínica Universidad de Navarra.
3. Elsevier.es