

I LECCIONES EN ACTUALIZACIÓN Y FORMACIÓN SANITARIA



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

I Lecciones en Actualización y Formación Sanitaria



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

I Lecciones en Actualización y Formación Sanitaria

Fecha de publicación: 24 enero 2023

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: 978-84-19560-15-5

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	TABAQUISMO EN EL EMBARAZO MARIA SALINAS BARIAIN	3
2	ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL PACIENTE DONANTE POTENCIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS JORGE APARICIO CABAÑAS, CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA, LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA, VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO Y ANWAR MARTINEZ MOHAMED	7
3	CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE Y TRAS LA INSERCIÓN DEL OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA JORGE APARICIO CABAÑAS, CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA, LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA, VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO Y ANWAR MARTINEZ MOHAMED	11
4	PROBLEMAS MUSCULO-ESQUELÉTICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO. HIGIENE POSTURAL ELENA ELIZONDO VILA, JUNE ETXEBERRIA ERAUSKIN Y SAIOA URIA URIARTE	15
5	ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS PEDIÁTRICA ROBERTO SERRANO MARTÍN, MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN Y JORGE SERRANO MARTÍN	21
6	ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE UN CASO DE DEBUT DIABÉTICO EN EL NIÑO ROBERTO SERRANO MARTÍN, JORGE SERRANO MARTÍN Y MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN	25

7	ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELIACA EN EL NIÑO ROBERTO SERRANO MARTÍN, MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN Y JORGE SERRANO MARTÍN	29
8	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DOLOR CRÓNICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ Y JOSE ANTONIO MARUGAN AGUADERO	33
9	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ Y JOSE ANTONIO MARUGAN AGUADERO	37
10	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO QUE ESTÁ EN CASA ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN, NATALIA MARINE LOFVALL DURAND, DELIA GONZÁLEZ PÉREZ, CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ Y EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ	41
11	CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN, NATALIA MARINE LOFVALL DURAND, DELIA GONZÁLEZ PÉREZ, CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ Y EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ	47
12	ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES QUE PADECEN ENFERMEDAD DE CROHN ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN, NATALIA MARINE LOFVALL DURAND, DELIA GONZÁLEZ PÉREZ, CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ Y EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ	53

13	ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PACIENTE CON CIRUGÍA ABLACIÓN MECÁNICO-QUÍMICA DE LA VENA SAFENA CON EL CATÉTER CLARIVEIN	
	JORGE APARICIO CABAÑAS, CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA, LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA, VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO Y ANWAR MARTINEZ MOHAMED	57
14	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE FERTILIDAD	
	ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ, MARÍA COMINO ROBLES, LAURA COMINO ROBLES, BEATRIZ HERAS CASTILLO Y LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO	63
15	EL PAPEL DE ENFERMERÍA Y LA ANAFILAXIA	
	ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ, MARÍA COMINO ROBLES, LAURA COMINO ROBLES, BEATRIZ HERAS CASTILLO Y LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO	67
16	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL MANEJO DE ENFERMERÍA	
	ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ, MARÍA COMINO ROBLES, LAURA COMINO ROBLES, BEATRIZ HERAS CASTILLO Y LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO	71
17	ENFERMERÍA: LA OBESIDAD PEDIÁTRICA QUE HAY ACTUALMENTE	
	MARIA ESTER CABEZUELO RODRÍGUEZ	75
18	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA	
	MARIA ESTER CABEZUELO RODRÍGUEZ	79
19	MANEJO DE LA MEDICACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA E INFUSORES POR ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL PACIENTE TERMINAL	
	MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO	83
20	LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA RESPECTO AL CORDÓN UMBILICAL	
	MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO	89

21	CONOCER LAS PRINCIPALES INDICACIONES DE LA SEDOANALGESIA CLAUDIA SUÁREZ JUNQUERA	93
22	DIFERENCIAR LOS DIFERENTES FÁRMACOS UTILIZADOS EN LA SEDOANALGESIA CLAUDIA SUÁREZ JUNQUERA	99
23	PAPEL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO SEDOANALGESIADO CLAUDIA SUÁREZ JUNQUERA	107
24	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA LOS PELIGROS DEL ACOSO PSICOLÓGICO LABORAL TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ, MÓNICA ROMÁN LUNA, SANDRA PABLO VÁZQUEZ, MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGO	113
25	ESTUDIO Y MUESTRA DE LAS BOLSAS DE COLOSTOMÍA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ, TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ, MÓNICA ROMÁN LUNA, SANDRA PABLO VÁZQUEZ Y RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGO	117
26	ESTUDIO E INVESTIGACIÓN EN BULIMIA Y ANOREXIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGO, TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ, MÓNICA ROMÁN LUNA, SANDRA PABLO VÁZQUEZ Y MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ	121
27	ATENCIÓN Y CUIDADOS A LA PERSONA CON UNA ENFERMEDAD TERMINAL ANDREA FERNANDEZ FRAIZ, LUCÍA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y SARA FARPÓN MARTÍNEZ	125
28	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL SONDAJE VESICAL PRINCIPALES CUIDADOS GEMA ORTEGA SÁNCHEZ, LAURA GARCIA NICOLAS, FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO, ANA EVA ORTIZ MARTINEZ Y ASCENSION DEL OLMO MARIN	129

- 29 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE FARMACIA**
GEMA ORTEGA SÁNCHEZ, LAURA GARCIA NICOLAS, FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO, ANA EVA ORTIZ MARTINEZ Y ASCENSION DEL OLMO MARIN 133
- 30 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. CUIDADOS ANTE EL PACIENTE PEDIÁTRICO**
GEMA ORTEGA SÁNCHEZ, LAURA GARCIA NICOLAS, FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO, ANA EVA ORTIZ MARTINEZ Y ASCENSION DEL OLMO MARIN 137
- 31 EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE FARMACIA**
ULPIANA PINAR PINAR, MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA, MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO, JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO Y ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA 141
- 32 LA SONTA VESICAL Y EL AUXILIAR DE ENFERMERIA, CLASIFICACION Y CUIDADOS**
ULPIANA PINAR PINAR, MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA, MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO, JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO Y ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA 145
- 33 LA FOTOTERAPIA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS AL NEONATO**
ULPIANA PINAR PINAR, MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA, MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO, JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO Y ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA 149

34	LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA BEATRIZ COLLADO RUIZ, VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO, CELIA CALERO MATAS Y GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA	153
35	EL USO DE LA DOCUMENTACIÓN SANITARIA POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA BEATRIZ COLLADO RUIZ, VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO, CELIA CALERO MATAS Y GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA	159
36	LA NUTRICIÓN ENTERAL EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA BEATRIZ COLLADO RUIZ, VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO, CELIA CALERO MATAS Y GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA	165
37	COMPONENTES Y TIPOS DE CAMA HOSPITALARIA ANA CRISTINA VIÑUELAS	171
38	RECORDATORIO DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE TERMOTERAPIA MARIA LUZ CALVO RUIZ	175
39	LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON ALZHEIMER ELIA FUNES RUIZ Y ANGELA MARIA BOLADO TIZON	179
40	BANDERAS ROJAS EN LA PROFESIÓN DE SANITARIOS IRENE PONZ MARTÍNEZ	183
41	FISIOTERAPIA EN LA RECUPERACIÓN DE UNA FRACTURA INFRASINDESMAL DE PERONÉ. A PROPÓSITO DE UN CASO MARI ANGELES BEJAR TROYANO, MARIA ISABEL MORENO VICO Y MARÍA RAYA CRUZ	187

42	PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA CON EL PORTEO ERGONÓMICO EN EL POSTPARTO BEATRIZ PUERTA RUBIO	191
43	MASAJE PERINEAL. EFICACIA Y APLICACIÓN EN FISIOTERAPIA BEATRIZ PUERTA RUBIO	195
44	ATENCIÓN FARMACÉUTICA ESPECIAL PARA DIABÉTICOS TAMAR BLANCA SERRANO	199
45	LA RADIOGRAFÍA DE LA MANO. EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN DIAGNOSTICO DE LA IMAGEN JAIME MANRIQUE DIAZ RUBIERA	205
46	PROYECCIONES RADIOLÓGICAS DE HOMBRO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO JAIME MANRIQUE DIAZ RUBIERA	209
47	GESTIÓN Y ELIMINACIÓN DE RESIDUOS BIOLÓGICOS EN LOS LABORATORIOS CLÍNICOS RAQUEL CAMPORRO LLANA, VERÓNICA MUÑOZ EIRO Y LAURA ROMERO SORIANO	213
48	EL PAPEL DEL TÉCNICO ESPECIALISTA DE LABORATORIO (TEL) EN LA MEDICINA PERSONALIZADA Y LAS TERAPIAS AVANZADAS RAQUEL CAMPORRO LLANA, VERÓNICA MUÑOZ EIRO Y LAURA ROMERO SORIANO	217
49	PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DE PHMETROS DIRIGIDO A TÉCNICO ESPECIALISTA DE LABORATORIO (TEL) VERÓNICA MUÑOZ EIRO, LAURA ROMERO SORIANO Y RAQUEL CAMPORRO LLANA	221
50	PROTOCOLO DE LABORATORIO PARA LA DETECCIÓN DE BACTERIEMIA A TRAVÉS DEL HEMOCULTIVO LAURA ROMERO SORIANO, RAQUEL CAMPORRO LLANA Y VERÓNICA MUÑOZ EIRO	225
51	LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPIS) CARLOTA ÁLVAREZ CARBAJAL	229

52	EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA DEL TÓRAX MEDIANTE RADIOLOGÍA CONVENCIONAL MARIA JESUS CHICO CABEZAS	233
53	EL TÉCNICO DE RAYOS Y LAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS Y DE IMÁGEN PARA EL ESTUDIO CARDÍACO Y VASCULAR MEDIANTE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA MARIA JESUS CHICO CABEZAS	237
54	ESTUDIO E INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS POR EL CELADOR ALMUDENA RODRÍGUEZ ELEZ	241
55	ESTUDIO E INVESTIGACIÓN POR EL CELADOR DEL SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO PILAR CUADRADO OTERO	245
56	EL CELADOR Y LOS CUIDADOS EN EL ANIMALARIO ÁNGEL NOTARIO GARRIDO, MARIA ISABEL MADRIGAL COBO, MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON, MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN Y LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO	249
57	EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN UNA FARMACIA HOSPITALARIA ÁNGEL NOTARIO GARRIDO, MARIA ISABEL MADRIGAL COBO, MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON, MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN Y LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO	253
58	EL CELADOR Y LA ACTUACIÓN CON LOS PACIENTES PARAPLÉJICOS ÁNGEL NOTARIO GARRIDO, MARIA ISABEL MADRIGAL COBO, MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON, MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN Y LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO	257
59	EL CELADOR EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y SUS FUNCIONES EN LAS URGENCIAS GINECOLÓGICAS CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ, MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA, CARMEN PALACIOS SALINAS, MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS Y JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON	261

60	EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	
	CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ, MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA, CARMEN PALACIOS SALINAS, MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS Y JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON	265
61	EL CELADOR Y EL TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO DE ENFERMOS	
	CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ, MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA, CARMEN PALACIOS SALINAS, MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS Y JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON	269
62	ELECTRICISTAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS	
	RUBÉN CAVA, EDUARDO GARCIA DONATE, CARLOS LÓPEZ MUÑOZ, FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO Y PEDRO JOSE CORTES MOLINA	273
63	EL PERSONAL ELECTRICISTA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS ANTE LOS RIESGOS BIOLÓGICOS	
	RUBÉN CAVA, EDUARDO GARCIA DONATE, CARLOS LÓPEZ MUÑOZ, FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO Y PEDRO JOSE CORTES MOLINA	279
64	ELECTRICISTAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LOS RIESGOS ELÉCTRICOS EN LOS HOSPITALES	
	RUBÉN CAVA, EDUARDO GARCIA DONATE, CARLOS LÓPEZ MUÑOZ, FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO Y PEDRO JOSE CORTES MOLINA	283
65	LOS RIESGOS DE INCENDIO QUE EVITA EL PERSONAL ELECTRICISTA DE LOS CENTROS SANITARIOS	
	FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO, PEDRO JOSE CORTES MOLINA, RUBÉN CAVA, EDUARDO GARCIA DONATE Y CARLOS LÓPEZ MUÑOZ	289

66	LOS RIESGOS DE LA PLANCHADORA/O DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ, MANUEL GALDÓN GARVÍ, ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ, CORTES MARTINEZ TOLEDO Y ANTONIA HENRY PULIDO	295
67	PLANCHADOR/A Y EL ESPACIO FÍSICO DONDE REALIZA SU LABOR MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ, MANUEL GALDÓN GARVÍ, ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ, CORTES MARTINEZ TOLEDO Y ANTONIA HENRY PULIDO	301
68	GESTIÓN DEL ALMACÉN POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS NURIA GARCÍA DIAZ, PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO, PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT, MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ Y M. DOLORES CORRAL LOPEZ	305
69	EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL NURIA GARCÍA DIAZ, PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO, PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT, MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ Y M. DOLORES CORRAL LOPEZ	309
70	EL ORDENADOR PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO NURIA GARCÍA DIAZ, PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO, PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT, MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ Y M. DOLORES CORRAL LOPEZ	315
71	EL CELADOR Y SUS FUNCIONES A REALIZAR EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS ENRIQUE DIAZ-TENDERO, CATALINA VALENCIA MORENO, GEMA VALENCIA MORENO, SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO Y FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS	319

72	FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ENRIQUE DIAZ-TENDERO, CATALINA VALENCIA MORENO, GEMA VALENCIA MORENO, SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO Y FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS	325
73	FUNCIONES PROPIAS DEL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE QUIRÓFANO ENRIQUE DIAZ-TENDERO, CATALINA VALENCIA MORENO, GEMA VALENCIA MORENO, SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO Y FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS	329
74	ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS LAURA GARCÍA RECIO, ALEJANDRO PIÑERO REINA Y AFRICA VÁZQUEZ ORTEGA	333
75	EL SÍNDROME DEL BURNOUT EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS MARGARITA LLEDO CARRASCO, LUBNA MOHAMED MOHAMED AAKEL Y LORENA CONSOLACIÓN BERNAL SIERRA	337
76	CONTROL DE CALIDAD DE EQUIPOS DE ULTRASONIDOS MARINA GUTIÉRREZ RUIZ	341
77	ESTUDIO SÍNDROME DE STURGE-WEBER NAVILA AHMED AHMED Y RUTH ANTON RODRIGUEZ	345

Capítulo 1

TABAQUISMO EN EL EMBARAZO

MARIA SALINAS BARIAIN

1 Introducción

Fumar en las mujeres que están embarazadas, pese a parecer algo excepcional debido a las fuertes advertencias de salud pública, suele ser algo bastante habitual. En la mayoría de las ocasiones quieren dejarlo, pero por el fuerte poder adictivo del tabaco, les resulta imposible. La adición a fumar puede alterar su autocontrol y aptitud para abandonar este hábito.

En el mundo desarrollado, sabemos que entre del 13% al 25% de las mujeres embarazadas fuman. Y además estas cifras aumentan en entornos con un nivel socioeconómico más bajo.

Las consecuencias del tabaco durante el periodo de gestación, da lugar a serios problemas en la salud y desarrollo fetal. No podemos negar que las embarazadas que fuman juegan con la salud de ellas y sus bebés. Es imposible aconsejar un número exacto de cigarrillos segura durante la gestación. Directamente sabemos que cuanto más fume una mujer embarazada, mayor es el riesgo.

Existe un alto riesgo de recaídas tras dejar de fumar. El mantenimiento suele ser una de las etapas más difíciles de llevar a cabo. Sabemos que la mitad de las mujeres que dejaron de fumar, vuelven a fumar a los seis meses. Los expertos nos insisten en que lo mejor es dejar de fumar desde el inicio del embarazo e incluso lo ideal, desde el momento en que se busca el embarazo.

2 Objetivos

En este estudio queremos conocer las consecuencias del tabaquismo materno a lo largo del embarazo sobre la salud de los recién nacidos.

3 Metodología

Para el desarrollo de este estudio, se ideó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuales son los efectos del tabaquismo materno en la salud de los neonatos durante el embarazo?

Definimos como criterio de inclusión, la disponibilidad de artículos originales utilizando las siguientes palabras clave: tabaquismo, nicotina, embarazo, con texto completo disponible en los idiomas español e inglés.

El conocimiento de la evidencia fue trabajado durante septiembre y diciembre de 2022, mediante la revisión bibliográfica de estudios publicados en las bases de datos Cochrane Library y MEDLINE, a través del motor de búsqueda Pubmed.

4 Resultados

Diversos estudios nos demuestran como fumar en el embarazo aumenta el riesgo de bajo peso al nacer y parto prematuro. Cuanto más pretermino nazca un bebé, mayor riesgo para su salud.

Por otra parte, aumenta el riesgo a padecer sobrepeso durante la infancia y, por lo tanto, aumenta la posibilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo II en la edad adulta.

Además, fumar provoca problemas de esterilidad. Las mujeres tienen problemas para quedarse embarazadas. Y en los hombres se altera la capacidad de los espermatozoides, contribuyendo a la impotencia. Todo ello genera imposibilidad para procrear en las parejas que desean hacerlo.

Los estudios demuestran como las sustancias que componen un cigarrillo, como por ejemplo el arsénico y el cadmio, puede provocar problemas a nivel pulmonar. La nicotina es una sustancia teratógena que genera problemas en el desarrollo cerebral.

Esto conlleva a una relación entre el tabaquismo materno durante el embarazo y la reducción de las capacidades psicomotoras infantiles, sumado a los problemas de conducta.

Esta exposición del tabaco continuada tras el nacimiento, genera un aumento de uno de los episodios más temidos de los padres, el Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante. Hoy en día no se conocen las causas exactas, pero si varios estudios lo relacionan con el hábito del tabaco. Por ello se aconseja en caso de no poder dejar de fumar, hábitos higiénicos saludables, ventilar bien los espacios cerrados y procurar fumar en otros espacios.

Por otra parte, debemos conocer los beneficios de dejar de fumar en el embarazo.

Es importante para motivar a la mujer informarle de todo lo que puede conseguir si cesa este hábito, como la disminución de las tasas de aborto y parto prematuro. Aumento de la oxigenación, disminución de las tasas de aborto o parto prematuro y reducción de posibles alteraciones de los recién nacidos expuestos al tabaco.

5 Discusión-Conclusión

Fumar durante la gestación da lugar a consecuencias negativas en el recién nacido a nivel pre y postnatal. Podemos ver estos efectos a corto plazo, pero también los efectos de esta exposición pueden surgir pasados varios años tras el nacimiento.

Lo más recomendado es suspender la exposición al tabaco en el momento pre-concepcional es decir, cuando estemos en la búsqueda del embarazo. Si ya está embarazada, cuanto antes cese el tabaquismo maternal mejor para proteger su salud y la de su bebe.

Los profesionales en la salud, juegan un papel clave en el apoyo para ayudar a dejar de fumar a las mujeres embarazadas y a superar los desafíos particulares en esta etapa de la vida.

6 Bibliografía

1. Verhagen E, ter Horst H, Kooi E, Keating P, van den Berg P, Bos A. Prenatal tobacco exposure influences cerebral oxygenation in preterm infants. *Early Hum Dev.* 2011;87(6):401-406.
- Moradzadeh R, Mansournia M, Baghfalaki T, Nadrian H, Gustafson P, McCandless L. The impact of maternal smoking during pregnancy on childhood asthma: adjusted for exposure misclassification; results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2011-2012. *Ann Epidemiol.* 2018;28(10):697-703.
2. Kessous R, Wainstock T, Sheiner E. Smoking during pregnancy as a possible risk factor for pediatric neoplasms in the offspring: A population-based cohort study. *Addictive Behaviors.* 2019;90:349-353.
3. Himes S, Stroud L, Scheidweiler K, Niaura R, Huestis M. Prenatal Tobacco Exposure, Biomarkers for Tobacco in Meconium, and Neonatal Growth Outcomes. *J Pediatr.* 2013; 162(5):970-975.
- Ko T, Tsai L, Chu L, Yeh S, Leung C, Chen C et al. Parental Smoking During Pregnancy and Its Association with Low Birth Weight, Small for Gestational Age, and Preterm Birth Offspring: A Birth Cohort Study. *Pediatr Neonatol.* 2014;55(1):20-27.

Capítulo 2

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

JORGE APARICIO CABAÑAS

CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA

LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA

VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO

ANWAR MARTINEZ MOHAMED

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. La donación tras muerte encefálica 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, puesto 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 (UCI).

3 Metodología

Se ha realizado una estrategia de revisión 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 Tántillo 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 3

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE Y TRAS LA INSERCIÓN DEL OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA

JORGE APARICIO CABAÑAS

CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA

LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA

VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO

ANWAR MARTINEZ MOHAMED

1 Introducción

El ECMO u 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 tres pasos que se coloca en el circuito, etc.

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 cardiaco.
- 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. <https://www.medintensiva.org/es-emp leo-ecmouci-recomendaciones-sociedad-articulo-S0210569118302845>.
2. https://es.m.wikipedia.org/wiki/Oxigenaci%C3%B3n_por_membrana_extracorp%C3%B3rea.
3. <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/ecmo/about/pac-20484615>.
4. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc182074>.
5. <https://www.ucihealth.org/medical-services/cardiology/ecmo>.

Capítulo 4

PROBLEMAS MUSCULO-ESQUELÉTICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO. HIGIENE POSTURAL

ELENA ELIZONDO VILA

JUNE ETXEBERRIA ERAUSKIN

SAIOA URIA URIARTE

1 Introducción

Los trastornos musculoesqueléticos son un problema de importancia creciente, puesto que constituyen una de las causas más frecuentes de absentismo laboral en el ámbito sociosanitario. Los trastornos musculoesqueléticos abarcan desde dolencias leves y pasajeras hasta lesiones graves y discapacitantes, que obstaculizan no solo el rendimiento en el trabajo sino también el día a día de los trabajadores (1).

El quirófano es un área hospitalaria que implica una alta exigencia laboral para el personal de enfermería, debido a la complejidad de sus técnicas y a la responsabilidad de la práctica quirúrgica. Este colectivo es una de las profesiones sanitarias más afectadas por los trastornos musculoesqueléticos. Las posturas no anatómicas, el trabajo de pie, la movilización y levantamiento de cargas, entre otras actividades son unos de los principales riesgos ergonómicos que deben hacer frente en su jornada laboral (2).

La ergonomía, por tanto, debe de jugar un importante papel en el día a día del personal sanitario, garantizando así una disminución de las lesiones y trastornos asociados a una mala postura o al desempeño de actividades repetitivas (2,3).

En el artículo que se presenta se pretende por un lado analizar los diferentes riesgos ergonómicos a los que se ven expuestos las enfermeras de quirófano, y, por otro lado, analizar las diferentes recomendaciones de higiene postural indicadas para disminuir la aparición de trastornos musculares en este colectivo.

2 Objetivos

a. Analizar los riesgos ergonómicos a los que se ven expuestos las enfermeras de quirófano durante su jornada laboral b. Analizar las posibles lesiones musculoesqueléticas derivadas de la práctica laboral c. Explorar las diferentes medidas preventivas que pueden llevarse a cabo para disminuir las lesiones osteomusculares derivadas de trabajar en quirófano.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica del presente artículo se ha dividido en dos áreas diferentes.

En primer lugar, se ha realizado una búsqueda de información centrada los riesgos ergonómicos del personal de enfermería en quirófano. Las palabras clave que se han utilizado han sido las siguientes; “riesgos ergonómicos”, “trastornos musculoesqueléticos”, “enfermería” y “quirófano”. Las principales fuentes de información han sido; Dialnet y Google Académico. También se ha revisado algunas publicaciones de organismos oficiales como el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo o la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

En segundo lugar, la búsqueda se ha centrado en las medidas ergonómicas adecuadas para disminuir la presencia de trastornos musculoesqueléticos derivados del trabajo. Para ello, las palabras clave que se han utilizado han sido; “ergonomía”, “quirófano” y “enfermería”. Las fuentes de información elegidas han sido nuevamente Dialnet y Google Académico.

4 Resultados

El personal de enfermería de quirófano pasa gran parte de su jornada laboral de pie, realiza sobreesfuerzos en su trabajo, adopta posturas no anatómicas y realiza movimientos repetitivos. Todo ello, conlleva a la aparición de lesiones musculoesqueléticas, principalmente en la espalda y las extremidades superiores e inferiores (1,2, 4).

Estas lesiones pueden ser debidas a sobreesfuerzos puntuales o a movimientos repetitivos durante el trabajo. Las zonas afectadas van a depender de las actividades realizadas y las posturas adoptadas. Los trastornos musculoesqueléticos más frecuentes en el personal de enfermería son (1,5);

- Lumbalgia: es una de las lesiones más comunes dentro del colectivo. Se relaciona con la manipulación de cargas, como las bandejas del instrumental quirúrgico, la movilización de los carros, el mantenimiento de una posición estática durante mucho rato, como es estar de pie sin moverse en el desarrollo del procedimiento.
- Síndrome cervical por tensión: está relacionado por un lado con los movimientos repetitivos (elevar los brazos por encima de los hombros para dejar o coger las bandejas) y también con el estrés que genera la responsabilidad de la práctica quirúrgica.
- Tendinitis manguito rotadores: se relaciona con la manipulación de cargas, en el caso de enfermería, con la movilización de cajas o el mantenimiento de los brazos en mala postura, por ejemplo.
- Síndrome del túnel carpiano: puede deberse a repeticiones en la realización de movimientos de extensión y flexión, posturas de agarre inadecuadas o sobrecarga en las manos.
- Ciática: Una posición estática de pie o sentada sin movimiento o el inadecuado diseño de las sillas favorece la aparición de ciática.

Con el fin de evitar este tipo de trastornos musculoesqueléticos en el personal de enfermería lo más adecuado sería fomentar la higiene postural dentro de este colectivo. La postura de trabajo ha de ser lo más cómoda y fisiológica posibles, respetando las curvaturas de la columna vertebral. Como se ha explicado anteriormente una postura inadecuada y un mal manejo de las cargas puede derivar en lesiones, para evitarlo habría que adoptar las siguientes recomendaciones (3,5);

- Manipulación de cargas (1,3,5): o mantener el objeto a movilizar lo más cerca posible de nuestro cuerpo manteniendo la espalda recta. o Levantar las cargas con los grupos musculares de las piernas y músculos abdominales. o Flexionar las rodillas para coger la carga y estirarlas para levantarlo con los talones apoyados en el suelo. o Empujar los carros o las mesas con ruedas del quirófano, nunca

tirar. o Usar banquetas o escaleras para coger objetos que estén por encima de nuestra cabeza.

- Postura estática: Adoptar una postura de pie con los pies separados cuando se está instrumentando, con ello los ligamentos de rodillas y caderas soportan el peso corporal con menos esfuerzo. Si se usan banquetas deben de ser lo suficientemente anchas para que permitan adoptar una postura adecuada con los pies separados.

Intentar, si se puede, dar un paseo o cambiar de posición (1,3,5).

- Movilizaciones corporales (3,5): o Girar todo el cuerpo, nunca doblar solo la cintura o Flexionar caderas y mantener sujeción con las manos al inclinarse hacia delante.

5 Discusión-Conclusión

La repetición de posturas no anatómicas, la manipulación incorrecta de cargas y el mantenimiento de una posición estática durante el desarrollo del procedimiento quirúrgico, el cual muchas veces pueden durar desde minutos hasta horas, genera fatiga y lesiones musculoesqueléticas en el personal de enfermería. Para evitarlo es necesario adaptar el lugar de trabajo al trabajador y concienciar al colectivo de la importancia de la higiene postural. De esta manera, siguiendo unas recomendaciones básicas en lo referente al manejo de cargas y el mantenimiento de una postura corporal anatómica se pueden llegar a prevenir gran cantidad de lesiones en el personal.

6 Bibliografía

1. Herrera.T.J. Problemas musculoesqueléticos en el personal de enfermería que trabaja en quirófano del Hospital Obrero n°1 de la C.N.S la Paz en la Gestión.2021 [Consultado 22 de Dic 2022]. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/27064>
2. Gutierrez. E. Riesgo en ergonomía postural de la instrumentadora quirúrgica, Servicio de quirófano del Hospital de Clínicas, segundo trimestre del año 2021. 2022[Consultado 22 de Dic 2022]. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/29786>
3. Arias.L, Córdoba. S, Zambrano. A. Riesgos ergonómicos y lesiones osteomusculares en el personal de quirófano que labora en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en el periodo de Marzo a Junio de 2018. 2018 [Consultado 22 de Dic 2022]. Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/4192>

4. Conte Duerto, F., Gutiérrez Giménez, M. T., Castro López, M. Valoración del impacto de la educación postural en el personal sanitario de quirófano de un hospital de Zaragoza. 2019 [Consultado 22 de Dic 2022]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/102043>
5. Peña. A.M. Trabajo en quirófano: higiene postural y posturas forzadas. 2019 [Consultado 22 de Dic 2022]. Disponible en: <https://accedacris.ulpgc.es/handle/10553/100577>

Capítulo 5

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS PEDIÁTRICA

ROBERTO SERRANO MARTÍN

MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN

JORGE SERRANO MARTÍN

1 Introducción

La apendicitis se toma como causa más común de intervención quirúrgica de abdomen y de patología en la infancia y en el adolescente en nuestro país que ocurre en el niño sano.

Tiene una incidencia creciente de forma progresiva de acuerdo al grupo etario, desde el neonato al adolescente, obteniendo el pico máximo alrededor de los 15 años, se obtiene un riesgo familiar importante con algunas condiciones paradójicas, los niños con Síndrome de Down apenas tienen incidencia en las tablas de ocurrencia de apendicitis.

Se produce una inflamación del apéndice con resultado de una obstrucción de la luz de este conducto ciego, bien por materia fecal que se compacta por hiperplasia, por objeto extraño o por una gran causa variada de complicaciones que pueden ocurrir.

El mayor peligro que concurre esta causa es la provocación de la salida al exterior del material que contiene el apéndice y produzca una sepsis generalizada

que pueda producir en casos extremos si no se es operado el paciente de urgencia o no se procede en tiempo y forma con el fallecimiento del paciente o con consecuencias extremas que pueda acarrear consecuencias de secuelas difíciles de resolver.

En nuestro país la mortalidad por esta causa ronda la nulidad.

2 Objetivos

Describir un caso clínico para exponer el diagnóstico de la enfermedad.

3 Caso clínico

Virginia es una niña que tiene 12 años, se encuentra en el instituto cursando primero de la ESO, se ha avisado a su madre, con la cual vive, por encontrarse repentinamente mal desde media mañana, su madre se encuentra trabajando a dos horas del instituto por lo que ante los vómitos y fiebre que cursa la menor, se decide trasladarla al hospital más cercano, se queja de dolor de barriga intermitente, se le realiza una analítica en la que se encuentra una eosinofilia bastante alta, y tiene reflejo en el abdomen haciendo una valoración en la exploración inicial de posible apendicitis. En las pruebas de imagen de placa inicial se aprecia una masa a nivel de ciego que ha invadido la parte adyacente por lo que se realiza una resonancia magnética para ver de manera más exacta con imágenes cuál es el alcance de las lesiones producidas, tras valorar por el cirujano y el pediatra, se decide una intervención de urgencia para la extracción del apéndice y la limpieza de la zona subyacente con éxito, tras la operación permanece en la zona de reanimación junto a su madre el tiempo de protocolo requerido pasando a la planta de pediatría donde por recomendación del cirujano deberá permanecer ingresada una media de 8 días para controlar la eosinofilia y valorar la incisión de la operación que le ha sido practicada. Siendo la evolución favorable y recibiendo el alta para continuar los cuidados domiciliarios durante aproximadamente tres semanas y la retirada de las grapas por el enfermero en su centro de salud correspondiente, al mes debe volver a la consulta del cirujano para la valoración de la herida, marcadores de bioquímica en sangre y alta del proceso total.

4 Discusión-Conclusión

La recomendación para este tipo de operaciones por parte del equipo de enfermería para una mejor operación del paciente es realizar la técnica de laparoscopia, técnica utilizada para casi todas las apendicitis que se desarrollan en los hospitales públicos de nuestro país en condiciones de desarrollo normal, no obstante, como en el caso clínico descrito y para no poner en peligro la vida del paciente en algunas ocasiones todavía se debe intervenir con la técnica tradicional para limpiar la zona adyacente al apéndice en los casos que sea preciso porque el apéndice haya desarrollado una sepsis en el organismo y los marcadores bioquímicos nos alerten de esta situación preservando la integridad del paciente.

5 Bibliografía

Cuervo, J. (2019). Apendicitis aguda. Rev. Hosp. Asturias (Asturias), 56(252), 15-31.

Capítulo 6

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE UN CASO DE DEBUT DIABÉTICO EN EL NIÑO

ROBERTO SERRANO MARTÍN

JORGE SERRANO MARTÍN

MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN

1 Introducción

El concepto de diabetes mellitus es un grupo de enfermedades del metabolismo que se han caracterizado por hiperglucemia, se debe a distintos defectos que tienen en la secreción de la insulina, tienen una ausencia en esta hormona o en la combinación que se produce de las dos.

La diabetes denominada tipo 1 o insulino dependiente es la que se genera a través de la destrucción de las células betas del páncreas en la gran mayoría de las ocasiones se debe a un proceso autoinmune que se expresa con la presencia de autoanticuerpos en el organismo.

La cetoacidosis de carácter diabético constituye una alteración de carácter metabólico y secundario ante la ausencia absoluta o también relativa de la insulina, siendo la causa de morbilidad y mortalidad en el niño más importando con diabetes insulino dependiente.

La calidad de vida de estos pacientes es similar al resto de sus iguales una vez salvan el primer escalón del aprendizaje y constancia de la insulina y la medición de

los valores de azúcar en sangre, su integración en la familia, colegio y sociedad va a depender siempre de un adulto hasta que el niño alcance una madurez cognitiva suficiente para que sea independiente en este sentido y pueda maniobrar solo.

2 Objetivos

Describir un caso clínico para exponer el diagnóstico de la enfermedad.

3 Caso clínico

Sheila tiene 6 años, acude a la consulta del pediatra durante tres días seguidos, aquejándose según su madre de dolor de cabeza, de cansancio extremo, de ingerir grandes cantidades de agua y de comida, sobre todo de alimentos fríos, va mucho al baño a hacer pis, y su comportamiento es extremadamente irritable, no tiene ganas de hacer absolutamente nada y de repente quiere hacerlo todo y se pone a moverse y tener unas energías enormes que se le gastan muy rápido. Tras el relato de la madre se le realiza mediante punción en un dedo un análisis de azúcar en sangre teniendo un valor no acorde al momento del día, se la deriva a los servicios de urgencias del hospital más cercano para una exploración completa.

En los servicios de urgencias se tiene una entrevista con la familia en la que se informa de un hermano de la madre con diabetes insulino dependiente, se realiza bioquímica a la niña completa con marcadores de cetoacidosis siendo esos positivos, se decide el ingreso en la planta de pediatría de la menor y se realiza estudio completo para confirmar el diagnóstico.

Tras confirmar el debut diabético de Sheila, se informa a los padres y a la menor el cambio que deberán mantener por el resto de la vida en cuanto a la alimentación, deporte, hábitos higiénicos, medición de valores de azúcar en sangre y el seguimiento periódico que deben mantener por la enfermedad, los padres y el niño asimilan, no con errores al principio en cuanto a alimentación y mediciones por lo que se les inserta en el plan de ingreso en planta para que todos aprendan la transgresión al nuevo formato que debe incluir todos los aspectos de la vida del niño.

4 Discusión-Conclusión

En los hospitales de nuestro país, se ha recomendado incluir un formato de ingreso para el debut diabético de niños de corta edad en la que padres y niños aprenden por el equipo de enfermería a realizar mediciones de azúcar en sangre con distintos elementos que existen en el mercado para facilitar la vida diaria del paciente, se les enseña también la alimentación que debe seguir, los alimentos libres que debe tomar y la exclusión de distintos alimentos de la dieta, las transgresiones que se realizan en la dieta pueden tener consecuencias muy graves para el niño de las cuales debe ser conscientes tanto el paciente como todo el que le rodea, también este aprendizaje se debe extrapolar al entorno escolar para que docentes y compañeros puedan convivir y normalizar esta enfermedad.

5 Bibliografía

Sánchez, A. D., Ortega, Y. P., Cabrera, J. N., & Fraga, A. O. (2021). Caracterización de niños con debut de Diabetes Mellitus tipo 1 en Andalucía, 21, 268-280.

Capítulo 7

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELIACA EN EL NIÑO

ROBERTO SERRANO MARTÍN

MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN

JORGE SERRANO MARTÍN

1 Introducción

La celiacía o enfermedad celiaca se denomina a aquella condición de carácter inmune que tiene una afectación de modo principal a la zona gastrointestinal y que produce de forma secundaria una sensibilidad con un carácter irreversible hasta el momento a las proteínas del gluten que se encuentran en la dieta como el Trigo, centeno o la cebada. Estos pacientes se encuentran predispuestos genéticamente a padecer esta enfermedad que viene cursando con una atrofia intestinal severa.

Se puede considerar que es una enfermedad de carácter inmune en la que se encuentran distintos factores genéticos y ambientales en una asociación fuerte en la que los genes codificantes de moléculas HLA de la clase II se encuentran presentes en el heterodímero HLA DQ2 en la mayoría de las ocasiones y el DQ8 en un % menor.

Tiene formas de presentación comunes de síndrome de malabsorción presentando diarrea en forma crónica con pérdida de peso pronunciada y una prominente

distensión abdominal, sobre todo en niños que son menores de 24 meses. En niños mayores, los síntomas gastrointestinales pasan a ser menos frecuentes, son niños con baja talla, tienen asociados problemas atípicos a su edad como anemia, osteoporosis, cambios de humor, aparición de otro tipo de enfermedades autoinmunes, se pueden dar casos de cáncer digestivo o tener síntomas neurológicos.

2 Objetivos

Describir un caso clínico para exponer el diagnóstico de la enfermedad.

3 Caso clínico

Fernando es un niño que acaba de cumplir 22 meses, hijo de madre y tía materna celiaca, la introducción al gluten fue tardía por indicación de la madre y por miedo de esta a que fuera celiaca, la introducción fue normal y fue vigilado cada síntoma durante los seis primeros meses de introducción al gluten a la cual el niño no manifestó ningún síntoma ni signo exterior que manifestara enfermedad celiaca por lo que su alimentación y desarrollo ha sido normal hasta el momento. La madre acude al médico porque lleva dos semanas que a pesar de la retirada del pañal, la zona del culito, la tiene muy irritada y tiene diarrea intermitente, le ha suprimido algunas cosas de la dieta y le ha sometido en los tres últimos días a dieta astringente sin ser efectiva, dice que ha estado pasando por un virus como el resto de niños en la guardería, la pediatra observa que no existe signos externos de virus y tras la entrevista de la madre parece ser que el niño no tiene síntomas de proceso gripal alguno. Se insta al peso diario del niño observando que a pesar de que el niño come en grandes cantidades está empezando a perder peso, se ha vuelto apático y sigue con diarreas. Por los antecedentes personales se decide la suspensión del gluten de forma temporal, como consecuencia el niño cesa la diarrea casi de forma inmediata y a la semana deja de perder peso, el niño ya no come grandes cantidades y va recuperando un humor constante, ante los cambios se decide mantener la dieta durante al menos seis meses. Por lo pequeño del niño y ante la imposibilidad de confirmar por medio de endoscopia la enfermedad se mantiene dieta sin gluten y diagnóstico de celiaquía hasta provocación con peso y talla adecuado por acuerdo entre pediatra y familia.

4 Discusión-Conclusión

Cuando el niño tiene una edad en la que su peso y talla no es el adecuado para confirmar mediante una endoscopia de las vías digestivas altas el diagnóstico de la enfermedad celiaca se hace una recomendación de acudir a marcadores celiacos biológicos, siendo estos positivos, aunque no suficientes para diagnosticar la enfermedad, se pueden considerar como base en presencia de síntomas para proceder a la retirada del gluten de la dieta siempre con la previsión de poder realizar una prueba en quirófano para poder confirmar mediante anatomía patológica la enfermedad celiaca o hacerla mediante provocación cuando el niño sea un poco más grande.

5 Bibliografía

Bravo, F. (2021). Adherencia e impacto de la dieta sin gluten en niños con enfermedad celíaca. *Revista española de pediatría*, 82(3), 191-197.

Capítulo 8

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DOLOR CRÓNICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

JOSE ANTONIO MARUGAN AGUADERO

1 Introducción

Se define dolor como una experiencia emocional y sensorial desagradable que está asociado a una lesión tisular real o potencial. El dolor es subjetivo y puede afectar al bienestar físico, emocional, social y psicológico de la persona que lo padece.

En España, el 17% de la población padece dolor crónico, teniendo una mayor incidencia en mujeres que en hombres y cuya incidencia va en aumento conforme aumenta la edad.

El dolor se clasifica según su patógena en nociceptivo y neuropático, siendo el nociceptivo el dolor crónico más frecuente, producido por enfermedades, lesiones o trastornos funcionales viscerales o somáticos.

El dolor crónico es consecuencia de la plasticidad funcional y estructural del cerebro por la pérdida o daño que se produce en la sustancia gris. Además del cerebro, otras zonas que están implicadas en el dolor crónico son el hipocampo, la corteza prefrontal dorsolateral y los ganglios basales.

Debido a la alta tasa que tiene el dolor crónico en las consultas médicas, es fundamental que los profesionales sanitarios, dentro de los que se incluye Enfermería,

tengan una actitud proactiva para abordar esta problemática. Por su parte, Enfermería debe contribuir con la elaboración de un plan de cuidados enfermero que aborde al paciente que padece dolor crónico de manera integral.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Establecer los cuidados de Enfermería desde atención primaria en el paciente que presenta dolor crónico.

Objetivos secundarios:

- Indicar las diversas escalas para valorar el dolor crónico.
- Indicar los diferentes diagnósticos, resultados e intervenciones de Enfermería en el dolor crónico.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda, organización y valoración de la información recopilada a través de bases de datos científicas como Cuiden, Pubmed y Medline. Tras la búsqueda, se seleccionaron las fuentes más oportunas en relación con los objetivos propuestos y se procedió a la extracción de las ideas más relevantes con las que empezar a elaborar la revisión bibliográfica.

Las palabras clave utilizadas fueron dolor crónico, enfermería, cuidados y atención primaria.

4 Resultados

En nuestro país, las consultas por dolor crónico son muy habituales y comunes en los servicios de urgencias y en las consultas de atención primaria, teniendo los profesionales que dar respuesta inmediata para instaurar un tratamiento que se adapte al tipo de dolor que presenta el paciente y a sus circunstancias personales. En el bienestar del individuo confluyen diversos factores como biológicos, psicológicos y socioculturales, influyendo todos ellos en la respuesta que tiene el paciente al dolor. Por ello, el modelo biopsicosocial en relación a los trastornos del dolor crónico es incuestionable y ampliamente defendido.

La prevención del dolor crónico no solo se centra en prevenir la enfermedad que lo origina, sino también en sus consecuencias, siendo las más comunes la pérdida

de funcionalidad y productividad, trastornos mentales, discapacidad laboral, entre otras.

Enfermería debe realizar una intervención del abordaje del dolor crónico de manera integral, desarrollando una actitud proactiva donde las funciones a desarrollar tengan en cuenta al paciente como un todo, teniendo en cuenta todas las esferas del mismo.

Enfermería, desde atención primaria, debe diseñar intervenciones psicológicas y psicoeducativas para que el paciente pueda controlar los factores emocionales y cognitivos del dolor.

Sabiendo que el dolor interfiere en las actividades de la vida diaria, Enfermería debe realizar una valoración minuciosa y exhaustiva del dolor, pudiendo así dar una respuesta adecuada a las necesidades del paciente a través de unos planes de cuidados individualizados.

Para que Enfermería pueda valorar correctamente el dolor crónico, debe utilizar unas escalas de valoración, siendo las más utilizadas la escala numérica (EN), la escala categórica (EC) y la escala visual analógica (EVA).

Una buena valoración permite un mejor diagnóstico, pudiendo realizar unas intervenciones efectivas y de calidad.

Dentro de los diagnósticos enfermeros NANDA en relación con el dolor crónico están: dolor crónico y síndrome de dolor crónico.

Dentro de los resultados enfermeros NOC en relación con el dolor crónico están: control del dolor, nivel del dolor, calidad de vida, conocimiento: manejo del dolor, equilibrio emocional, nivel de fatiga, ansiedad y estrés, entre otros.

Dentro de las intervenciones NIC en relación con el dolor crónico están: manejo del dolor crónico, manejo de la medicación, control del estado de ánimo, terapia de relajación, escucha activa, mejorar el afrontamiento, entre otras.

5 Discusión-Conclusión

El dolor crónico es muy habitual en las consultas de atención primaria. Por eso, Enfermería, desde este nivel de atención, debe realizar una valoración correcta del dolor crónico que padece el paciente a través de las diferentes escalas de medición existentes, pudiendo dar así una respuesta adecuada a las necesidades del paciente a través de unos planes de cuidados individualizados donde todas las esferas y factores del paciente queden incluidos.

Para ello, Enfermería debe utilizar el modelo biopsicosocial, a la vez de promover

la educación del paciente para que tenga un afrontamiento más activo en su autocuidado y consiga el mayor bienestar posible.

6 Bibliografía

- Goberna Iglesias, M. J., Mayo Moldes, M., & Lojo Vicente, V. (2014). Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(1), 50-58.
- González de Lena Gorgojo, C. (2021). Cuidados enfermeros en dolor crónico musculoesquelético en Atención Primaria.
- Monleón Just, M. (2017). Intervención enfermera en dolor crónico.
- Osorio, M. A. M. (2016). Del Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial: El desafío pendiente para la fisioterapia en el dolor musculoesquelético crónico. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud UDES*, 3(2), 97-101.

Capítulo 9

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL

MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

JOSE ANTONIO MARUGAN AGUADERO

1 Introducción

La presión venosa central es uno de los parámetros más utilizados en la monitorización hemodinámica invasiva, la cual aporta información relevante sobre el estado del paciente y ayuda a guiar la instauración del tratamiento y su evaluación.

La presión venosa central revela la cantidad de sangre que regresa al corazón, así como la capacidad que tiene el corazón para bombear la sangre hacia el sistema arterial.

Puede establecerse que la presión venosa central refleja de manera directa la presión en la aurícula derecha, y de manera indirecta la presión telediastólica ventricular. Por eso, la presión venosa central es un indicador óptimo de la función derecha del corazón, ya que si el ventrículo derecho presenta insuficiencia, la presión venosa central está aumentada.

Para medir la presión venosa central se debe insertar previamente un catéter que llegue hasta la vena cava superior. Las venas más utilizadas para su inserción son la braquial, subclavia o yugular. El catéter puede poseer una o dos luces, siendo más indicado utilizar el de doble lumen.

Enfermería es el personal indicado para medir la presión venosa central, debiendo conocer la manera en que debe realizar esta técnica para que los resultados que se obtengan sean fiables y certeros.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Establecer la actuación de Enfermería en la medición de la presión venosa central.

Objetivos secundarios:

- Analizar qué es la presión venosa central.
- Conocer qué venas son las más utilizadas para insertar el catéter venoso central.
- Establecer los valores normales de la presión venosa central.
- Establecer en qué situaciones se utiliza la medición de la presión venosa central.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro, se ha realizado una búsqueda sistemática en bases de datos científicas. Las bases de datos consultados han sido: Medline, Scopus, Cochrane y Cuiden.

Las palabras clave utilizadas han sido: presión venosa central, medición, enfermería ,técnica, actuación.

4 Resultados

Para medir la presión venosa central se pueden utilizar parámetros de presión o de volumen, siendo el más utilizado el de presión.

Los valores normales establecidos son:

- Presión venosa central: 2-6 mmHg.
- Presión de aurícula izquierda: 4-12 mmHg.
- Presión de oclusión de la arteria pulmonar: 6-12 mmHg.

La medición de la presión venosa central está indicada en situaciones como:

- Terapia de infusiones intravenosas de mantenimiento.
- Nutrición parenteral.
- Para forzar la diuresis.
- Trastornos hidroelectrolíticos.

- Para controlar el reemplazo de volumen de líquidos en un shock, hemorragia intestinal, fracaso renal agudo, ventilación asistida, entre otros.

Las cifras obtenidas tras la medición de esta presión se utilizan como estimación de la volemia. La variación de esta presión depende del volumen y del flujo en las venas centrales y del estado funcional en que se encuentran las cavidades derechas del corazón.

Para que Enfermería pueda medir la presión venosa central debe:

- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Detener cualquier solución que se estuviera administrando por la vía central.
- Situar la columna de medición a nivel de la línea axial media del paciente. Se aconseja marcar la zona para tener siempre el mismo punto de referencia en posteriores mediciones.
- Colocar la flecha del manómetro en el cero.
- Determinar la luz en que se va a realizar la medición en caso de que el catéter posea varias luces.
- Llenar la columna con suero a través de a llave de tres vías, conectándola al catéter del paciente para que exista una continuidad entre paciente y columna.
- La columna de suero irá bajando hasta llegar a un punto donde solo existan pequeñas fluctuaciones relacionadas con los movimientos respiratorios del paciente, siendo ese valor es que se corresponde con la presión venosa central del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La presión venosa central depende del retorno venoso y de la función cardíaca. El profesional de Enfermería es el responsable de realizar esta medición, teniendo una serie de responsabilidades clave como la comprobación del uso correcto del equipamiento, obtener datos precisos y establecer tendencias.

Para realizar la técnica de medición, Enfermería debe seguir el protocolo de actuación establecido a fin de evitar posibles complicaciones y obtener así datos de valores fiables y veraces. Para ello, debe contar con la formación adecuada para ejecutar la técnica de manera eficaz y aportando los cuidados necesarios oportunos que requiere este tipo de medición de presión.

6 Bibliografía

- Gonzaga Vargas, L. H., & Cobos Schrader, K. D. R. (2018). EFECTIVIDAD DE LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE PATOLOGÍAS HEMODINÁMICAS.

- Ochagavía, A., Baigorri, F., Mesquida, J., Ayuela, J. M., Ferrándiz, A., García, X., ... & de Cuidados Intensivos, G. D. T. (2014). Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Recomendaciones del grupo de trabajo de cuidados intensivos cardiológicos y RCP de la Sociedad Española de medicina intensiva, crítica y unidades coronarias. *Medicina intensiva*, 38(3), 154-169.
- Solanellas Lax, E. (2020). Presión venosa central como parámetro estimador de las necesidades de fluidoterapia: revisión sistematizada.

Capítulo 10

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO QUE ESTÁ EN CASA

ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN

NATALIA MARINE LOFVALL DURAND

DELIA GONZÁLEZ PÉREZ

CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ

EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ

1 Introducción

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

Es una situación compleja, donde el paciente necesita un soporte asistencial de calidad, priorizando sobre todo el cuidado individualizado y adaptado a las necesidades que presente. Se trata de mantener un confort eficaz, gracias al control del dolor, a través de las Unidades de Atención en Cuidados Paliativos, de cada zona de Salud.

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

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

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

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

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

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

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en los buscadores y bases de datos más reconocidas: PubMed/ Elsevier/Scielo/Cuiden/Cochrane Library.

Se han revisado guías y protocolos para el manejo de las técnicas en el tratamiento y control del dolor a través de un acceso subcutáneo.

Así como recomendaciones de Organismos competentes: OMS /Conserjería de Sanidad/AEMPS/SECPAL/.

La revisión de artículos se ha efectuado utilizando como palabra clave: Infusores, vía subcutánea, paciente terminal, cuidados paliativos.

4 Resultados

En los pacientes terminales que requieren de cuidados paliativos, por la propia evolución de su estado, existe la necesidad de elegir la vía subcutánea para la administración de los tratamientos, cuando no puedan tomar la medicación por vía oral: (presencia de náuseas, vómitos, disfagia, intolerancia a fármacos por vía oral, mala-absorción).

Es la vía de elección, pues mejora la eficacia de los tratamientos:

- Disminuye la aparición de efectos adversos de los medicamentos.
- Es necesaria cuando se quiere mantener una buena biodisponibilidad en el organismo, a través de la administración controlada, lenta y constante.
- Útil en los casos que cursan con alteraciones neurológicas: inconsciencia, confusión, agonía, en los que el objetivo a seguir sea el confort del paciente.
- Se pueden administrar mezclas con varios fármacos para un efecto sinérgico.
- Es una técnica muy sencilla y bien aceptada por el paciente y familia.
- Alto grado de seguridad.

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

Se realizará acceso y colocación de vía subcutánea en las: Áreas infraclaviculares, en su 1/2 externa./ Región externa del brazo en Deltoides/ Abdomen, evitando la

línea media/ Muslos, aunque es menos usada. Hay que evitar zonas de pliegues cutáneos, mamas y zonas de piel de difícil acceso.

Utilizaremos según el tipo de tratamiento un tipo de Infusor:

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

- Bombas electrónicas portátiles de infusión continua, donde podemos regular el ritmo de infusión y como desventaja, el poder cometer errores en relación con 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 Elastomérica 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 con 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 palien 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 11

CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO

ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN

NATALIA MARINE LOFVALL DURAND

DELIA GONZÁLEZ PÉREZ

CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ

EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ

1 Introducción

Según la RAE, las arritmias se conocen como “contracciones cardíacas irregulares y erráticas” o arritmias. Este cambio puede ocurrir de tres maneras:

Taquicardia: Su corazón late demasiado rápido de manera regular. Eso es más de 100 veces por minuto. Bradicardia: el corazón a menudo late demasiado lento. Es decir, menos de 50 latidos/minuto.

Arritmia irregular: el corazón late de manera caótica, ya sea rápido o lento. La atención de pacientes con marcapasos permanente incluye un enfoque multidisciplinario de atención individualizada entre el equipo de atención primaria y la atención especializada para llegar a un plan de atención integral que se adapte a las necesidades del paciente y se requiere evaluación. Enfóquese principalmente en tratar la causa, evite las complicaciones que pueden ocurrir con o sin trasplante y brinde educación al equipo, al paciente y a la familia/cuidador

Salud óptima para una mejor calidad de vida.

Los estudios analizados hasta el momento reflejan la presencia de enfermeras durante todo el proceso: antes del diagnóstico, durante la cirugía, al alta y post-tratamiento hasta el final del día, y estas personas son las encargadas de brindar cuidados, garantizar una calidad de vida óptima y una rápida recuperación a través de adecuada adaptación mientras obligas a tu equipo a seguir entrenando. Por lo tanto, el enfermero como facilitador del cuidado holístico y promotor del cuidado integral es fundamental en el cuidado de los pacientes en etapa de transición y terminal.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer algunas recomendaciones para mejorar la utilización del marcapasos.

Objetivos secundarios:

- Saber cuando acudir al equipo sanitario para resolver dudas.
- Observar que cuidados estrictos se deben llevar a cabo en el postoperatorio.
- Analizar las ventajas de los avances en los marcapasos.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en castellano de libros como Revista de Medicina Intensiva, Sociedad Española de Cardiología y Revista de Medicina Clínica de Scielo; y entre las principales Bases de Datos como Cuiden, Medline, Dialnet y Teseo.

Para llevar a cabo la búsqueda, se han utilizado los operadores booleanos clásicos (Y/AND, O/OR, NO/NOT) junto con términos claros, sencillos y concretos relacionados con el tema:

- Nurs*, Nursing Care, Nurse, Cuidados de Enfermería.
- Enf*, Enfermería.
- Intervenciones de enfermería, Educación para la Salud.
- Bloqueo auriculoventricular completo, Complete atrioventricular block.
- Bradicardia, bradicardia.

También se ha realizado una búsqueda en internet en los siguientes buscadores: Guía del paciente portador de marcapasos elaborada por el Ministerio de Sanidad y consumo, Google Académico, Inbiomed, Organización Mundial de la Salud (OMS), Scielo y Sistema Nacional de Salud (SNS).

4 Resultados

Atención preoperatoria e intraoperatoria:

- Comunicar claramente al paciente y la familia sobre el nivel de comprensión del procedimiento a realizar, cuánto tiempo llevará el procedimiento y cómo se explicará el procedimiento para garantizar la cooperación adecuada y la máxima comodidad. Pregunte todas sus dudas.
- Asegurarse de que el paciente o su representante legal haya firmado el consentimiento informado y haya ayunado las 6 horas previas a la cirugía. - Asegurarse de que todas las pruebas necesarias estén incluidas en el historial médico. (Radiografía, análisis, electrocardiograma (ECG), etc.) y funcionamiento normal del eventual marcapasos implantado.
- Garantizar la máxima esterilidad durante el procedimiento mediante la preparación de las zonas íntimas. Rasurar la zona genital (si es necesario), lavar las zonas íntimas con jabón antiséptico y secar con gasa esterilizada. Luego aplique una solución antiséptica y cubra con una toalla estéril. Prepare la mesa de operaciones con la ayuda de un auxiliar de enfermería. Además, se consideran desfibriladores, analizadores de umbral de parada de vehículos, fluoroscopia, electrocardiogramas y osciloscopios si es necesario. - Inserte una vena periférica en el brazo opuesto al sitio del implante y verifique su permeabilidad.
- Monitorizar las constantes vitales del paciente mediante monitor antes y durante la técnica para detectar anomalías, con la frecuencia descrita en el protocolo del hospital y siempre que la situación clínica lo requiera. Vigilar el nivel de conciencia siempre que la intervención se realice bajo anestesia local.
- Controlar completamente el ECG de su paciente: vea si está en ritmo sinusal, presencia de PVC, cambios de ritmo y más. - Realice un seguimiento de los cambios del paciente informando a los reanimadores y registrando la atención según sea necesario.

Tomar los medicamentos de acuerdo con las instrucciones de su médico. - Si hay sangrado en el sitio de punción: Aplicar presión local y aplicar hielo.

Cuidados postoperatorios:

La atención después de que finaliza la cirugía se puede dividir en atención inmediata (atención que ocurre después de salir del quirófano y hasta las siguientes 24 horas) y atención tardía (atención que ocurre después de que el paciente ha sido dejado).

El primer día, el paciente será ingresado en la unidad de cuidados intensivos. (UCI) durante 24-48 horas.

- Cuidado inmediato:

Prevención de infecciones: el sitio de la incisión debe revisarse diariamente y durante la cirugía para detectar enrojecimiento, hinchazón, dolor o sangrado inusuales hasta que la incisión esté completamente curada.

Realizando esta técnica en condiciones asépticas máximas, el sitio del injerto se cicatriza diariamente y se cubre con un apósito estéril. Este soporte se monitorea hasta que la incisión quirúrgica se cierra por completo.

Evitar el hematoma del reservorio subcutáneo como se comenta en el apartado de Complicaciones. Durante las primeras 24 horas, aplicar un peso pesado y un enfriamiento tópico en el área antes mencionada y un vendaje de compresión. Continuar tomando esta medida en casa la semana siguiente.

Inmovilizar el brazo durante las próximas 24 horas. Reanudar la ingesta según tolerancia.

Radiografía de tórax para confirmar la colocación de los electrodos. Tras realizar técnicas de detección de anomalías, monitorizar las constantes vitales del paciente con la frecuencia especificada en el protocolo del centro hospitalario y siempre que la situación clínica lo requiera.

Mida los parámetros del marcapasos y ajústelos si es necesario. ECG de 12 derivaciones.

Si todo va bien, puede irse a casa con su informe médico y la identificación del marcapasos. Citación de consulta médica intensiva para seguimiento de marcapasos, según protocolo y estado del paciente.

Atención al alta y posterior al alta:

- Una enfermera de atención primaria examinará y tratará regularmente la herida y retirará las suturas 8-10 días después del procedimiento. - Vigilar fluidos corporales, hematomas y temperatura del paciente.
- Monitorear rechazo de marcapasos con síntomas como fiebre, fluctuaciones locales de marcapasos. - Durante el primer mes, especialmente la primera semana, no apoyar esta zona, no hacer movimientos bruscos ni levantar objetos pesados de costado.

5 Discusión-Conclusión

El marcapasos artificial definitivo demostró ser un reto pero a la vez el tratamiento ideal para establecer un ritmo cardíaco regular y adecuado, gracias a la capacidad de este invento, de conseguir que las personas que lo portaban, recuperasen su vida plena anterior. La profesión médica se vio dotada así, con una ayuda técnica que ha llegado a ser una de las más útiles de nuestro tiempo.

Para llevar a cabo una acción terapéutica y un cambio beneficioso en su estado de salud, es necesario ayudar a las personas con marcapasos y/o familiares/cuidadores, proporcionándoles conocimientos teóricos, habilidades prácticas y actitudes necesarias de forma individualizada, con la ayuda del personal sanitario, fundamentalmente la enfermería.

Los estudios analizados llegan a la conclusión de que la actuación de enfermería en este ámbito se ha vuelto indispensable en todas sus fases, desde que se le diagnostica la alteración en el ritmo cardíaco, hasta que pasa por el quirófano y permanece hospitalizado, o incluso una vez que le dan el alta y de forma crónica durante años, para ayudarle a afrontar su vida diaria y resolver todas sus dudas que estén a nuestro alcance, así como proporcionar los autocuidados adecuados, es decir, conseguir una recuperación rápida y adaptación adecuada y la máxima calidad de vida. Esto exige a la enfermera una formación continua en el tema para cumplir dichas expectativas y proporcionar una educación sanitaria óptima tanto al paciente como a sus familiares.

Nuestra labor principal como enfermeras únicamente no engloba el revisar la infección mediante cura aséptica o la retirada de grapas, sino que va más allá, englobando al paciente como un ser biopsicosocial, al cual deberemos resolver sus miedos y dudas ayudándole a transmitírnoslos y mostrándole nuestra ayuda, ya que el miedo a depender de un dispositivo artificial que en cualquier momento puede fallar o agotarse la batería, si no resolvemos esos problemas, pueden hacer que desarrollen otro tipo de síntomas o patologías. Por ello, una actitud comprensiva y tranquilizadora puede facilitarles la reinserción a su vida habitual.

Debemos asegurarnos de que la persona portadora de marcapasos lleve consigo siempre la tarjeta identificativa.

El seguimiento de este tipo de pacientes debe ser regular y de por vida, por parte de los médicos intensivistas en unidades específicas. Además, es fundamental que las personas que llevan consigo un marcapasos implantado, comprendan que se trata de una enfermedad crónica cuyo tratamiento adecuado es esa implantación con la que deben aprender a convivir. A pesar de ello, el equipo de atención primaria, formado por médico y enfermera, debe conocer datos mínimos sobre este tipo de pacientes y marcapasos, para cualquier posible incidencia relacionada o, incluso, tener la facilidad de ponerse en contacto con Medicina Intensiva. Nuestro objetivo debe ser maximizar todo lo posible la longevidad del generador sin arriesgar el bienestar del paciente, así como programar las revisiones acordes como el recambio, cuando precise.

La educación sanitaria en un paciente al que se le va a y/o acaba de implantar un marcapasos es primordial, para conseguir un autocuidado lo más eficiente posible

y llevar una vida normal tras ello y así, poder desarrollar las actividades que venía realizando en su vida cotidiana. Los objetivos en esta etapa son mejorar la calidad de los cuidados antes, durante y después de la implantación, consiguiendo que el paciente esté lo más tranquilo posible sabiendo al proceso al que va a ser sometido. Pero debemos tener en cuenta que hay ciertas situaciones en las que se deben tomar precauciones para evitar una falla en este aparato.

6 Bibliografía

1. Medtronic [Internet]. Madrid: España. 2020; [citado 2022 junio 30]. Disponible en: <https://www.medtronic.com/es-es/tu-salud/tratamientos-yterapias/bradicardia/vivir-con.html>.

Capítulo 12

ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES QUE PADECEN ENFERMEDAD DE CROHN

ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN

NATALIA MARINE LOFVALL DURAND

DELIA GONZÁLEZ PÉREZ

CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ

EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ

1 Introducción

La enfermedad de Crohn es una enteritis. Los síntomas en diferentes áreas de varios individuos y sistemas digestivos se ven afectados. El diagnóstico se puede realizar en base a los síntomas y signos experimentados por el paciente y diversas pruebas bioquímicas y clínicas. Los nuevos tratamientos se combinan con la experiencia con otros medicamentos para sugerir tratamientos. Esto es único para cada etapa de la enfermedad y depende del área afectada. Esta enfermedad se asocia a menudo con la desnutrición, ya que la malabsorción de ciertos nutrientes es una consecuencia de la enfermedad. Por eso, junto con el tratamiento farmacológico, se deben seguir unas pautas dietéticas. La enfermedad de Crohn es el principal tipo de enfermedad inflamatoria intestinal, junto con la colitis ulcerosa. Es una enfermedad idiopática y crónica que puede reaparecer muchas

veces a lo largo de la vida. Aunque existen algunos puntos en común, existen grandes diferencias individuales y es difícil establecer un tratamiento adecuado para cada individuo.

Añádase a esto la periodicidad de la enfermedad y los periodos de remisión más o menos moderados o prolongados pueden asociarse a brotes y actividad de la enfermedad. No hay forma de predecir o predecir la aparición de los síntomas de la enfermedad.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es informar acerca de esta enfermedad por un equipo de enfermería mediante una revisión sistemática.

3 Metodología

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

4 Resultados

Vamos a hablar de la enfermedad que afecta a gran parte de la población, y que no es muy fácil de detectar, ya que empieza con síntomas muy similares a dolencias del día a día. La enfermedad puede afectar cualquier parte del sistema digestivo, desde la boca hasta el ano. El intestino delgado, especialmente el íleon terminal, puede verse afectado en alrededor del 80 % de los casos, y alrededor del 20 % afecta solo al colon. Como regla general, las zonas inflamadas no son continuas, ya que las áreas afectadas del intestino se alternan con otras áreas sanas. La inflamación afecta a todas las capas contenidas en la mucosa, junto con la aparición de úlceras, abscesos y fístulas. Cuando estas condiciones desaparecen, se produce fibrosis, cicatrización y engrosamiento del tejido submucoso, lo que conduce a una reducción más o menos drástica de la luz intestinal, dando lugar a una estenosis.

La mayoría de las personas tienen todos los síntomas, pero no todas tienen el mismo grado de síntomas. Los principales síntomas de esta enfermedad son:

- Dolor abdominal, calambres en el abdomen derecho o inferior se observan en el 70% de los pacientes.

Diarrea acuosa con o sin sangre. Este es el síntoma más común.

Si la enfermedad afecta el colon, puede haber sangre, pus o mucosidad en el 50% de los casos. La fiebre y el malestar pueden deberse a la anemia.

- Anorexia con pérdida de peso. - sangrado rectal o sangrado rectal, que puede ocurrir en aprox.

El 45% de los pacientes tenían compromiso colónico y el 30% de los pacientes tenían enfermedad ileocolónica.

- Uno de los síntomas más característicos detectados fue el pujo, más descrito por el paciente durante la exploración.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Crohn actualmente no tiene cura.

Las acciones del enfermero están dirigidas a inducir y posiblemente mantener la remisión mientras se intenta controlar la actividad de la enfermedad y evitar posibles complicaciones. Se recomienda que los fármacos utilizados tanto en la inducción como en el mantenimiento de la remisión final muestren una buena eficacia para que las enfermeras instruyan bien a los pacientes en su uso, la localización de la enfermedad, el nivel de actividad, la respuesta a tratamientos previos y la presencia. Deben tenerse en cuenta los factores negativos que pueden exacerbar la enfermedad. En este proceso, el papel de enfermería se vuelve fundamental.

6 Bibliografía

1. American society of colon and rectal surgeons (ASCRS). Diseases and Conditions:

Enfermedad de Crohn. <<https://www.fascrs.org/patients/disease-condition/enfermedad-decrohn>>

2. National institute of diabetes and digestive and kidney diseases (NIH). Health information: Crohn's disease. <<http://www.niddk.nih.gov/health-information/healthtopics/digestive-diseases/crohns-disease/Pages/facts.aspx>>

Capítulo 13

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PACIENTE CON CIRUGÍA ABLACIÓN MECÁNICO-QUÍMICA DE LA VENA SAFENA CON EL CATÉTER CLARIVEIN

JORGE APARICIO CABAÑAS

CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA

LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA

VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO

ANWAR MARTINEZ MOHAMED

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 mecánico-química 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 mecánico-química 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 para 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 clorhexidina 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 el 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 14

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE FERTILIDAD

ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ

MARÍA COMINO ROBLES

LAURA COMINO ROBLES

BEATRIZ HERAS CASTILLO

LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO

1 Introducción

La tasa de natalidad ha ido descendiendo en los últimos años. Esto va unido a que la tasa de esterilidad en España se sitúa alrededor del 20 %, con lo que se ha conseguido mejorar las técnicas de reproducción asistida.

Esta esterilidad va unida con los deseos de tener familia a edades más avanzada, así como la inserción de la mujer en mundo laboral, unido a un aumento de relaciones sexuales sin protección que aumenta el riesgo de las infecciones de transmisión sexual.

En la actualidad las técnicas más usadas para aumentar la familia son: Inseminación artificial.

Fecundación in vitro. Aunque estas no son las únicas.

Cada una de estas técnicas necesita una preparación y unos cuidados diferentes.

Así como también tiene unas tasas de embarazo que oscila entre el 12 % de la inseminación al 32 % de la fecundación, todo dependiendo muchísima de las edades de las pacientes, así como de la calidad del semen.

Toda pareja que inicia ciclos de reproducción asistida lleva un proceso duro y largo y es de vital importancia que cuenten con la información detallada y objetiva, así como contar con profesionales cercanos como es el caso del personal de enfermería que son los que ayudan y e inician el tratamiento, además resuelven las dudas y los acompaña en el proceso.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es destacar la importancia de una educación sanitaria de muy buena calidad y el acompañamiento de las parejas durante los tratamientos de fertilidad y explicar la labor de enfermería en el proceso y las actividades que realiza.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando las parejas acuden a las Unidades de Reproducción asistida es porque no pueden concebir un hijo y empieza un proceso largo y duro para ellos. Estos acuden agobiados porque llevan mucho tiempo intentándolo, muchas veces se une el factor, edad o un estrés emocional que sienten por no ser fértiles.

Al principio se inicia con un estudio que se realiza a las dos partes, que consisten en:

- Anamnesis completa de los estilos de vida, antecedentes, hábitos nocivos, etc.
 - Exploración ginecológica completa.
 - Pruebas complementaria incluyen analíticas, pruebas de radiología, seminorma.
- En este estudio es muy importante el papel del personal de enfermería en la explicación y resolución de dudas, ya que están nerviosos y bloqueados por toda

la información dada. Esta tardanza y pérdida de tiempo implica en muchas ocasiones mucho estrés en las parejas.

Una vez obtenidos los resultados se plantean un tratamiento acorde a cada pareja. Las parejas deben pasar por una consulta de enfermería donde además de aclarar las dudas que les surjan después de hablar con su ginecólogo, se le indica y explica los medicamentos prescritos.

Los principales fármacos que explica la enfermera es:

- Rotura de folículo maduro con Ovitrelle que también es un bolígrafo.
- Inducción de la ovulación como puede ser Gonol, Bemfolá y son bolígrafos.
- Ácido fólico, son pastillas a tomar antes del embarazo.
- Progesterona que son pastillas que ayudan a la inserción de embarazo y que pueden tomarse vía oral o por vía vaginal.

De todos tendremos que explicar por qué se usan, cuando se los deben usar, a qué hora deben usarlo y como se guardan.

Principalmente, el personal de enfermería enseña a pinchar los bolígrafos para que no tengan dudas en casa, y en el caso de que les surjan que puedan solucionarlos sin problemas, además habrá que explicarles las gráficas que usaremos para llevar los controles de los ciclos y que revisiones tendrán que tener durante cada ciclo.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería juega un papel de cercanía, de calidez y es la persona con la que desahogan los pacientes, así como la convierten en la que prioriza los puntos débiles de las parejas a las horas se derivan a otros especialistas como son los psicólogos antes de iniciar nuevos ciclos.

Las Unidades de reproducción Asistida destacan la importancia de enfermería en educación sanitaria, así como también incluyen a los Psicólogos en sus unidades para poder mejorar el estrés emocional.

La infertilidad es un tema que está en la actualidad y que durante los últimos años ha incrementado mucho.

Como conclusión destacamos que la edad es un factor fundamental y que más puede influir en la esterilidad.

6 Bibliografía

1. Castellano-Ayuyo, Paula; Berenguer Labaig, Cristina; Sánchez Martín, Pascual;

Sánchez Martín, Fernando. La enfermera como apoyo para mejorar la calidad de vida en reproducción asistida. *Enfermería clínica* 2015; 25 (3). Pág: 110-116.

Capítulo 15

EL PAPEL DE ENFERMERÍA Y LA ANAFILAXIA

ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ

MARÍA COMINO ROBLES

LAURA COMINO ROBLES

BEATRIZ HERAS CASTILLO

LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO

1 Introducción

La anafilaxia se define como un síndrome clínico debido a una reacción de hipersensibilidad grave. Las reacciones de hipersensibilidad se pueden clasificar en inmediatas y no inmediatas. Las inmediatas aparecen entre la primera hora y las 6 horas tras la administración (urticaria, angioedema, broncoespasmo, rinitis, conjuntivitis, clínica gastrointestinal con dolor abdominal, vómito y diarrea, anafilaxia).

En caso de obstrucción de la vía aérea, broncoespasmo grave o shock, se ha de administrar adrenalina por vía intravenosa a igual dosis, seguida de perfusión intravenosa. Los corticoides se consideran fármacos de segunda línea en el tratamiento de la anafilaxia.

Se caracteriza o presentar afectación respiratoria y colapso cardiovascular o afectación de dos aparatos o sistemas diferentes. El término reacción de hipersensibilidad se recomienda para las reacciones adversas no previsibles que asemejan

clínica de alergia, y el de reacción alérgica cuando se demuestra que se produce por un mecanismo inmunológico. Las no inmediatas pueden ocurrir tras la primera hora de administración y normalmente a los días de tratamiento. Los antibióticos son los medicamentos que con más frecuencia producen reacciones alérgicas o de hipersensibilidad, seguidos de los AINE. En el tratamiento de la anafilaxia grave se ha considerado la adrenalina por vía intramuscular como fármaco de primera elección.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conocer qué es una reacción anafiláctica y saber que cuidados tiene que realizar el personal de enfermería.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda y una revisión bibliográfica en artículos, así como en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, así como en buscadores como Google con palabras clave “cuidados del personal enfermería en pacientes con drenaje torácico”.

4 Resultados

En la exploración física se encuentra consciente y orientado, afebril, eupneico con enrojecimiento facial, en tronco y extremidades, sin habones y con dermografismo positivo.

Acude a urgencias del Centro de Salud un paciente de 80 años con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril. Refiere que tras la toma de un comprimido de metamizol 575 mg vía oral, a los 30 minutos, presenta reacción alérgica con enrojecimiento cutáneo generalizado, prurito, hinchazón de manos, un vómito alimenticio y descenso limitado de la TA a 100/60 con FC de 100 lpm y Sat O₂ 95 % con aire ambiente.

No presenta dificultad respiratoria, ni disfonía, ni sialorrea, ni dificultad para tragar. Tampoco presenta dolor torácico ni palpitaciones, síncope ni presíncope. Destaca un edema en ambas manos. En la exploración de la orofaringe no se observa macroglosia ni edema de vías aéreas superiores. En la auscultación pulmonar existe normoventilación, sin broncoespasmo. Abdomen normal, no doloroso a la palpación. Al ingreso en hospital presenta discreto enrojecimiento fa-

cial sin prurito y ligero edema en manos con TA normalizadas. El paciente permanece en observación unas horas, evolucionado favorablemente. Al alta recibe tratamiento domiciliario con antihistamínico y corticoide vía oral durante tres días. Se le cita en consultas de Alergólogo de cupo para estudiar reacción alérgica al Metamizol.

El electrocardiograma muestra un ritmo sinusal a 101 latidos minuto sin trastornos en la repolarización ventricular. Con el diagnóstico de reacción anafiláctica a Metamizol e hipotensión, se inicia tratamiento con suroterapia administrándose 500 ml de suero fisiológico en 20 minutos. Como tratamiento farmacológico se le administran antihistamínicos H1 (dexclorfeniramina 5 mg) , antiH2 (ranitidina 50 mg) intravenosos y corticodes (metilprednisolona 125 mg IV) siendo trasladado a su hospital de referencia.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, siendo muy importante realizar una meticulosa exploración física para detectar la posible afectación de los diferentes aparatos (vía aérea superior, respiratorio, circulatorio y neurológico). En el tratamiento, es vital valorar la permeabilidad de la vía aérea superior, considerando la necesidad de intubación orotraqueal o cricotiroidotomía.

La anafilaxia se define como un síndrome clínico debido a una reacción de hipersensibilidad grave. Se caracteriza o presentar afectación respiratoria y colapso cardiovascular o afección de dos aparatos o sistemas diferentes. Presenta múltiples causas, entre las más frecuentes se encuentran los fármacos como las penicilinas y antibióticos relacionados así como los AINE.

6 Bibliografía

1. Muñoz Román C, Vilá Indurain B. Reacciones adversas a medicamentos: alergia a antibióticos, AINE, otros. Criterios de sospecha y actitud a seguir por el pediatra.
2. Protocolo diagn. ter. pediatr. 2019; 2:297-314.

Capítulo 16

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL MANEJO DE ENFERMERÍA

ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ

MARÍA COMINO ROBLES

LAURA COMINO ROBLES

BEATRIZ HERAS CASTILLO

LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO

1 Introducción

Con el auge de las redes sociales, no solo vino la nueva forma de publicidad, también picaron a nuestra puerta nuevas inseguridades: la perfección vital y física de las personas que se publicitan. Muchas de estas personas, promueven unos cánones de belleza físicamente imposibles que han sido logrados a base de dietas restrictivas y operaciones estéticas.

Se estima que se ha reducido en 5 años la media de edad a la que se someten por primera vez a este tipo de intervenciones, bajando la cifra a 20. Pero ¿es realmente una necesidad querida o impuesta?

Según la Asociación Española de Psiquiatría, un 67.8% de los complejos físicos de la gente, son provocados por comentarios de terceros. Muchos de ellos están sujetos a un componente emocional o de personalidad, y si no son bien gestionados pueden llevarnos desde al quirófano, hasta el aislamiento social.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria pueden ser revertidos con una adecuada intervención profesional a tiempo, siendo la gran responsable de los cuidados la figura enfermera. Es importante recalcar que la Educación para la Salud en materia de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria reducen significativamente su incidencia sobre la población juvenil, y demuestra una vez más los beneficios que tiene una adecuada prevención y atención temprana.

2 Objetivos

Conocer el papel de enfermería en el manejo, tratamiento y educación de los pacientes que presentan algún tipo de conducta de Trastornos Alimentarios, tales como bulimia, anorexia o dismorfia corporal.

3 Metodología

Se han utilizado dispositivos de búsqueda a través del uso de palabras clave tales como "bulimia", "anorexia", "dismorfia", "enfermería", "atrachón", "calorías", "salud mental", "educación para la salud", "cuidados de enfermería" y otras más. También se han utilizado operadores de búsqueda oficiales como bases de datos.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería que presentan mejores resultados en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria se basan en revisiones y protocolos de planes de cuidados. Podemos encontrar los siguientes, que deberán ser adaptados a las capacidades y situaciones propias de cada paciente y unidad familiar.

- Lo primero será establecer una adecuada valoración de enfermería según los patrones de Marjory Gordon:

1. Percepción y Manejo de la Salud.
2. Nutricional y Metabólico.
3. Eliminación.
4. Actividad y Ejercicio.
5. Reposo y Sueño.
6. Cognitivo y Perceptivo.
7. Autopercepción y autoconcepto.
8. Rol y relaciones.
9. Sexualidad y Reproducción.

10. Afrontamiento y tolerancia al estrés.

11. Valores y creencias.

Una vez realizada una adecuada entrevista de enfermería que permita realizar una valoración ajustada al momento vital de paciente y de su trastorno, elaboraremos un plan de cuidados adecuado al paciente en función del cumplimiento de las necesidades básicas que han sido detectadas en la entrevista por patrones funcionales.

Es importante realizar un control estructurado y regular de las ingestas alimentarias del paciente, hablando en términos tanto de cantidad como de calidad nutricional de los alimentos incluidos en la dieta. La toma de medidas somatométricas será realizada de forma regular y en acuerdo con el paciente para evitar realizarlo en un ambiente de incomodidad o desconfianza. Establecer una adecuada relación terapéutica desde el inicio del tratamiento en la base de una buena recuperación, la creación y el establecimiento de una consulta como lugar de confianza, escucha, libre de juicios, apoyo y establecimiento de límites personales y profesionales ayudará al paciente a sentirse dueño y partícipe de su proceso de cambio.

Finalmente, una adecuada relación interprofesional con el resto de personal sanitario de la Red de Salud Mental, será favorecedor para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

- Los Trastornos de la Conducta Alimentaria deben ser vigilados y tratados con ayuda del personal de enfermería, siendo esta la figura principal desde la que se establezca una adecuada relación terapéutica.
- La evaluación por Patrones Funcionales de Marjory Gordon permiten establecer una serie de necesidades básicas del paciente y la suplencia de las carencias que se destaquen a la hora de realizar la intervención.
- Crear un clima adecuado en la Consulta de Enfermería será beneficioso para el paciente y su entorno, así como trabajar conjuntamente con el resto de profesionales que intervengan en el proceso de recuperación del trastorno hacia una situación más adecuada de salud.

6 Bibliografía

1. Fernández-Alonso MC, Buitrago-Ramírez F, Ciurana-Misol R, ChocrónBentata L, García- Campayo J, Grupo de Trabajo de Prevención de los Trastornos de Salud Mental del PAPPS. Prevención de los trastornos de salud mental desde atención primaria. Aten Primaria. 2005;36(Supl 2):85-96.

2. Toquero de la Torre, coordinador. Álvarez Hernández J, Burgos Peláez R, Lama More RA, Miján de la Torre, A. Evidencia científica en soporte nutricional especializado. Paciente pediátrico, con trastornos de la conducta alimentaria, obeso y geriátrico. Manual de actuación. Madrid: Organización Médica Colegial de España. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
3. Ruiz P, Alonso J, Velilla J, Lobo A, Martín A, Paumard C, et al. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatr Infanto Juv.* 1998;3:148-62

Capítulo 17

ENFERMERÍA: LA OBESIDAD PEDIÁTRICA QUE HAY ACTUALMENTE

MARIA ESTER CABEZUELO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que por lo general comienza en la infancia y persiste de por vida, se manifiesta como sobrepeso y obesidad, causa otras enfermedades crónicas, aumenta la incidencia de enfermedad y muerte. La Organización Mundial de la Salud reconoce la obesidad cuando el índice de masa corporal (IMC) supera los 30 kg/m². En el caso de la población infantil, el punto de referencia es el peso ideal del niño, y se dice que existe obesidad cuando este número supera el 20%. La obesidad infantil, también conocida como la "enfermedad del siglo XXI", tiende a aumentar en los últimos años, acompañada de un aumento de otras enfermedades como la dificultad para respirar y un mayor riesgo de fracturas, enfermedades cardiovasculares y autocontrol. Cuestiones con respecto Es importante tomar medidas preventivas desde los primeros años de vida, teniendo en cuenta el problema de salud pública asociado a la obesidad infantil, con base en el trabajo de expertos Los profesionales de la salud están capacitados para identificar a las familias en riesgo y realizar una clínica completa. y evaluación antropométrica, por ejemplo, trabajadores de la salud. La enfermera pediátrica juega un papel importante en la identificación y seguimiento, gracias a su proximidad con el grupo de niños y su capacidad para programar, entrevistar y observar de manera estructurada a niños sanos.

2 Objetivos

Conocer e indicar las principales causas de la obesidad infantil y resaltar la gravedad de este problema de salud pública.

3 Metodología

Para elaborar este artículo se ha realizado una revisión sistemática basada en una búsqueda bibliográfica en las bases de datos como PubMed, Scielo y Medline, utilizando como palabras clave “obesidad infantil” “enfermera pediatría” “atención primaria” “prevención”. Además, se han utilizado guías y protocolos de la Asociación Española de Pediatría, y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

4 Resultados

Diversas variables influyen en la prevalencia mundial de la obesidad infantil; demográfica, cultural, económica, educativa o médica, y ha aumentado en todos los países en los últimos años, y algunos establecen una relación entre la obesidad infantil y la desnutrición. La obesidad infantil es un problema de salud pública a nivel mundial, principalmente debido a los cambios de estilo de vida que se han producido. Según la OMS, en 2016, más de 340 millones de niños y adolescentes tenían sobrepeso u obesidad. El estudio ALADINO 2018-2020, que recopiló datos sobre niños de 6 a 9 años a nivel europeo, encontró que los países mediterráneos ocupaban los primeros lugares en sobrepeso y obesidad. Según este estudio, en España hay más chicas con sobrepeso (39,3%) que chicos (38,4%). .

Si analizamos factores demográficos, socioeconómicos y culturales que contribuyen a las tasas de sobrepeso y obesidad, podemos ver que las tasas de obesidad son más altas en las regiones del sur, tanto en las regiones del sur como en el grupo de niños de familias con menos nivel socioeconómico. el resto, etc., así como en lactantes que fueron amamantados brevemente o directamente alimentados artificialmente. La causa principal de la propagación de la obesidad es una forma de vida; Que se modifican principalmente en la dieta, incluido el aumento de la grasa y el azúcar, la cantidad excesiva de alcohol y la reducción de frutas y verduras, así como la actividad física, promoviendo así la aparición de otras enfermedades crónicas y la muerte temprana temprano.

Además de las opiniones morales sobre las principales tareas de atención que “mejoran la salud, previenen enfermedades, restauran la salud y eliminan el

sufrimiento”, las enfermeras pediátricas son elegibles y capacitadas para ayudar a las familias a llevar a cabo las tareas de prevención de enfermedades, proporcionar información real y confiable a las familias, Familias y familias. Detectar el riesgo de obesidad infantil y controlar a los niños más vulnerables.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que la causa fundamental de este problema son los estilos de vida, y es principalmente sobre lo que hay que actuar, dando prioridad a la prevención de la obesidad, aprovechando los medios humanos y materiales necesarios para realizar estudios que consten de datos antropométricos válidos y fiables. Es por ello que el personal que se destine a realizar esta labor debe estar capacitado y haber recibido formación en este ámbito.

Los profesionales de enfermería pediátrica, por su formación en cuanto al contacto con el paciente pediátrico, además de sus conocimientos en materia de prevención y hábitos de vida saludables, tienen un papel clave en la detección, prevención y seguimiento del paciente pediátrico que padece sobrepeso y obesidad.

6 Bibliografía

1. Tarbal A. La Obesidad Infantil: una epidemia mundial; Available from: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/2624_d_obsidad_infantil.pdf
2. Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte II. Diagnóstico. Comorbilidades. Tratamiento [Internet]. [cited 2022 Nov 23]. Available from: <https://www.analesdepediatría.org/espdf-13099693>
3. Antunez Martinez OF, Calcagno Gomes G, Soares Mota M, Devos Barlem EL, De Oliveira Ribeiro D, Avila Minasi AS. Consulta de enfermería al usuario con obesidad infantil. Enfermería Comunitaria [Internet]. 2021[cited 2022 Nov 24]; 17. Available: <http://ciberindex.com/c/ec/e13275>

Capítulo 18

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA

MARIA ESTER CABEZUELO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La bronquiolitis se define como una infección de las vías respiratorias inferiores causada en su mayoría por el virus respiratorio sincitial (VRS), perteneciente a la familia de los Paramyxoviridae.

Los pacientes que más sufren esta patología son los lactantes durante los primeros dos años de vida y en concreto entre los meses de noviembre y febrero, suponiendo un 18% de los ingresos hospitalarios, mientras que en adultos puede tomarse como un simple catarro de invierno.

Se trata de una enfermedad muy contagiosa transmitida por secreciones respiratorias, con un periodo de incubación de entre 4 y 6 días.

Cursa en un primer momento con síntomas de vías respiratorias altas como rinitis, estornudos y tos, acompañados o no de fiebre no muy alta; a las 24-48 horas del inicio comienza la verdadera dificultad respiratoria, a la que se suma en algunas ocasiones, en particular en menores de un mes de vida, la apnea, momento en el que los padres acuden a urgencias con su bebé y se procede a su ingreso con el fin de aliviar los síntomas.

En cuanto a la exploración física nos fijaremos en el aumento de trabajo respiratorio del menor, reflejado en taquipnea (más de 60 respiraciones por minuto) y tiraje intercostal, la saturación de oxígeno en aire ambiente en muchos casos estará disminuida (entre 90 y 95%) y notaremos cierta irritabilidad desconsolada del menor; en la entrevista con sus padres es frecuente que nos comenten que han notado disminución o incluso rechazo de la alimentación.

Se valorará a partir de escalas, como la escala SCORE, el ingreso en planta o en UCIP (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos).

Como criterios de ingreso en planta destacamos como más importante la apnea, debido a las consecuencias neurológicas que la patología conlleva en caso de que esta perdure en el tiempo; además de deshidratación, inanición, hipoxemia, signos de insuficiencia respiratoria grave ya comentados anteriormente e imposibilidad para ser atendidos de una manera óptima por sus padres en el domicilio. En cuanto a ingreso en la UCIP, este procedimiento se lleva a cabo en muy pocas ocasiones en niños anteriormente sanos (alrededor de un 2%), el porcentaje aumenta considerablemente si nos referimos a niños con patologías previas o factores de riesgo tales como prematuridad; factores puramente identificativos de ingreso en UCIP son síntomas refractarios a aerosolterapia administrada en planta, frecuencia cardíaca muy baja para su edad, saturación de oxígeno por debajo de 85%, irritabilidad inconsolable por sus progenitores y el consiguiente agotamiento por parte del niño.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del personal de enfermería y su atención con la bronquitis pediátrica en los centros hospitalarios

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha optado por una revisión bibliográfica apoyada en referencias de varios libros y publicaciones de la asociación española de pediatría, también en la gran biblioteca de enfermería, “Enferteca”, además de en artículos, sobre todo de Pubmed, de donde hemos seleccionado los más acordes en relación con el tema del que se hace mención en este capítulo.

4 Resultados

Al hablar del tratamiento para la bronquiolitis distinguiremos medidas no farmacológicas (que se aplicarán tanto en el domicilio por sus padres en caso de no ser necesario el ingreso hospitalario como en el hospital) del propio tratamiento basado en administración de fármacos.

Centrándonos en las primeras mencionadas, una de las más importantes y que más aliviará al lactante será el lavado y aspirado de las secreciones nasales, que

se hará con suero fisiológico tantas veces como se precise (si se aprecian signos de obstrucción de vías aéreas superiores) y antes de cada toma; en cuanto a la alimentación, si el menor se encuentra en su domicilio y tolera mal las tomas se le ofrecerán cantidades más pequeñas en periodos de tiempo más cortos, en caso de estar ingresado y valorar pérdidas importantes de peso se consensuará la colocación de sonda nasogástrica para alimentación enteral; por último, mantendremos la cuna con elevación de la cabecera aproximadamente unos treinta grados para facilitar la movilización de secreciones y la respiración.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se administrarán antitérmicos en caso de presentar fiebre y oxígeno mediante gafas nasales o mascarilla para mantener la saturación de oxígeno por encima de 92% (siempre que se consiga la saturación mencionada y se vea clara mejora en cuanto al patrón respiratorio se desconectará el dispositivo de oxigenoterapia para favorecer la mejora de la autonomía del lactante); no se habla del uso de ningún otro tipo de fármaco tales como antibióticos, broncodilatadores, corticoides... Ya que su eficacia en esta patología no está demostrada con cifras significativas.

En el ingreso en UCIP los cuidados varían, el menor permanecerá monitorizado (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y pulsioximetría), de esta manera el control será mucho más exhaustivo y centrado; se le realizarán pruebas, tales como gasometría arterial y venosa, radiografía de tórax..., que determinen de manera objetiva la mejoría o empeoramiento clínico; se canalizarán varias vías de acceso venoso para administrar líquidos con el fin de evitar la deshidratación; la alimentación se realizará por sonda nasogástrica o vía parenteral; en cuanto al soporte respiratorio se utilizará oxigenoterapia de alto flujo con el fin de evitar la CPAP y la intubación, esta última se utilizará en caso de que se aprecie un aumento del distrés respiratorio acompañado de disminución del nivel de conciencia y apneas consecutivas a pesar de la previa utilización de CPAP o BIPAP.

5 Discusión-Conclusión

La bronquiolitis del lactante es sin duda una de las patologías más frecuentes en dichas edades y una de las que acarrea mayores consecuencias a nivel respiratorio; viene dada por síntomas variables en función de las características del menor (como es normal en edades tan tempranas) y sus antecedentes.

En líneas generales se debería asesorar a los padres, una idea sería en las clases pre-mamá, en cuanto a la prevención y cuidados de esta enfermedad, así como de las técnicas más importantes que se llevan a cabo, tales como el lavado y aspirado nasal y la colocación de la cuna a treinta grados para favorecer la eliminación

rápida de moco y la movilización de secreciones de una manera más fácil. Como remate final, fomentar la entrevista tranquila con los padres o tutores legales del menor, ya que de ahí se obtiene mucha información y es una buena manera de transmitir tranquilidad y normalidad a la patología, de forma que ellos puedan transmitírsela a su hijo a la hora de calmar su irritabilidad, que favorecerá su mejoría, hablando en términos respiratorios.

6 Bibliografía

1. Orthomyxoviridae I, Arn O, Picornaviridae R, Aren R, Adenoviridae A. INTRODUCCIÓN (Internet). Aeped.es.
2. Javier F, Orive P, López Fernández YM. Manejo de la bronquiolitis aguda en la UCIP (Internet). Aeped.es.
3. Morales Gil IM, García Piñero JM. Guía de intervención rápida en Enfermería Pediátrica. Enferteca, la gran biblioteca de enfermería.

Capítulo 19

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

MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO

1 Introducción

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

Es una situación compleja, donde el paciente necesita un soporte asistencial de calidad, priorizando sobre todo el cuidado individualizado y adaptado a las necesidades que presente. Se trata de mantener un confort eficaz, gracias al control del dolor, a través de las Unidades de Atención en Cuidados Paliativos, de cada zona de Salud.

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

donde escasean los recursos más básicos, tanto personal adecuado, como medicamentos de tipo analgésicos y opiáceos.

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

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

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

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

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

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en los buscadores y bases de datos más reconocidas: PubMed/ Elsevier/Scielo/Cuiden/Cochrane Library.

Se han revisado guías y protocolos para el manejo de las técnicas en el tratamiento y control del dolor a través de un acceso subcutáneo.

Así como recomendaciones de Organismos competentes: OMS /Conserjería de Sanidad/AEMPS/SECPAL/

La revisión de artículos se ha efectuado utilizando como palabra clave: Infusores, vía subcutánea, paciente terminal, cuidados paliativos.

4 Resultados

En los pacientes terminales que requieren de cuidados paliativos, por la propia evolución de su estado, existe la necesidad de elegir la vía subcutánea para la administración de los tratamientos, cuando no puedan tomar la medicación por vía oral: (presencia de náuseas, vómitos, disfagia, intolerancia a fármacos por vía oral, mala-absorción).

Es la vía de elección, pues mejora la eficacia de los tratamientos:

- Disminuye la aparición de efectos adversos de los medicamentos.
- Es necesaria cuando se quiere mantener una buena biodisponibilidad en el organismo, a través de la administración controlada, lenta y constante.
- Útil en los casos que cursan con alteraciones neurológicas: inconsciencia, confusión, agonía, en los que el objetivo a seguir sea el confort del paciente.
- Se pueden administrar mezclas con varios fármacos para un efecto sinérgico.
- Es una técnica muy sencilla y bien aceptada por el paciente y familia.
- Alto grado de seguridad.

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

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

Utilizaremos según el tipo de tratamiento un tipo de Infusor :

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

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

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

Canalizaremos un acceso subcutáneo con palomilla de 23 o 25 G, desinfectando la piel previamente con movimientos circulares y conectaremos la palomilla al sistema de infusión elegido, purgando antes el sistema. Luego la fijaremos con una inclinación de 30-45° 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 insercción 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, Metoclopramida, 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 palien los síntomas más molestos, a través de los infusores subcutáneos en el propio domicilio, siendo la alternativa más eficaz para prevenir y aliviar el sufrimiento.

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

6 Bibliografía

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

Capítulo 20

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA RESPECTO AL CORDÓN UMBILICAL

MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO

1 Introducción

El cordón umbilical es la parte de tejido que une al bebé a su madre a lo largo del embarazo y se encuentra uniendo el ombligo del feto a la placenta de la madre. Dentro de este podemos encontrar entre otras estructuras vasos sanguíneos que tienen como función intercambiar sustancias entre la mamá y el feto.

Mediante el cordón umbilical el feto obtiene el alimento junto con el oxígeno necesario. El cuidado del cordón umbilical se inicia en el mismo momento del nacimiento. Una vez finalizado el parto se pinza el cordón y se realiza el corte del mismo. Desuniendo al feto de la mamá. El tejido desvitalizado, llamado muñón, presenta gran facilidad para que proliferen bacterias, las mismas bacterias de nuestra piel, principalmente *S. Aureus* bacterias o del canal del parto, llegando a infectarse, a esa infección del cordón umbilical o muñón lo llamamos onfalitis.

La onfalitis puede complicarse poniendo en riesgo la vida del bebé. No obstante, la onfalitis en países con buena atención pediátrica Varía entre 0,1-2%. Este muñón debe de secarse, momificar y caer en un intervalo de 10-15 días. Referente a los cuidados hay gran cantidad de recomendaciones, no llegando a conclusiones con evidencias, por lo que la cura seca, de momento es la opción más recomendada y estandarizada.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Conocer los cuidados estándar del cordón umbilical.

Objetivos secundarios:

-Promover la educación de la salud a la comunidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se conoce la importancia que le da la madre y la familia al inicio de la maternidad tener al recién nacido con un muñón umbilical, las preocupaciones, miedos y sensación de falta de conocimientos que les genera.

La caída del cordón umbilical se relaciona con el grosor de este y suele suceder entre la primera y segunda semana de vida. Teniendo en cuenta que puede retrasarse si hay mucha humedad, si no se realizan bien los cuidados o si existe la presencia de infección. Esta caída se produce mediante dos procesos de forma natural, se deshidrata, por lo tanto, se momifica y se pudre a través de unas bacterias. Después de la caída se produce la cicatrización durante la semana siguiente. A lo largo de los años se han ido recomendando numerosos productos para el cuidado/cura del cordón. Hoy en día se recomienda la cura seca, que se trata de curar con agua y jabón y después secar con una gasa, los antisépticos o pomadas antibióticas solo se recomiendan en casos en los que por la situación en particular los cuidados o higiene sean mínimos.

Recomendaciones:

-Antes de manipular nada lavarse bien las manos con agua y jabón.

-Limpiar el tejido del cordón con agua y jabón neutro.

-Secar con gasa limpia.

-Mantenerlo seco con una nueva gasa limpia y seca envolviéndolo y cambiando la gasa con los cambios de pañal en caso de que se ensucie o se humedezca.

-En cada cambio de pañal (se recomienda frecuentemente) se observará el estado de la gasa y se tendrá especial cuidado con enganchones o demasiada presión al ajustar el pañal.

No se conoce que el uso de antisépticos o antibióticos tópicos frente a lavar con agua y jabón y secar den mejores resultados, hablando siempre en países desar-

rollados donde existe una buena higiene y buena atención pediátrica, de hecho, si está demostrado que pueden llegar a interferir en la cicatrización natural por lo que retrasaría la caída del mismo. Si se observan los siguientes detalles debemos acudir a un profesional:

- Inflamación o color rojizo en la zona del cordón.
- Aparición de secreción amarilla o maloliente.
- Sangrado abundante. Se considera normal si vemos un pequeño sangrado con la caída o del roce del cordón con el pañal.
- Retraso de más de 20 días en la caída del cordón.
- Debemos observar que no haya presencia de ampollas, color rojizo, inflamación, alta temperatura, secreciones, mal olor en el cordón o en la zona de alrededor.

5 Discusión-Conclusión

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

.

6 Bibliografía

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

Capítulo 21

CONOCER LAS PRINCIPALES INDICACIONES DE LA SEDOANALGESIA

CLAUDIA SUÁREZ JUNQUERA

1 Introducción

Los pacientes críticos durante su estancia en la Unidad De Cuidados Intensivos(UCI) experimentan numerosos cambios que les provocan estados de ansiedad, discomfort, desasosiego, agitación y dolor que les conducen a consecuencias negativas como pueden ser: insomnio, fatiga, desorientación, estrés, taquicardia, aumento del consumo de oxígeno, inmunosupresión; estos pacientes también están sometidos a numerosos procedimientos dolorosos secundarios a pruebas diagnósticas, movilización, higiene y la inserción o retirada de dispositivos (Olmos et al., 2019).

Los equipos multidisciplinares de las Unidades de Cuidados Intensivos cuentan con una serie de conocimientos y protocolos para la adecuada utilización de la analgesia y la sedación con el fin de minimizar estas complicaciones (Olmos et al., 2019).

Por lo general en las Unidades de Cuidados Intensivos son muchos los pacientes a los que se les administran fármacos analgésicos y sedantes conjuntamente. La enfermería tiene un papel muy importante en el cuidado de estos pacientes debido a la necesidad de valorar y monitorizar la respuesta a la sedoanalgesia para evitar una infra o sobre sedación o un tratamiento insuficiente del dolor (Shinotsuka & Salluh, 2013).

El objetivo es aportar el máximo nivel de seguridad y confort, siempre con un estricto uso ya que la escasa información sobre sus efectos adversos y la aplicación de cantidades equivocadas pueden provocar consecuencias potencialmente perjudiciales para el paciente (Olmos et al., 2019).

2 Objetivos

El objetivo principal que se plantea en este trabajo es actualizar los conocimientos en sedoanalgesia en los pacientes críticos.

El objetivo específico que se pretende lograr es:

1- Conocer las principales indicaciones de la sedoanalgesia.

3 Metodología

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de tipo observacional, descriptiva y retrospectiva, basada en la evidencia científica existente en la actualidad sobre la sedoanalgesia en el paciente crítico.

Para ello se ha realizado una búsqueda de información en fuentes bibliográficas primarias: libros, revistas científicas, manuales de hospitales, trabajos académicos... así como en fuentes bibliográficas secundarias: Bases de datos como: Elsevier, Pubmed, Scielo, Redalyc, Google Académico o Dialnet.

Los criterios de inclusión utilizados han sido: textos completos de acceso gratuito publicados tanto en inglés como en español, priorizando los artículos publicados en los últimos diez años.

Los términos principales de búsqueda han sido “analgesia”, “sedación” (ya que eran los términos que más se ajustaban a nuestra descripción de sedoanalgesia y de los cuales obteníamos mejores resultados), “pacientes críticos” y también se han realizado búsquedas con el término “sedoanalgesia” a pesar de su escasez para incluir artículos en los que sí se nombrase. Los operadores booleanos utilizados han sido (AND/OR/NOT) con el fin de obtener una búsqueda más exhaustiva.

4 Resultados

Según la American College Of Emergency Physicians, la sedoanalgesia es la administración conjunta de sedantes y analgésicos con el fin de obtener una mejor tolerancia al dolor por parte del paciente provocado por los procedimientos y técnicas a los que son sometidos en las distintas unidades en las que se encuentran.

Los pacientes en estado crítico especialmente cuando precisan ventilación mecánica, suelen presentar dolor, agitación, ansiedad... entre otras; por ello es esencial una adecuada sedoanalgesia para así poder controlar estos efectos (Benavente, 2019).

La sedación y la analgesia constituyen el pilar fundamental del tratamiento global del paciente crítico. Todos los pacientes críticos requieren una adecuada sedación y analgesia con la finalidad de controlar la respuesta hormonal ante el estrés: hipertensión, aumento del catabolismo proteico, taquicardia, hiperglucemia... La correcta sedoanalgesia también nos permite una perfecta adaptación del enfermo al ventilador (Antuña et al., 2000).

Por lo tanto la función principal de la sedoanalgesia es: El control del dolor; Un inadecuado control del dolor puede provocar un aumento de la ansiedad del paciente, amnesia, depresión respiratoria, ansiólisis y disminución de la actividad motora (Antuña et al., 2000).

Con la sedoanalgesia se pretende proporcionar a los pacientes un mayor grado de comodidad y una disminución de la ansiedad, sobre todo en los casos de severo compromiso hemodinámico e insuficiencia respiratoria que precisan ventilación mecánica, en estos casos es importante conseguir una buena adaptación con el ventilador así como un descenso en el consumo de oxígeno. En cada momento debemos de obtener el nivel de sedación óptimo en relación con la situación clínica en la que se encuentre el paciente, por ello se utilizan escalas de valoración del nivel de sedación para realizar los pertinentes cambios en las dosis de fármacos.

Para obtener el nivel correcto de sedación debemos de seguir la estrategia apropiada, en la que se incluyen:

- Tratamiento no farmacológico de la ansiedad y desorientación, siempre que sea posible.
- Elección de la droga más adecuada dependiendo del problema central (ansiolíticos, analgésicos, hipnóticos, relajantes musculares...)
- Saber reconocer el principal problema que la provoca (dolor, ansiedad, privación del sueño...)
- Revisión periódica de los ajustes que sean necesarios realizar en el tratamiento.
- Iniciar el tratamiento a bajas dosis e ir en aumento si fuera preciso para alcanzar el óptimo nivel de sedación.
- Si al administrar un fármaco en la proporción correcta este falla, se debe considerar añadir un segundo fármaco. Hay que tener en cuenta los efectos sinérgicos

que pueden tener la asociación de fármacos, permitiendo así usar dosis más bajas. Cada paciente requiere de unas dosis concretas de sedación por lo que tiene que ser un proceso individual para cada usuario.

Actualmente se recomienda mantener niveles de sedación más bajos, utilizando la sedación profunda para aquellos pacientes que precisan bloqueo neuromuscular. Mantener un nivel de sedación entre 2-3 de la escala Ramsay significa que el paciente está cómodo y con bajo riesgo de sufrir los efectos adversos de una sedación profunda; como pueden ser: trombosis venosa, lesiones de nervios y en la piel por presión, compromiso de la competencia inmunológica con aumento del riesgo de infección y atrofia muscular (Antuña et al., 2000).

Las principales indicaciones del uso de sedoanalgesia en pacientes críticos son: (Young et al., 2000).

1. Control de la agitación.
2. Facilitar la ventilación mecánica.
3. Alivio del malestar, la ansiedad y el miedo.
4. Inducción del sueño.
5. Producir anestesia para parálisis farmacológica.
6. Situaciones especiales tales como técnicas diagnosticas y terapéuticas; síndrome de abstinencia alcohólica, hipertensión endocraneal, tétanos...

5 Discusión-Conclusión

Dentro de las principales conclusiones que podemos obtener se encuentran:

- La sedoanalgesia es un pilar esencial dentro del manejo global del paciente crítico, es esencial realizar la mejor elección del fármaco para cada paciente, y teniendo en cuenta la situación particular de cada individuo para así favorecer el máximo confort posible.
- Es fundamental realizar una buena analgesia mediante una estrategia multimodal basada en la cuidadosa utilización de drogas opiáceas y no opiáceas, lo cual puede disminuir las necesidades de utilización de diversos sedantes.
- Es importante mantener unos niveles de sedación controlados por escalas de sedación con validación clínica: escala Ramsay, escala RASS, escala SAS..., con el objetivo de evitar sobredosificaciones, infradosificaciones, alteraciones hemodinámicas o síndromes de privación.

6 Bibliografía

(Alderson, 2013):Alderson, S.. (2013). Unrecognised, undertreated, pain in ICU— Causes, effects, and how to do better. Open Journal of Nursing.

(Antuña et al., 2000): Antuña, M., Herrero, S., & Fanjul, R. (2000). SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE CRITICO. Uninet.edu.

(Benavente, 2019): Benavente, M. (2019). Sedoanalgesia: ¿Qué es y en qué pacientes se utiliza?. Canal Biosanitario.

(Brown et al., 2000): Brown C, Albrecht R, Pettit H, McFadden T, Schermer C. Opioid and benzodiazepine withdrawal syndrome in adult burn patients. Am Surg. 2000;66:367-71.

Capítulo 22

DIFERENCIAR LOS DIFERENTES FÁRMACOS UTILIZADOS EN LA SEDOANALGESIA

CLAUDIA SUÁREZ JUNQUERA

1 Introducción

Los pacientes críticos ingresados en la UCI experimentan episodios diarios de inquietud, dolor y confusión durante su estancia hospitalaria, que pueden tener consecuencias a corto y largo plazo que requieren analgesia y sedación para aliviar estos síntomas. Un abordaje correcto puede mejorar su pronóstico. Sin embargo, el uso de la sedoanalgesia tiene complicaciones asociadas, como la sedación insuficiente o la sedación excesiva. Diversos estudios han demostrado que el uso de protocolos de manejo analgésico en la UCI, terapia analgésica adecuada, establecimiento de niveles de sedación óptimos, uso de niveles de sedación de superficie. La selección del medicamento sedante apropiado y el uso de estrategias no farmacológicas para el manejo de los síntomas involucran a todos los miembros del equipo profesional; minimizan las complicaciones y brindan oportunidades para una mejor atención, comodidad y mejores resultados para los pacientes. El equipo multidisciplinario de la unidad de cuidados intensivos cuenta con una serie de conocimientos y protocolos para el uso adecuado de la analgesia y la sedación para minimizar estas complicaciones. El objetivo es proporcionar el máximo nivel de seguridad y comodidad, y siempre se utiliza de forma estricta, ya que una dosificación inadecuada y no tener en cuenta su toxicidad o efectos secundarios puede tener consecuencias potencialmente dañinas para el paciente.

2 Objetivos

El objetivo principal:

Actualizar los conocimientos en sedoanalgesia en los pacientes críticos.

El objetivo específico que se pretende lograr es:

Diferenciar los distintos fármacos utilizados en la sedoanalgesia.

3 Metodología

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de tipo observacional, descriptiva y retrospectiva, basada en la evidencia científica existente en la actualidad sobre la sedoanalgesia en el paciente crítico.

Para ello se ha realizado una búsqueda de información en fuentes bibliográficas primarias: libros, revistas científicas, manuales de hospitales, trabajos académicos... así como en fuentes bibliográficas secundarias: Bases de datos como: Elsevier, Pubmed, Scielo, Redalyc, Google Académico o Dialnet.

Los criterios de inclusión utilizados han sido: textos completos de acceso gratuito publicados tanto en inglés como en español, priorizando los artículos publicados en los últimos diez años.

Los términos principales de búsqueda han sido “analgesia”, “sedación” (ya que eran los términos que más se ajustaban a nuestra descripción de sedoanalgesia y de los cuales obteníamos mejores resultados), “pacientes críticos” y también se han realizado búsquedas con el término “sedoanalgesia” a pesar de su escasez para incluir artículos en los que sí se nombrase. Los operadores booleanos utilizados han sido (AND/OR/NOT) con el fin de obtener una búsqueda más exhaustiva. Con toda la información que se ha ido recopilando se ha podido desarrollar los objetivos anteriormente citados.

4 Resultados

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), el dolor se define como una experiencia. Una sensación o emoción desagradable, asociada con daño tisular real o potencial. pensar en el dolor Activación sensorial inmediata del sistema nociceptivo, señal de alarma del sistema El protector de un organismo, generalmente en respuesta al daño al cuerpo o a los órganos internos.

El correcto reconocimiento del dolor puede ser un problema para los pacientes que se encuentran en UCIs. Existen estudios que indican que alrededor del

70% de los pacientes ingresados en UCIs presentan dolor no reconocido o insuficientemente tratado.

El dolor interfiere en las distintas funciones fisiológicas del organismo, pudiendo ocasionar una lenta recuperación y, por lo tanto, que los pacientes reciban su alta médica mas tarde. También puede generar episodios de ansiedad, depresión y estrés postraumático que podrían aparecer posteriores a su hospitalización.

Por lo tanto el reconocimiento del dolor es todo un reto al que se enfrenta el equipo de trabajadores de las UCIs, por lo que es muy importante una adecuada detección para clasificar su estadio mediante el uso de escalas destinadas a ello, así mismo es imprescindible realizar esta evaluación con cierta periodicidad como indican los protocolos. Lo ideal sería realizarlas cada

4-6 horas y también antes y después de ser sometidos a procedimientos que puedan provocar un aumento del dolor (Olmos et al., 2019).

La utilización de estos protocolos ha demostrado una disminución en la duración del uso de ventilación mecánica y un menor uso de sedantes.

Existen numerosas escalas para su valoración: en pacientes capaces de comunicarse se recomienda la utilización de escalas tales como La Escala

Visual Analógica (EVA) o la escala numérica del dolor, se trata de escalas fáciles de aplicar por su sencillez y están validadas para la evaluación del dolor.

Por otro lado, en pacientes con trastornos de la consciencia o pacientes intubados que no se pueden comunicar, se valoran sus expresiones faciales, excitación psicomotriz o asincronías entre el paciente-ventilador para la detección del dolor. Para su identificación se utilizan escalas de valoración del dolor en pacientes no comunicativos, como pueden ser Critical Care Pain

Observation Tool (CPOT) y/o la Behavioral Pain Scale (BPS).

Todas estas herramientas nos ayudan a elegir el adecuado tratamiento para el paciente y así poder reducir su nivel de dolor.

Una vez hemos determinado el grado del dolor, se debe decidir el tratamiento adecuado cuyo fin es minimizar su repercusión pronóstica, para ello existe una gran variedad de fármacos:

Los opioides siguen siendo los fármacos de elección para el control del dolor en la mayoría de los pacientes de las UCIs debido a su potente poder analgésico. Pero también hay que tener en cuenta que sus efectos secundarios son bastante frecuente y potencialmente peligrosos, tales como la euforia, náuseas, sedación, retención urinaria, delirium, inmunosupresión, espasmo de la vía biliar y depresión respiratoria. Estos efectos prolongan la estancia de los pacientes en la UCI. Actualmente se ha extendido el concepto de “analgesia multimodal”, este concepto pretende disminuir el uso de opioides, utilizando analgésicos y medidas no

farmacológicas (rehabilitación física precoz y la inclusión familiar en la UCI). También se está demostrando que las medidas a llevar a cabo para la recuperación en UCI incluyen la analgesia antes de la sedación. Los pacientes que reciben analgesia primero obtienen más comodidad y menos de un 50% de ellos precisan de sedación.

La analgesia antes de la sedación puede reducir la necesidad de sedantes y el tiempo de sedación Ventilacion mecanica.

Los fármacos analgésicos se dividen en: -Analgésicos puros: Metamizol y Ketorolaco -Analgésico-sedantes: Ketamina y opiáceos Dentro de los opiáceos más potentes se encuentra la morfina. La morfina es un analgésico opiáceo utilizado con menor frecuencia en las UCI. Su efecto analgésico comienza a los 5-10 minutos, su máximo efecto se logra alrededor de una o dos horas y su vida media de eliminación es de cuatro a cinco horas y se puede mantener diluida durante 24 horas y protegida de la luz ya que es fotosensible. La morfina es el opiáceo de sedación a largo plazo. Su efecto es vasodilatador por lo que disminuye la precarga y frena la sensación de disnea. Tiene como efectos adversos: adicción, abstinencia, náuseas y vómitos, hipotensión, retención urinaria, hipomotilidad intestinal y depresión respiratoria.

El fentanilo, un derivado sintético de la morfina, es unas 100 veces más potente. Tiene un inicio de acción más rápido que la morfina porque es más liposoluble y Aumenta la penetración de la barrera hematoencefálica. Se acumula fácilmente en el tejido adiposo y el músculo, por lo que se recomienda una infusión continua prolongada. Se relaciona con la prolongación de sus efectos sedantes e inhibidores sobre el centro respiratorio. Cuando la disfunción Renal, es preferible un bolo único a una infusión continua.

Tiene una buena farmacocinética porque su metabolismo lo llevan a cabo las esterasas plasmáticas, Por lo tanto, es una buena opción para pacientes con insuficiencia hepática y/o renal. en su administración Infusión continua, su potencia y efectos sedantes permiten su uso como medicamento (Olmos et al., 2019) Principalmente en regímenes de sedación similares, esta estrategia puede conducir a Duración de la estancia del paciente en la UCI y uso de ventilación mecánica. Algunos de los efectos secundarios de este medicamento son: Bradicardia, Hiperalgesia (generalmente se manifiesta como Por ataques de agitación psicomotora) y rigidez. Este medicamento también tiene una gran desventaja. Incluso en dosis bajas, tiene un efecto depresor del centro respiratorio, por lo que es No apto para pacientes con respiración inestable. Recomendado para uso a corto plazo que no exceda los 5 días.

El Tramadol es un opioide de acción central. Se usa para el tratamiento del dolor moderado e intenso. Tiene efectos adversos muy comunes: náuseas, vómitos, mareos, cefaleas, sequedad bucal... Provoca menos depresión respiratoria y efectos cardiovasculares que la morfina. Su administración es intermitente generalmente. Por otro lado tenemos analgésicos no opioides:

AINES que son inhibidores de la ciclooxigenasa, pueden emplearse como terapia principal en el control del dolor o asociarse con opiáceos como parte de una estrategia multimodal; sus efectos secundarios son: Hemorragia digestiva alta (HDA), Infección respiratoria aguda (IRA), diátesis hemorrágica y están contraindicados en asmáticos y alérgicos a la AAS. Otros como el paracetamol indicado en el dolor leve-moderado; es un antitérmico, prestar atención en el caso de disfunción hepática y limitar dosis si alcoholismo o malnutrición.

Se recomienda su uso como complemento o alternativa a la terapia con opiáceos con el fin de reducir su uso y sus efectos secundarios. Otro fármaco es la ketamina, que tiene efectos anestésicos y analgésicos disociativos, al bloquear la acción. Los receptores de N-metil-D-aspartato

(NMDA) se unen a los receptores opioides. se usa como sustituto o terapia adyuvante con opioides, especialmente en pacientes postoperatorios o aquellos con Desarrollar tolerancia a los opioides. Es importante que, en el caso de la administración preoperatoria de diazepam o midazolam, se controle bien su uso para evitar alucinaciones. Otro grupo de fármacos que se pueden utilizar como tratamiento analgésico adjunto en la UCI son

Antidepresivos, anticonvulsivos y antipsicóticos. Los anticonvulsivos como la carbamazepina, la gabapentina y la pregabalina son muy efectivos. en el tratamiento de pacientes con dolor crónico.

La gabapentina y la pregabalina son análogos del ácido gamma-amino butírico (GABA), que se suelen usar para el tratamiento del dolor neuropático y también son utilizados para el tratamiento del dolor en la UCI. Sus efectos secundarios más comunes son somnolencia y estado confusional. Siempre tenemos que tener en cuenta que la mejor estrategia para el control del dolor debe basarse en un enfoque multimodal.

La terapia con medicamentos analgésicos debe combinarse con medicamentos con diferentes efectos curativos. Los mecanismos de acción incluyen analgésicos opioides, analgésicos no opioides y Finalmente, se administra anestesia regional. Se debe considerar la adecuación del tratamiento no farmacológico Postura, contención emocional, movilización temprana y compromiso familiar.

Se recomienda un tratamiento analgésico preventivo frente a la realización de procedimientos tales como colocación de catéteres, drenajes, curas de heridas,

maniobras quirúrgicas, movilización para realizar la higiene... El llevar a cabo este tratamiento preventivo supone un uso más bajo de opioides, disminución del riesgo de los efectos secundarios y una analgesia más eficaz. 2-

SEDACIÓN: La utilización de sedantes en los pacientes de UCI se ha convertido en toda una normalidad. Suelen administrarse por vía intravenosa para perfusiones continuas. Su finalidad es reducir la ansiedad, prevenir las complicaciones asociadas a la agitación, dar confort al paciente y disminuir el consumo de oxígeno optimizando la interacción entre el paciente y el ventilador; pero el uso de estos fármacos puede acarrear consecuencias a corto /largo plazo que deben de ser conocidas y prevenidas ya que pueden provocar un aumento de la morbilidad, expresado en una mayor estancia en el hospital, así como una mayor incidencia de delirium, trastornos depresivos y estrés postraumático.

El régimen de acción de estos fármacos previene la aparición de complicaciones derivadas de su uso. utilizar. Estos protocolos son pautas preestablecidas que se evalúan periódicamente a través de La sedación se administró utilizando una escala de calificación validada, lo que permitió ajustes frecuentes en la dosis del fármaco. Medicamentos para evitar la sedación excesiva o insuficiente del paciente.

- Un adecuado nivel de sedación: Un correcto uso de la sedación es un componente clave en el cuidado de los pacientes en la UCI. La minimización del dolor y la ansiedad son dos factores imprescindibles en la UCI; esta minimización se realiza mediante analgésicos y sedantes.

Tenemos la "sedación superficial", cuya definición no está del todo clara y la mayoría de las publicaciones descrito como la escala RASS (o su equivalente a otras escalas) representa clínicamente el estado de alerta, calma y colaborador. Por otro lado, el uso de la sedación profunda debe ser más limitado y utilizado para casos de insuficiencia respiratoria grave. Las guías de práctica clínica actuales recomiendan el uso de sedantes para evitar la sedación Sedación profunda con algún grado de sedación superficial

(paciente despierto, tranquilo y colaborador). El nivel ideal de sedación es proporcionar al paciente algún grado de sueño. Se despierta con facilidad, sin dolor ni ansiedad, y está tranquilo y cooperativo. Un nivel adecuado de sedación puede evitar el uso excesivo o insuficiente de fármacos sedantes.

Existen numerosas escalas clínicas utilizadas para evaluar la efectividad de la sedoanalgesia, las más utilizadas y con mayor aceptación son:

- 1- Escala de Ramsay.
- 2- Motor Activity Assessment Scale (MAAS).
- 3- Sedation-Agitation Scale (SAS).

4- Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).

La primera escala fue diseñada por Ramsay en 1974. Es la escala más famosa, utilizada para Todos los días en la UCI, es muy simple, pero no evalúa adecuadamente el estado de agitación y, lo más importante, cálmate.

Actualmente, su fiabilidad y eficacia no han sido probadas científicamente. La escala SAS fue creada por Riker en 1994 y validada en Portland e investigación en 1999 después. Es el primero diseñado para pacientes adultos y pacientes con y sin ventilación. mecánica. La escala MASS fue desarrollada y validada por el grupo Clement en Salt Lake City en 1999,

Actualmente está científicamente validado frente a VAS. La escala RASS fue desarrollada en 1999 por un equipo multidisciplinario del Hospital Universitario de Richmond, VA y validado en 2002, su validez y fiabilidad han sido validadas posteriormente en otros países Aprender. Incluye evaluación de delirio y agitación. La adecuada elección del sedante: Un sedante ideal es todo aquel que presenta los mínimos efectos secundarios en el paciente; no provoca depresión respiratoria y a su vez no presenta interacciones con otros fármacos, debe presentar una vida media corta, tener una eliminación independiente de la función de los órganos y ser de bajo coste.

5 Discusión-Conclusión

- La sedoanalgesia es un pilar esencial dentro del manejo global del paciente crítico, es importante hacer una selección del fármaco más adecuado para cada paciente, de forma individual y teniendo en cuenta la situación particular de cada individuo para así favorecer el máximo confort posible.
- Es fundamental realizar una buena analgesia mediante una estrategia multimodal basada en la cuidadosa utilización de drogas opiáceas y no opiáceas, lo cual puede disminuir las necesidades de sedantes.
- Es importante mantener unos niveles de sedación controlados por escalas de sedación con validación clínica: escala Ramsay, escala RASS, escala SAS..., con el objetivo de evitar sobresedaciones, infrasedaciones, alteraciones hemodinámicas o síndromes de privación.
- Destacamos la importancia de dar a conocer el papel de la enfermería en este campo y la serie de procedimientos que realiza para lograr el correcto cuidado de los pacientes críticos.

6 Bibliografía

(Ely et al., 2001):Ely, E. W., Inouye, S. K., Bernard, G. R., Gordon, S., Francis, J., May, L., Truman, B., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Hart, R. P., & Dittus, R. (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*, 286(21), 2703–2710.

(Estébanez-Montiel et al., 2008): Estébanez-Montiel, M., Jiménez-Martín, M., Sandiumenge, A., Alonso-Fernández, M., & de la SEMICYUC, G. (2008). Sedación prolongada en Unidades de Cuidados Intensivos. *Medes.com*.

(Faust et al., 2016):Faust, A. C., Rajan, P., Sheperd, L. A., Alvarez, C. A., McCorstin, P., & Doebele, R. L. (2016). Impact of an Analgesia-Based Sedation Protocol on Mechanically Ventilated Patients in a Medical Intensive Care Unit. *Anesthesia and analgesia*, 123(4), 903–909.

(Frade et al., 2009):Frade Mera, M., Guirao Moya, A., Esteban Sánchez, M., Rivera Álvarez, J., Cruz Ramos, A., Bretones Chorro, B., Jacue Izquierdo, S. & Montane Lopez,M. (2009). Análisis de 4 escalas de valoración de la sedación en el paciente crítico.

Capítulo 23

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO SEDOANALGESIADO

CLAUDIA SUÁREZ JUNQUERA

1 Introducción

Los pacientes críticos durante su estancia en la Unidad De Cuidados Intensivos(UCI) experimentan numerosos cambios que les provocan estados de ansiedad, disconfort, desasosiego, agitación y dolor que les conducen a consecuencias negativas como pueden ser: insomnio, fatiga, desorientación, estrés, taquicardia, aumento del consumo de oxígeno, inmunosupresión; estos pacientes también están sometidos a numerosos procedimientos dolorosos secundarios a pruebas diagnósticas, movilización, higiene y la inserción o retirada de dispositivos.

Los equipos multidisciplinares de las Unidades de Cuidados Intensivos cuentan con una serie de conocimientos y protocolos para la adecuada utilización de la analgesia y la sedación con el fin de minimizar estas complicaciones.

Por lo general en las Unidades de Cuidados Intensivos son muchos los pacientes a los que se les administran fármacos analgésicos y sedantes conjuntamente. La enfermería tiene un papel muy importante en el cuidado de estos pacientes debido a la necesidad de valorar y monitorizar la respuesta a la sedoanalgesia para evitar una infra o sobre sedación o un tratamiento insuficiente del dolor.

El objetivo es aportar el máximo nivel de seguridad y confort, siempre con un estricto uso ya que la administración de dosis inapropiadas y la falta de consideración de sus efectos tóxicos o secundarios pueden provocar consecuencias potencialmente perjudiciales para el paciente.

2 Objetivos

El objetivo principal que se plantea en este trabajo es actualizar los conocimientos en sedoanalgesia en los pacientes críticos.

El objetivo específico que se pretende lograr es:

- Explicar el papel de enfermería en los cuidados del paciente crítico sedoanalge-siado.

3 Metodología

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de tipo observa-cional, descriptiva y retrospectiva, basada en la evidencia científica existente en la actualidad sobre la sedoanalgesia en el paciente crítico.

Para ello se ha realizado una búsqueda de información en fuentes bibliográficas primarias: libros, revistas científicas, manuales de hospitales, trabajos académi-cos... así como en fuentes bibliográficas secundarias: Bases de datos como: Else-vier, Pubmed, Scielo, Redalyc, Google Académico o Dialnet.

Los criterios de inclusión utilizados han sido: textos completos de acceso gratuito publicados tanto en inglés como en español, priorizando los artículos publicados en los últimos diez años.

Los términos principales de búsqueda han sido “analgesia”, “sedación” (ya que eran los términos que más se ajustaban a nuestra descripción de sedoanalgesia y de los cuales obteníamos mejores resultados), “pacientes críticos” y también se han realizado búsquedas con el término “sedoanalgesia” a pesar de su escasez para incluir artículos en los que sí se nombrase. Los operadores booleanos utiliza-dos han sido (AND/OR/NOT) con el fin de obtener una búsqueda más exhaustiva. Con toda la información que se ha ido recopilando se podido desarrollar los ob-jetivos anteriormente citados.

4 Resultados

La enfermera de cuidados intensivos es una figura clave para conseguir el nivel de sedoanalgesia adecuado, gracias a sus actividades diarias a pie de cama, se encarga de la valoración continua del paciente, es la que detecta cualquier tipo de cambio en su estado, realiza técnicas y cuidados al paciente que le provocan cierto malestar y por lo tanto administra analgesia y sedación para minimizar las molestias. Por ello los enfermeros deben conocer, saber utilizar y dominar las EVS que son realizadas a los pacientes sedoanalge-siados periódicamente cuyo fin

es monitorizar el grado de sedoanalgesia que presentan. Sin embargo, la realidad es que una importante proporción de las enfermeras que trabajan en las UCIS no conocen o no saben utilizar correctamente estas escalas. Está demostrado que es necesario el uso de EVS, pero estas están infravaloradas.

La correcta evaluación del dolor, del nivel de sedación y de la agitación que es realizada por las enfermeras mediante el correcto uso de escalas y la intervención médica precoz se asocia a un descenso de la incidencia e intensidad del dolor y de la agitación. El trabajo en equipo a este nivel mejora la calidad asistencial y la seguridad del paciente y disminuye el tiempo de sedación, de ventilación mecánica y la aparición de infecciones nosocomiales.

Las enfermeras en las UCIs se encargan de brindar una asistencia directa y continua para alcanzar una mayor comodidad física, psíquica y evitar complicaciones. Estos cuidados son necesarios para conseguir un tratamiento adecuado y así una recuperación de la salud con las mínimas complicaciones y secuelas posibles. Los cuidados de enfermería van dirigidos a:

- Conseguir el máximo confort del paciente.
- Evitar situaciones que aumenten la irritabilidad.
- Mantener un entorno adecuado durante el proceso de retirada de sedoanalgesia.
- Maniobras eficaces y rápidas tras la administración de bolos de sedación si se precisan para realizar técnicas en las que el dolor del paciente pueda aumentar: movilizaciones, aspiración de secreciones, curas...
- Manejo de la vía aérea estéril, mantener la vía aérea siempre aislada.

En un paciente sedoanalgesiado que precise de ventilación mecánica se debe lograr su tolerancia al tubo endotraqueal, favorecer el reposo muscular y reducir el consumo de oxígeno. Sea cual sea el fármaco utilizado se debe de controlar su efecto para evitar sedaciones prolongadas.

Para conseguir un buen nivel de sedación la enfermera debe seguir estrategias apropiadas, en las cuales podemos incluir:

- Excluir problemas graves que requieran una terapia específica.
- Valorar el manejo no farmacológico de la desorientación y ansiedad.
- Identificar el problema inicial que causa agitación (dolor, ansiedad, privación del sueño...)

Enfermería se encarga de la valoración continua del paciente y de sus distintas necesidades de tratamiento y ajustes de las infusiones de fármacos. Para ello la enfermera utiliza protocolos, escalas y guías.

Si algún fármaco falla durante su administración o presenta alguna complicación debemos comunicar y registrar cualquier reacción.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que la calidad técnica

de los profesionales de la salud es una de las variables más importantes en un programa de garantía y mejora de la calidad, principalmente porque ellos aumentan el uso eficiente de los recursos, reducen el riesgo de lesiones asociados con los servicios de salud ofrecidos y aumentan la satisfacción del paciente-cliente en sus demandas. Las mejoras de la calidad de la educación y de los servicios de salud son interdependientes.

5 Discusión-Conclusión

- La sedoanalgesia es un pilar esencial dentro del manejo global del paciente crítico, es importante hacer una selección del fármaco más adecuado para cada paciente, de forma individual y teniendo en cuenta la situación particular de cada individuo para así favorecer el máximo confort posible.
- Es fundamental realizar una buena analgesia mediante una estrategia multimodal basada en la cuidadosa utilización de drogas opiáceas y no opiáceas, lo cual puede disminuir las necesidades de sedantes.
- Es importante mantener unos niveles de sedación controlados por escalas de sedación con validación clínica: escala Ramsay, escala RASS, escala SAS..., con el objetivo de evitar sobrededicaciones, infrasedaciones, alteraciones hemodinámicas o síndromes de privación.
- Dar a conocer el papel de la enfermería en este campo y la serie de procedimientos que realiza para lograr el correcto cuidado de los pacientes críticos.

6 Bibliografía

(Tanaka et al., 2014): Tanaka, L. M., Azevedo, L. C., Park, M., Schettino, G., Nassar, A. P., Réa-Neto, A., Tannous, L., de Souza-Dantas, V. C., Torelly, A., Lisboa, T., Piras, C., Carvalho, F. B., Maia, M., Giannini, F. P., Machado, F. R., Dal-Pizzol, F., de Carvalho, A. G., dos Santos, R. B., Tierno, P. F., Soares, M., ... ERICC study investigators (2014). Early sedation and clinical outcomes of mechanically ventilated patients: a prospective multicenter cohort study. *Critical care* (London, England), 18(4), R156.

(Vincent et al., 2016): Vincent, J. L., Shehabi, Y., Walsh, T. S., Pandharipande, P. P., Ball, J. A., Spronk, P., Longrois, D., Strøm, T., Conti, G., Funk, G. C., Badenes, R.,

Mantz, J., Spies, C., & Takala, J. (2016). Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive care medicine*, 42(6), 962–971.

(White et al., 2007): White, P. F., Kehlet, H., Neal, J. M., Schricker, T., Carr, D. B., Carli, F., & Fast-Track Surgery Study Group (2007). The role of the anesthesiologist in fast-track surgery: from multimodal analgesia to perioperative medical care. *Anesthesia and analgesia*, 104(6).

(Young et al., 2000): Young, C., Knudsen, N., Hilton, A., & Reves, J. G. (2000). Sedation in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 28(3), 854–866.

Capítulo 24

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA LOS PELIGROS DEL ACOSO PSICOLÓGICO LABORAL

TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ

MÓNICA ROMÁN LUNA

SANDRA PABLO VÁZQUEZ

MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ

RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGO

1 Introducción

El acoso laboral como comúnmente se le denomina o asimismo referenciado como acoso psicológico o la tan conocida palabra de Mobbing, radica en la comunicación de un sujeto a otro en tono hostil y sin ningún principio de ética, dirigida de modo sistemático y repetitivo por uno o por varios sujetos contra otro sujeto, que es así arrastrado y relegado a una posición de impotencia, indefensión y desvalimiento siempre en todo momento se persevera en el tiempo mantenido en esta comunicación maleficente.

El acoso laboral tan trascendental y significativo para el profesional afectado entra en modo importante en la salud del profesional tanto a nivel físico como a nivel en la salud psicológica que es la que suele verse más afectada.

Es transcendental el saber diferenciar entre el temido acoso y los conflictos laborales, en un conflicto los sujetos involucrados y/o implicados no están de acuerdo u ostentan diferentes visiones en las diversas funciones del trabajo o competencias a ejecutar, en contraste, y por eso diferenciaremos en un acoso laboral lo que sucede es que hay una clara intención de dolo, lo que es lo mismo que de hacer y crear daño hacia el otro sujeto.

El profesional debe recibir información sobre las conductas que suponen acoso laboral de aquellas que no lo suponen, recogidas en la legislación española.

2 Objetivos

- Conocer los diversos modos en los que se ocasiona acoso laboral.
- Enumerar las diferentes y múltiples conductas que forjan el acoso laboral.

3 Metodología

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

Según la OMS, el Acoso psicológico o el Mobbing se esgrime en el ambiente y esfera de trabajo para indicar el comportamiento tanto hostil, así como agresivo y amenazador de uno o más de uno de los miembros de un grupo, el acosador y perseguidor, hacia un sujeto o en las menos ocasiones hacia un grupo, denominado el objetivo o la víctima o afectado.

El acoso laboral, según Leymann, se logra concretar como: una situación en la que un sujeto o grupo de sujetos ejercen, ejecutan y emplean una violencia psicológica extrema y exponencial de modo sistemático, si lo delimitamos en tiempo con que ocurra una vez en semana o inclusive en la gran mayoría de los turnos del acosador ya se consideraría como tal y que esto ocurra durante un tiempo mantenido y prolongado por más de unos 6 meses, sobre otro sujeto en la esfera y ámbito de trabajo.

Modos de acoso laboral dentro de la esfera de trabajo.

Se logra dar:

- Acoso laboral denominado: Horizontal, que es aquel que se acontece dentro de la propia y misma categoría del profesional, lo que es lo mismo que por tus propios compañeros los cuales son iguales en cuanto a la jerarquía de trabajo. Los orígenes de este acoso logran ser debidos a: envidias, celos, o competencia. La estrategia del acosador por norma general será la de entorpecer el trabajo del acosado y victima con la finalidad de poner en entredicho su profesionalidad.
- Acoso laboral denominado: Vertical, que es el que se acontece entre profesionales que pertenecen a categorías diferentes, podemos hablar de acoso vertical descendente (superior dirige el acoso a un profesional de categoría inferior) o acoso vertical ascendente (un subordinado dirige el acoso a un superior).

Para el profesional en la esfera sanitario es importante saber y ser conocedor en qué consiste y un punto importante el detectar aquellas conductas o gestiones que son constituyentes y componentes de acoso laboral. Según el Criterios Técnicos sobre las actuaciones y soluciones de la Inspección de Trabajo y de la Seguridad Social en la materia en referencia del acoso y violencia en el trabajo, se logra hablar de las siguientes conductas que acontecen y dan lugar a acoso laboral.

Estas conductas son: el abuso de autoridad consistente en dejar al profesional sin ninguna tarea o inclusive encomendar un trabajo para lo que ya se sabe que por logística, tiempo material o simplemente porque sabe que no es capaz de realizarlo, trato humillante o vejatorio (fomentar y promocionar el dar pie a insultos al profesional o llegar a difundir habladurías o rumores ya sea sobre aspectos laborales, de la propia vida del acosado así como los familiares) y el acoso denominado discriminatorio (este es concerniente y tienen relación con las creencias o las particularidades y condiciones del sujeto ya sean políticas, discapacidad, edad, sexo, religiosas, su nacionalidad, etc.).

Son conductas consideradas como un acoso psicológico laboral según nos expone la Inspección de Trabajo y Seguridad Social:

- Dejar al profesional de modo reiterativo y continuado sin ninguna ocupación efectiva.
- Ocupación de su tiempo en tareas infructuosas y que son totalmente inútiles.
- Acciones por parte de algunas jerarquías más alta, en cuanto a realizar represalias frente a los profesionales que se han atrevido a exponer su criterio o que hayan planteado quejas, inclusive denuncias o demandas frente al profesional.
- Insultar de un modo reiterado y permanentemente al profesional.

- Difundir los rumores, habladurías, exponer cuestiones en las que los compañeros se pongan en contra y que sean falsos sobre su labor en el trabajo o inclusive de inmiscuirse en su vida privada.

5 Discusión-Conclusión

El acoso psicológico laboral se da con demasiada asiduidad, en la esfera del trabajo del sujeto a nivel laboral y supone un riesgo y menoscabo importante a la par que muy significativo para la salud del acosado. El insomnio, la pérdida de apetito, son consecuencia del acoso psicológico que está sufriendo el profesional. Se logra apreciar inclusive sentimientos de ira, vergüenza, impotencia, incompreensión, culpabilidad, miedo.

Derivado del acoso, existe en el medio laboral una cifra tan exponencialmente elevada de absentismo laboral, así como un mayor número de incidencias de bajas laborales. Es importante destacar que los sujetos que se ven afectadas por el Acoso psicológico tardan un largo periodo de tiempo en reconocer lo que les está ocurriendo y en buscar ayuda.

6 Bibliografía

1. Carretero, N., Luciano, J.V., y Gil-Monte, P. R. (2011). Antecedentes y consecuencias del acoso psicológico en el trabajo. *Psicothema*, 23(4), 617-623.
2. Chávez, B. F. (2012). El “mobbing” y otros obstáculos para el desarrollo laboral de las mujeres. SPCS Documento de trabajo, 19.
3. De la Torre, M. y Rodríguez, R. (2013). Psicoterapia del Acoso Psicológico en el Trabajo. Un caso clínico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2), 131-138.

Capítulo 25

ESTUDIO Y MUESTRA DE LAS BOLSAS DE COLOSTOMÍA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ

TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ

MÓNICA ROMÁN LUNA

SANDRA PABLO VÁZQUEZ

RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGU

1 Introducción

Para iniciar nuestro estudio se debe referenciar en primer lugar y definir la colostomía que es una tipología de estoma que consiente unir el colon a la pared del abdomen todo esto es posible a través de un acto quirúrgico, para tratar, un cáncer de colon o de ano ponemos este ejemplo por su gran incidencia. Así, el tránsito intestinal es derivado siempre hacia el exterior y las materias fecales pueden llegar a un contenedor o receptáculo y una prótesis específica.

Como puede ser las bolsas de colostomía, en cuanto a estas bolsas de recogida, la tipología de bolsa recolectora va a ir en función de donde esté ubicada la incisión de la herida quirúrgica de la colostomía.

Podemos hablar de algunos tipos de colostomías, como las temporales las cuales son una tipología de tratamiento de ciertos problemas destinados a la parte inferior del intestino grueso. Esto se logra evitando que la materia fecal llegue hasta allí. Para ello se crea una colostomía temporal reconocida como de corto plazo, que permitirá mientras está colocada que sane el intestino. Existen las colostomías definitivas o permanentes esto va a ocurrir cuando parte del colon o del recto no es recuperable y enferma en la cual se opta por esta técnica. La parte considerada enferma del intestino debe ser extirpada o dejarla sin función permanentemente. Otra tipología de colostomía puede ser como transversa que es una de las tipologías más comunes, aunque existen dos tipologías de colostomías transversas: la colostomía transversa en asa y la colostomía transversa de doble boca.

La colostomía transversa su ubicación y localización anatómica es en la parte superior del abdomen, ya sea en el medio o hacia el costado derecho del abdomen. Esta tipología de colostomía consiente que la materia fecal salga del cuerpo antes de que logre alcanzar el colon descendente.

2 Objetivos

Exponer los conocimientos y el estudio de tipologías de bolsas de recogida de colostomía y actuaciones por el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Scielo, Cochrane en las que se buscan artículos que nos indican que tipología de bolsas podemos encontrar a la hora de colocarla en una colostomía. Palabras clave colostomía, bolsa, estoma y colon.

4 Resultados

En nuestro estudio y revisión bibliográfica hemos podido lograr llegar a documentar según los artículos encontrados que tipologías de bolsas de colostomía son las más asiduas y las más recurrentes y esgrimidas así como cuáles son los más frecuentes y conocidas o manejadas por el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Lo más importante y significativo a la hora de elegir una bolsa de colostomía por el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería se debe exponer que para encontrar el sistema de bolsas que sea mejor para el beneficiario de ella, se deberá tener en cuenta muchos elementos, como: la amplitud de la ostomía, la firmeza, el tono muscular y anatomía del abdomen, la zona de ubicación, las posibles cicatrices y muy importante los pliegues cerca del estoma, así como su estatura y su peso.

Para poder elegir la bolsa recolectora más convenientemente hay que tener en consideración que siempre un buen dispositivo es el que va a proteger de olores, mantendrá y conservará limpia la zona de la herida para facilitar la manipulación, tanto la retirada como la puesta de ella etc.

Los sistemas de una pieza poseen una bolsa y una barrera cutánea pero todo unido en el mismo dispositivo. Cuando se retira la bolsa, la barrera citada asimismo y al tiempo, se desprende.

Los sistemas que están dotados de dos piezas disponen de una barrera cutánea la cual está separada de una bolsa. Cuando se quita y retira la bolsa, la barrera seguirá permaneciendo en su lugar.

En cuanto a las actuaciones, asistencias o actividades que debe acometer el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este tema es muy importante la educación sanitaria y la ayuda en la colocación junto con el personal enfermero especialista, de la bolsa de colostomía sobre todo los primeros días para que el afectado vaya manejando su estoma.

Lo que deben de conocer es que depende de la colostomía y de su situación anatómica, las heces van a ser líquidas, solidas, o semisólidas, pastosas. Es asimismo, importante, pues pueden llegar a pensar que haya algún problema en la excreción.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería tendrá que comentar al colostomizado, asimismo, que es muy importante el mantenimiento de una dieta equilibrada, el ejercicio, es decir mantener una tipología de hábitos de vida, diferentes seguros a los que llevaba anterior al procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

En la esfera sanitaria el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá conocer las diferentes tipologías de bolsas para poder ejecutar una educación sanitaria adecuada al afectado y colostomizado.

Como se ha comentado la tipología de bolsa va a ser en establecimiento a la tipología de colostomía es decir la herida quirúrgica. Asimismo, si es posible que

la colostomía sea temporal o permanente esto va asimismo a, generar dudas para la hora de la colostomía, pero una buena educación sanitaria solventara estas dudas.

Es un tema actual el cual debido a que el cáncer de colon está entre los más frecuentes y vistos a nivel sanitario.

6 Bibliografía

1. Poletto D, Guerreiro DM. Vivir con estoma intestinal: la construcción de la autonomía para el cuidado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista en internet]2013;21(2).
2. Pulido R, Sánchez J, Baraza A. Cultura, educación y cuidados en la atención al colostomizado ostomizado. Cultura de los cuidados [revista en internet] 2001; 10(1).
3. Hueso C, Bonill C, Celdrán M, Hernández SM, Amezcua M et al. Vivencias y afrontamiento ante el cambio de imagen corporal en personas con estomas digestivos. Rev Latino-Am. Enfermagem [revista en internet] 2016; 24(1).

Capítulo 26

ESTUDIO E INVESTIGACIÓN EN BULIMIA Y ANOREXIA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGO

TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ

MÓNICA ROMÁN LUNA

SANDRA PABLO VÁZQUEZ

MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Los trastornos y/o alteraciones en la alimentación son un tipo de patología considerada mental cuyos síntomas son muy diversos y siendo el principal de ellos por parte del afectado de la alteración en la visión del aspecto corporal de ellos mismo; llevando a un constante y obsesivo control de él.

Este tipo de trastorno y/o alteraciones se da más frecuentemente en mujeres, aunque cada vez más se está dando en la población de varones. También hay una mayor prevalencia en la población juvenil que en individuos adultos.

En España se extraen unas cifras de que unos 410.000 individuos soportan y sufren de algún trastorno o alteración en referencia a la alimentación.

Existen varias tipologías de trastorno y/o alteraciones de la administración alimentaria, como:

- Atracón: se define así cuando se come sin parar y continuamente inclusive estando llenos.

La ingesta de alimentos los propios pacientes la exculpan como que reduce la ansiedad y que les mejora el estado de ánimo, aunque después les crea un sentimiento de culpa.

- Anorexia: los individuos que la sufren tienen una visión de ellas en las que se ven continuamente “gordas” (aunque la realidad es que están excesivamente delgadas), lo que las lleva a que apenas ingieran ningún tipo de alimento. Esta práctica puede llegar a finalizar con su vida o en caso de que no suceda quedar con discapacidades orgánicas importantes.

- Bulimia: este trastorno o alteración del correcto proceder alimenticio es una mezcla entre el atracón y la anorexia citadas anteriormente, ya que, los individuos que la sufren y padecen se dan un atracón de comida y seguidamente hacen dietas, hacen uso de los laxantes o lo más habitual es que se provocan el vómito para contrarrestar.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio y desarrollo es obtener un mayor conocimiento sobre estos trastornos y/o alteraciones referentes a la alimentación para saber cómo se debe actuar ante estos enfermos.

3 Metodología

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

4 Resultados

La sintomatología que pueden que puede verse en un trastorno o alteración alimenticio son:

- En el atracón: comer abundantemente y muy rápido, aunque se esté lleno, asimismo comer la mayoría de las veces a escondidas, estos enfermos cuando dicen que hacen dieta, pero no logran perder peso, a consecuencia de los atracones y con la continuidad de un gran sentimiento de culpa por comer.
- En la anorexia: Se ocasiona una ingesta ínfima de alimentos, se acomete por norma general un ejercicio físico excesivo tanto en tiempo como en sobreesfuerzo y evidencian a la par que muestran una exponencial y extrema delgadez.
- En la bulimia: Por los afectados acontece el excesivo uso de laxantes y enemas así al igual que en la anorexia se ve una exponencial inclinación a la ejecución de ejercicio físico constante en modo excesivo, efectúan ayunos y la provocación con intención de expulsar lo ingerido de vómitos repetitivos.

Los elementos que precipitan la patología suelen ser:

- Socioculturales: Existe el motivo que en la sociedad actual la apariencia física está exponencialmente sobrevalorada.
Lo que hace que haya sujetos que conciben y que practican lo que sea por conseguir lograr ese canon de belleza (aún a riesgo de su propia vida).
- Otro origen es que estos enfermos afectados soporten trastorno y/o alteraciones de depresión, así mismo de ansiedad o de individualidad.
- Cuando los trabajos o en las aficiones se le da demasiado valor al aspecto físico (modelos, deportistas).
- Si soportan trastorno y/o alteraciones a niveles gastrointestinales: ya que al ser la alimentación uno de los principales orígenes, limitan exponencialmente su ingesta.
- Problemas afectivos en el núcleo familiar: tienen la creencia o suposición de que así los querrán más.

Para una detección precoz de la presencia de algún trastorno o alteración alimenticio debemos observar si:

- Hay una bajada muy evidente de peso.
- Hay una obsesión imperativa por hacer dieta.
- Se mira en el espejo demasiado y continuamente.
- Ir al baño siempre tras comer sin un motivo aparente.
- Se evita el comer donde le vean o con más individuos.
- Hay un control exhaustivo y enfermizo de los alimentos que se ingieren.
- Continuo control y vigilancia del peso.
- Exceso exponencial de realización de deporte.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos citado con anterioridad en opinión y lo que se extrae como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería es que somos los que más en contacto estamos con el enfermo afectado de estas patologías y los que por regla general nos damos cuenta en primer lugar de se siente, como es, como actúa o se comporta un paciente, con lo cual el saber toda la sintomatología y/o estrategias que estos pacientes afectan logran utilizar y manejar para lograr, ocultar a la vista de todo el que este a su alrededor lo que está haciendo y su padecimiento, es nuestra responsabilidad y función asegurarnos de que las ingestas se hagan y se ejecuten correctamente por parte del paciente.

6 Bibliografía

1. Morales Alberto, Ramírez Walter, Ureña María Elena, Sevilla Vargas Angela, Umaña Pamela, Chaves Viquez Rocío. Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes. Acta pediátr. Costarricense [Internet]. enero de 2002 [citado el 1 de octubre de 2022]; 16(3): 93-108. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00902002000300002&lng=en.
2. Lladó Gina, González-Soltero Rocío, Blanco María José. Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. Nutr. Hosp. [Internet]. 2017 Jun [citado 2022 Oct 01] ; 34(3): 693-701. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000300693&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.469>.
3. Quintero-Párraga Evelyn, Pérez-Montiel Ana Cristina, Montiel-Nava Cecilia, Pirela Dexy, Acosta María Fernanda, Pineda Ninoska. Trastornos de la conducta alimentaria: Prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. Invest. clín [Internet]. 2003 Sep [citado 2022 Oct 01] ; 44(3): 179-193. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332003000300002&lng=es.

Capítulo 27

ATENCIÓN Y CUIDADOS A LA PERSONA CON UNA ENFERMEDAD TERMINAL

ANDREA FERNANDEZ FRAIZ

LUCÍA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

SARA FARPÓN MARTÍNEZ

1 Introducción

La enfermedad terminal es definida por La Sociedad Española de Cuidados Paliativos como: una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; con una falta de respuesta al tratamiento; tiene presencia de varios problemas o síntomas intensos y cambiantes. Un pronóstico de vida limitado. Y causa un gran impacto en el enfermo, la familia y el equipo asistencial. El pronóstico de vida es inferior a seis meses.

Cuando tratamos a un enfermo terminal debemos tener en cuenta unos aspectos clave:

- La comunicación tiene que ser efectiva con el enfermo.
- Debe haber un control de los síntomas para que el enfermo no sufra.
- Se debe tener en cuenta a la familia y dar apoyo.

Para que los últimos días del enfermo terminal sean lo más buenos en la medida de lo posible se debe:

- Acompañar en el dolor y la soledad tanto al enfermo como a su familia.

- Escuchar todo lo que nos quiera transmitir, sus miedos, sus deseos... la comunicación no verbal toma aquí un papel importante, ya que el 75% es comunicación no verbal. El paciente tiene en cuenta el cuerpo y no la palabra.
- Tenemos el deber de informar tanto al enfermo como a su familia del tratamiento, el diagnóstico, los cambios en la enfermedad...
- Tratar los síntomas es muy importante también, ya que condicionan la vida del paciente.

2 Objetivos

- Conocer que es la enfermedad terminal.
- Aprender la atención y cuidados que se deben prestar en este tipo de enfermedades.
- Tratar de conseguir el máximo bienestar del enfermo.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se han desarrollado una serie de consultas de artículos en las siguientes páginas web: Scielo, Medlineplus y Cancer Gov. Además de una búsqueda sistemática de libros. Llevando a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

4 Resultados

El equipo asistencial es muy importante en todos los sectores, pero toma una especial importancia en el ámbito de los cuidados paliativos, ya que es el servicio que está más cercano al enfermo y proporciona un mayor apoyo tanto físico como emocional. Los sanitarios encargados de esta labor, en la fase final son los que realizan los cuidados cotidianos y las necesidades básicas que el enfermo y la familia no pueden hacer; ya que el paciente poco a poco va perdiendo sus capacidades físicas y su independencia en el autocuidado o también porque el enfermo esté ingresado en una institución y son los trabajadores de dicho sitio los responsables de hacerlo, a veces también puede ser porque presentan una incapacidad emocional o negación para realizar estas actividades. En estos casos los profesionales se encargan de realizar las actividades básicas de la vida diaria como: la alimentación, la higiene, la comodidad del paciente....llevando a cabo todas aquellas necesidades básicas que este necesita para su vida, pero él no puede realizar;

por lo cual son una parte fundamental del autocuidado que la persona hace durante su día a día y por lo tanto es un aspecto fundamental de su intimidad. La higiene y la eliminación de desechos son tareas que hacemos solos o el estar desnudo delante de otra persona, pero el paciente terminal llega a un punto en el que pierde la independencia totalmente, y los profesionales serán los partícipes de esta pérdida. Así que la forma de cuidar al paciente debe ser con mucho tacto y teniendo siempre en cuenta el pudor de la persona, además intentando dejarle su espacio personal a pesar de la situación, para no violentar su parte más íntima. Se debe cuidar con cuidado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, en los cuidados que proporcionados al paciente con una enfermedad terminal respecto a la ética, no nos debemos preocupar solo de la enfermedad y el dolor del enfermo, sino del enfermo al completo con su entorno familiar, de las personas que acompañan su dolor, a quien hay que informar de la gravedad de su situación; y prepararlos en todo momento para el desenlace de la enfermedad, la muerte.

La complejidad de los cuidados que padecen los pacientes que están en enfermedades con etapas avanzadas y al final de la vida, y la variedad de los trabajadores sanitarios que participan en la asistencia de estos pacientes tienden a intensificar el papel que ejercen los profesionales sanitarios en estos cuidados.

6 Bibliografía

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600008

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000467.htm>

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-de-cuidado/hoja-informativa-cuidado>

Capítulo 28

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL SONDAJE VESICAL PRINCIPALES CUIDADOS

GEMA ORTEGA SÁNCHEZ

LAURA GARCIA NICOLAS

FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO

ANA EVA ORTIZ MARTINEZ

ASCENSION DEL OLMO MARIN

1 Introducción

El cuerpo humano está formado por unos órganos los cuales realizan diferentes tareas para que el cuerpo funcione correctamente durante la vida del mismo.

El sondaje vesical es un proceso estéril y apropiado solamente cuando sea primordial, con esto conseguimos que se produzcan las menores infecciones posibles en el paciente.

El sondaje vesical está indicado para situaciones como:

- retenciones urinarias: son situaciones en las que el paciente no es capaz por sí mismo vaciar la vejiga.
- intervenciones quirúrgicas: se realiza un control exhaustivo de diuresis, mayormente en pacientes con una insuficiencia cardíaca.

-recogida de muestras estériles: se realiza en paciente que no colaboran debido a incontinencia urinaria.

-pacientes para mantener la zona genital seca: se realiza por curas, cuidado de heridas o úlceras por presión.

Para cuidar el sistema urinario existen unos consejos como son: la correcta hidratación, evitar alimentos que son ricos en ácido úrico, mantener una buena higiene genital, no retener la orina, evitar el alcohol y medicaciones innecesarias, etc.

Las principales contraindicaciones son:

- Por rotura de la uretra.
- Tener tumores, lesión o cualquier traumatismo.
- Por tener uretritis, cistitis, prostatitis, balanitis.
- En caso de incontinencias se recomienda utilizar mejor utilizar pañales, colectores, etc.
- Por último por alteraciones morfológicas del aparato urinario.

2 Objetivos

Exponer los tipos de sondaje vesical, sondas, cuidados y técnicas para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

La técnica para realizar un sondaje vesical es obligatorio que sea estéril.

Antes de ponerla lo primero que se debe hacer es informar al paciente de la técnica que se le va a realizar, asegurando siempre su privacidad.

Los tipos de sondas vesicales dependiendo del tipo de sondaje son los siguientes:

1-Sondaje permanente:

- Sonda Foley: puede tener dos o tres luces y si uso es para pacientes con lavados vesicales, tienen un balón para anclarla, si infla con agua destilada y de esta forma se evita pérdidas de orina.

- Sonda Tienamm: esta sonda dispone de dos vías, es curva y rígida y puede estar hecha de silicona o de poliuretano y está indicada en mujeres ancianas difíciles de sondar o estenosis de uretra.
- Sonda Couvalaire: dispone de tres luces, de silicona, látex o PVC y su indicación es para pacientes con hematuria.
- Sonda Dufour: dispone de tres luces, rígida, de látex, está indicada para pacientes con problemas para el sondaje y que necesiten lavados continuos por coágulos.
- Sonda Mercier: es de silicona con forma de palo de golf y es indicada para resección de próstata.
- Sonda Folsyl: de silicona y con la punta abierta para insertar guía, está indicada en prostatectomía radical.
- Sonda Pezzer: de una luz, semirrígida y con la punta en forma de hongo, esta sonda es la que se inserta en quirófano.
- Sonda Malecot: con punta en forma de ala, semirrígida y de una luz, es de inserción quirúrgica.

2- Sondaje intermitente:

- Sonda Nelaton: de una vía, hecha de PVC, es recta y semirrígida, se utiliza para recogida de muestras o un vaciado de vejiga esporádico.
- Sonda Robinson: es de una vía, también hecha de PVC, corta, se utiliza para auto sondaje.

El Equipo de profesionales de Atención Especializada y de Atención Primaria debe enseñar y dar a conocer a cada paciente el mantenimiento que debe llevar y este sea capaz de afrontar los autocuidados del “Sondaje Vesical” en su domicilio para evitar posibles complicaciones e infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión destacamos que es de vital importancia saber distinguir los distintos signos de alarma que nos puedan indicar que hay una consecuencia negativa para el paciente tras la colocación de una sonda vesical, como sería por ejemplo una infección.

En todo el proceso de “Sondaje Vesical” el Técnico Auxiliar de Enfermería junto con los demás profesionales que colaboran en él deben favorecer el mantener al paciente en todo el momento del proceso lo más tranquilo posible, priorizando la intimidad, garantizando una buena asepsia, la correcta inserción de la sonda y sobre todo la confortabilidad del paciente antes, durante y tras la inserción del catéter 1.

6 Bibliografía

The Joanna Briggs Institute. Manejo del sondaje vesical permanente. www.google.es

Capítulo 29

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE FARMACIA

GEMA ORTEGA SÁNCHEZ

LAURA GARCIA NICOLAS

FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO

ANA EVA ORTIZ MARTINEZ

ASCENSION DEL OLMO MARIN

1 Introducción

El auxiliar que hay en farmacia es el que se encarga de proveer, elaborar y evaluar de medicamentos a los pacientes ingresados y además se encarga de revisar el almacenaje, stock y las caducidades de los medicamentos. También se encargarán de la preparación y revisión de los pedidos para las distintas áreas del hospital, donde sean necesarios los productos de la farmacia. Se reenvasarán los medicamentos que sean necesarios para que indique su lote y fecha de caducidad.

Las funciones de una farmacia hospitalaria tiene un papel muy importante, ya que maneja un la preparación y dispensación de los medicamentos sanitarios, llevando al sanitario profesional y al paciente hacia un uso adecuado para la administración y la efectividad.

El equipo de farmacia está formado por un grupo de personas con unos conocimientos suficientes y adecuados para cumplir estas funciones y objetivos. La manipulación de los medicamentos se debe realizar en lugares seguros y adecuados como pueden ser las fórmulas de quimioterapia y la manipulación de citostáticos para los pacientes con cáncer, ejecutar las fórmulas para la preparación de nutriciones que serán preparadas en un lugar diferente al de los citostáticos y la dispensación de los medicamentos a pacientes externos que sean de uso hospitalario, ya que son ellos los que se pasarán y recogerán la medicación.

2 Objetivos

Describir e indicar las distintas funciones del Técnico Auxiliar de Enfermería en el ámbito del servicio farmacéutico hospitalario.

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 en buscadores de internet.

4 Resultados

La función del auxiliar de enfermería en farmacia es muy amplia, ya que se encarga de realizar varias tareas siempre supervisadas por el farmacéutico responsable, estas funciones son:

- Preparación, conservación y seguimiento de los medicamentos citostáticos.
- Inspeccionará la recepción y el stock.
- Cubrir las necesidades del hospital y pacientes usando de forma correcta los medicamentos.
- Asegurar la conservación de los medicamentos y dispensarlos a los pacientes.
- Preparar el material necesario para realizar las nutriciones parenterales y de los citostáticos.
- Dirigir a los pacientes en una correcta administración.
- Preparar los fármacos para los pacientes ingresados y facilitará los diferentes productos no medicamentosos.

- Examinará las caducidades en el momento en que se colocan los medicamentos.
- Se encargarán de reponer los medicamentos necesarios en las áreas del hospital.
- Se encargará de la limpieza del instrumental empleado y los equipos de la farmacia hospitalaria.
- Controlará que los medicamentos estén a temperatura acorde, ya que algunos deben permanecer en frío.
- Los medicamentos que no especifiquen bien el lote o la caducidad serán reenvasados.
- Se encargará de preparar los pedidos de los diferentes servicios.

Para desempeñar estos trabajos, el auxiliar de en qué hay en farmacia deberá tener los conocimientos necesarios para esta área.

La farmacia esté formada por; farmacéuticos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores, todos ellos trabajarán en equipo.

La medicación que se va a administrar, siempre será revisada por el peligro que supondría la administración de algún fármaco de manera inadecuada.

Las funciones de una farmacia hospitalaria tiene un papel muy importante, ya que son las que manejan la preparación y dispensación de los medicamentos sanitarios, llevando al sanitario profesional y al paciente hacia un uso adecuado para la administración y la efectividad.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería debe asegurarse siempre la medicación a dispensar y si tiene cualquier duda lo preguntará a sus superiores, ya que cualquier error puede tener consecuencias serias. Además es muy importante trabajar en equipo para poder desempeñar bien las funciones, eso es una parte muy importante en la mayoría de los trabajos a realizar.

Por otro lado el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es importante en la farmacia, ya que sin él no habría un correcto funcionamiento en el almacenamiento, colaborando con el resto de personal en trabajos de preparación, stock y caducidades.

Sobre todo en la preparación y distribución de los medicamentos en los distintos servicios del hospital.

6 Bibliografía

-Funciones del Auxiliar de Enfermería en las distintas áreas o Servicios - T.C.A.E[Internet]. Auxiliar-enfermeria.com. [citado el 7 de mayo de 2021].

Disponible en:http://www.auxiliarenfermeria.com/funciones_auxenf.htm.
Www.google.es

Capítulo 30

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. CUIDADOS ANTE EL PACIENTE PEDIÁTRICO

GEMA ORTEGA SÁNCHEZ

LAURA GARCIA NICOLAS

FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO

ANA EVA ORTIZ MARTINEZ

ASCENSION DEL OLMO MARIN

1 Introducción

La Pediatría es una de las ramas dentro de la medicina que está más enfocada a la enfermedad y salud de los niños, la cual está comprendida desde que nacen hasta que llegan a la adolescencia, es decir presta atención completa, hasta los 14 años de edad.

El auxiliar de enfermería tiene como un objetivo, proporcionar una atención correcta a los pacientes pediátricos, así como satisfacer sus expectativas y necesidades, mediante la prestación de los cuidados de enfermería especializados, con la máxima calidad y seguridad, una atención integral, a través de acciones de apoyo en la enfermedad y la muerte, de protección y fomento de la salud, y ayuda en la reincorporación del individuo a la sociedad.

La atención por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, no es solo meramente clínica, sino que también, moral, por esto debe intentar que la estancia del paciente pediátrico en un centro hospitalario, suponga para ellos como un juego, para que mientras dure su tiempo, en el cual tenga que permanecer en el hospital no afecte de manera negativa a su desarrollo psicosocial, emocional o cognitivo. Para una pronta recuperación de los pacientes pediátricos, se le debe proporcionar bienestar y confort a los niños y a sus familiares, por eso en ese momento es donde comienza el duro esfuerzo del auxiliar de enfermería para conseguirlo.

2 Objetivos

Conocer las principales funciones de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante un paciente pediátrico.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Dentro de la unidad de pediatría, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), debe proporcionar una atención constante a los pacientes, como si se tratase de propios hijos, y sobre todo en los casos en los que los padres no puedan estar con ellos 24h.

Las funciones que presta un técnico en cuidados auxiliares de enfermería, son muy comunes a otras unidades, entre las que nos encontramos:

- Reponer todo el material del carro de curas.
- Es el encargado de la higiene de la cama, así como la del paciente pediátrico, en el caso de que los padres no puedan por cualquier motivo.
- Recogerán y registrarán los datos de ingesta, deposiciones, diuresis, drenajes etc.
- Preparación de biberones a demanda.

- Dar información al resto del equipo de todo lo concerniente al paciente pediátrico.
- Es el encargado de depositar las muestras donde corresponda, la ropa recogida de ropa sucia y reposición de la misma, así como de entregar la alimentación y ayudar con la misma en el caso de que sus progenitores la necesiten.
- Comprobación de las pulseras de identificación, solicitándolas al servicio de Admisión, si fuera necesario.
- Será el acompañante del personal de enfermería para ayudarles en todas sus funciones.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es uno de los apoyos emocionales en el lado familiar, que les proporciona y facilita a las familias, el proceso de ingreso, así como les ayuda en estos momentos tan difíciles y duros, así como también les brinda esa confianza y tranquilidad, la cual se considera una llave en cuanto a la cooperación de personal sanitario y familiares, que agilizará y facilitará la pronta recuperación y la mejora del estado de salud de los niños.

5 Discusión-Conclusión

Son muy amplias y de bastante importancia las diferentes funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, para que el servicio sanitario al paciente pediátrico sea posible. Para llevar a cabo el desempeño de sus funciones, tiene que tener empatía y un correcto grado de amabilidad, con mucho tacto y delicadeza para tratar a los pacientes pediátricos. Es bastante importante que todos los profesionales que tratan con este tipo de pacientes, tengan vocación, ya que tratan con personas que necesitan su ayuda tanto física como psicológicamente. El trato va a ser más cercano al familiar que al propio paciente, haciéndoles que la estancia sea más llevadera, por eso el auxiliar debe contar con esas cualidades.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- Pubmed

Capítulo 31

EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE FARMACIA

ULPIANA PINAR PINAR

MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA

MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO

JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO

ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA

1 Introducción

La función de la farmacia hospitalaria tiene un papel muy importante, ya que maneja un sistema de depósito, preparación y dispensación de los medicamentos sanitarios, llevando al sanitario profesional y al paciente hacia un uso adecuado para su administración y efectividad.

El equipo de farmacia está formado por un grupo de profesionales con conocimientos suficientes y adecuados para estas funciones y conseguir dichos objetivos.

El auxiliar de farmacia será el encargado de proveer, elaborar y evaluar de medicamentos a los pacientes ingresados. Será el encargado de revisar el almacenaje, stock y las caducidades de estos. Efectuará en lugares seguros y adecuados las fórmulas de quimioterapia y la manipulación de citostáticos para los pacientes

con cáncer, así como la ejecución de fórmulas para la preparación de nutriciones que serán preparadas en un lugar distinto al de los citostáticos y la dispensación de medicamentos a pacientes externos que sean de uso hospitalario y que no estén disponibles en farmacia. Los propios pacientes serán los que se pasarán y recogerán dicha medicación por el hospital.

También se encargarán de hacer y revisar los pedidos para las distintas áreas del hospital, donde sean necesarios los productos de la farmacia. Se reenvasarán los medicamentos que sean necesarios para que indique su lote y caducidad.

La función del auxiliar de enfermería en farmacia es muy amplia, ya que se encarga de realizar diferentes tareas, todas ellas estarán supervisadas por el profesional farmacéutico responsable que se encargará de que se hagan de manera correcta.

2 Objetivos

Los principales objetivos de esta capítulo son describir las distintas funciones del Técnico Auxiliar de Enfermería en el ámbito del servicio farmacéutico hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Dentro de las funciones del servicio de farmacia, así como las del auxiliar de farmacia dentro y para el correcto funcionamiento de este servicio, nos encontramos las siguientes:

- Se prepara los fármacos para los pacientes ingresados y se les facilita los diferentes productos no medicamentosos.
- Ejecutaran la preparación del material también para la preparación de citostáticos.
- Preparación, conservación y seguimiento de medicamentos citostáticos.

- Para desempeñar los diferentes trabajos, el auxiliar de farmacia deberá tener los conocimientos necesarios de esta área, al igual que cada uno de los miembros que componen todo el equipo.
- Cubrir las necesidades requeridas por el hospital y pacientes usando correctamente los medicamentos.
- Controlará que los medicamentos que lo requieran estén a temperatura acorde, ya que algunos requieren permanecer en frío.
- Realizará la preparación del material necesario para la preparación de nutriciones parenterales.
- Dispensación de los medicamentos a aquellos pacientes que lo precisen.
- Para desempeñar los diferentes trabajos, el auxiliar de farmacia deberá tener los conocimientos necesarios de esta área, al igual que cada uno de los miembros que componen todo el equipo.
- Se encargará de preparar los pedidos demandados por los diferentes servicios y los preparará para ser recogidos.
- Inspeccionará la recepción y el stock de los productos recibidos.
- Asegurar un adecuado recibimiento y conservación de los mismos.
- La medicación a administrar, siempre será revisada por el peligro que supondría la administración de algún fármaco de manera inadecuada.
- Examinará las caducidades en el momento de su colocación. Colocando los medicamentos con mayor caducidad siempre detrás de los de caducidad más próxima, y así seguir dispensando con caducidad más próxima.
- Los medicamentos que no especifiquen bien el lote o la caducidad serán reenvasados por el auxiliar de turno.
- Que la farmacia esté formada en este orden de importancia por; farmacéuticos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores, los cuales trabajaran en equipo.
- Se encargarán de la reposición de los medicamentos necesarios en las áreas del hospital.
- Preparación, conservación y seguimiento de medicamentos citostáticos.
- Limpiará el instrumental empleado y los equipos de la farmacia hospitalaria.
- Dirigir a los pacientes en una correcta administración.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel de vital importancia dentro de la farmacia hospitalaria, ya que contribuye a un correcto funcionamiento en el almacenamiento, así como en la colaboración junto con el resto de personal (farmacéuticos y personal de enfermería) en los trabajos de

preparación, stock y caducidades, así como en la distribución y preparación de los medicamentos por los distintos servicios del hospital

Sobre todo en la preparación y distribución de los medicamentos en los distintos servicios del hospital.

El auxiliar si tiene alguna duda sobre la medicación a dispensar, se debe asegurar preguntando a sus superiores, ya que un error podría tener serias consecuencias.

6 Bibliografía

Funciones del Auxiliar de Enfermería en las distintas áreas o Servicios - T.C.A.E [Internet]. Auxiliar-enfermeria.com. [citado el 7 de mayo de 2021]. Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm.

Pubmed

Capítulo 32

LA SONDA VESICAL Y EL AUXILIAR DE ENFERMERIA, CLASIFICACION Y CUIDADOS

ULPIANA PINAR PINAR

MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA

MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO

JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO

ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA

1 Introducción

El sistema urinario es uno de los más importantes ya que es el encargado de crear, acumular y eliminar la orina mediante la micción que es el proceso mediante el cual la vejiga elimina la orina cuando esta está llena. En este sistema intervienen los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra. Los riñones son los que depuran los desechos de la sangre al producir la orina, sustenta la homeostasia, la estabilidad ácido básico y los niveles de presión arterial.

El sondaje vesical se define como una técnica estéril que es invasiva y consiste en la introducción de una sonda a través de la uretra hasta llegar a la vejiga, con el fin de obtener una vía para drenar la orina ya sea de manera permanente o temporal.

Cuando existe alguna patología o procedimiento quirúrgico, y el sistema urinario no realiza su cometido o requiere cuidados especiales, se utilizara el “Sondaje vesical”, permitiendo la salida de la orina.

Es importante saber que existen también diversas situaciones que contraindican la colocación de la sonda vesical como por ejemplo: los pacientes que presenten alguna heridas en la propia uretra que puedan estar relacionadas con traumatismos previos o incluso intentos de colocación de sondas y en pacientes que se encuentren ante un cuadro de prostatitis aguda.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es definir y conocer los tipos de sondaje vesical y el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo se realizó una revisión bibliográfica y se utilizaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, Medline, siguiendo una serie de pasos consistentes en búsqueda de información en libros y consulta de artículos científicos de publicaciones revisadas.

4 Resultados

En este capítulo destacamos que hay varios tipos de sondaje, y pueden ser divididos en 2 grupos:

- Sondaje intermitente: este tipo de sondaje se utiliza cuando hay incontinencia por daño en la médula o en los nervios que controlan el vaciado de la vejiga durante la micción. Este tipo de sondaje y según la capacidad de la vejiga y el volumen diario de orina, puede ser realizado por el propio paciente. Suelen ser 3 o 4 sondajes cada día.
- Sondaje permanente: en este tipo de sondaje el catéter se insertará durante un tiempo definido o indefinido según lo indique el médico, aunque necesitará un cambio el material utilizado en la sonda.

Según su duración, encontraremos: permanente de larga duración, permanente de corta duración e intermitente.

- Permanente larga duración: mayor de 30 días.
- Permanente corta duración: menor de 30 días.

- Intermitente: se realiza con una frecuencia de 6-8 horas.

La clasificación de sondas las podemos clasificar según:

- Material: pueden ser de látex, de silicona, poliuretano o PVC.
- Número de luces: disponer de 1, 2, 3 luces.
- Punta de la sonda: curva, recta, en forma de hongo, acodada, ojival.
- Calibre: varía desde 8 a 30 CH. Normalmente utilizamos de modo calibre 8CH para niños, y 14-18 para adultos.
- Longitud: 41 cm es la medida estándar, aunque para mujeres y niños pueden ser más cortas.

Las posibles complicaciones que pueden surgir son:

- que el globo de la sonda no se desinfla, esto sucede por el mal funcionamiento o por colapso del mismo.
- Hemorragia ex vacuo, surge por el rápido vaciado de la vejiga.
- Sonda arrancada accidentalmente, aparece con hemorragia y puede provocar estenosis uretral.
- Falsa vía, ocurre por rotura de la uretra, provoca dolor hemorragia e incluso infección.
- Hematuria después del sondaje, la técnica de colocación puede provocar alguna herida de diferente consideración.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico Auxiliar de Enfermería junto con la enfermera son quien realizará el “Sondaje Vesical”, siempre se debe preparar el material para llevarlo a cabo, lavar la zona con agua y jabón, ayudando en la técnica de colocación del paciente y nunca debe olvidar anotar el tipo, número de sonda, la fecha de colocación, hora y motivo del mismo.

Además de esto debemos saber reconocer cuáles son las contraindicaciones que hay ante esta técnica. Entre ellas destacamos las heridas en la uretra, pacientes aquejados de prostatitis aguda, etc.

Para concluir el auxiliar de enfermería debe estar totalmente formado y capacitado para realizar esta técnica y así conocer sus cuidados para en caso de llevarla de forma intermitente poder enseñar al paciente a ponérsela y quitársela cuando lo necesite.

6 Bibliografía

www.medlineplus.gov

www.fisterra.com

Capítulo 33

LA FOTOTERAPIA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS AL NEONATO

ULPIANA PINAR PINAR

MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA

MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO

JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO

ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA

1 Introducción

La ictericia neonatal es una enfermedad, la cual requiere de una atención médica más atenta y especial y es el síndrome que se dan con más frecuencia en el período neonatal. Este tipo de patología se suele desarrollar en la primera semana de vida, lo que hace que aumente la incidencia en aquellos pacientes que son prematuros hasta más de un 80%.

La fototerapia se define como una de las técnicas, que se suelen utilizar principalmente en la unidad de neonatos y que se utiliza para la disminución de los niveles de bilirrubina en el recién nacido a término. Es una de las técnicas más sencillas, la cual consiste en la aplicación de una luz a una distancia de unos 30-40 cm más o menos de la superficie corporal desnuda del recién nacido.

El porcentaje entre los neonatos de padecer la ictericia neonatal es de 50-70% en los y en los recién nacidos prematuros, en los cuales se aumenta de una forma considerable la probabilidad de que la lleguen a sufrir. La fototerapia es un tratamiento que más se practica en los neonatos, este se hace sobre la piel desnuda del recién nacido, en el cual se le aplica una irradiación de la luz, lo que hace al neonato es proporcionarle la eliminación de la bilirrubina a través de las heces y de la orina.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la aplicación de fototerapia a un neonato.

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

La patología de la ictericia neonatal está causada por la acumulación de bilirrubina en la sangre, debido a una serie de alteraciones metabólicas, las cuales están causadas por diferentes factores. En caso de no padecer ninguna patología previa a esta, en la mayoría de los recién nacidos, la ictericia se trata de una situación leve y es algo meramente fisiológica.

La fototerapia tiene que ser prescrita por el personal médico e indicada cuando existe un aumento fuera de lo normal en la concentración de bilirrubina. La luz ayuda a la metabolización de la bilirrubina no conjugada en bilirrubina conjugada, lo que permite que un recién nacido lo expulse a través de la orina y heces. La ictericia neonatal se suele dar en las primera semanas de vida de los recién nacidos, este tipo de patología se suele dar en los casos en los cuales no existe una correcta ingesta de leche el tránsito intestinal, lo que hace que se vea disminuido, elevando la reabsorción de bilirrubina. Cuanto mayor es el número de tomas de

los bebés durante los primeros tres días, mayor es el número de deposiciones y menor la cifra de bilirrubina.

Entre los cuidados y procedimientos de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante el tratamiento de la fototerapia, nos encontramos los siguientes:

- Monitorizar de forma continua al neonato para control de constantes.
- El procedimiento y el beneficio de mantener el niño el mayor tiempo posible en contacto con la fototerapia se le debe explicar a los padres.
- El neonato recibirá la higiene diaria y evitaremos poner ninguna crema en el cuerpo debido a que puede producirse riesgo de quemaduras, además se mantendrá la temperatura adecuada, cambios posturales y controles.
- Comprobar el equipo siempre antes de su uso.
- El neonato no tiene que llevar ropa y se le debe poner protección en los ojos opaca la cual tenemos que comprobar que no obstruye ni oprime las fosas nasales y pañal en cada toma de alimento.
- Debemos hacer que, entre la lámpara y el techo de la incubadora, exista una distancia como mínimo de 5-8 cm para impedir su sobrecalentamiento.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia la detección precoz, debido a su gran afección, para evitar que surjan unas mayores complicaciones que pueden llegar a ser más graves y pueden ocasionar daños cerebrales con resultado de parálisis, pérdida auditiva, problemas en la visión, e incluso llegar a provocar una discapacidad intelectual. Por eso el trabajo que desempeña un Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería (TCAE), es de vital importancia ya que proporciona unos cuidados fundamentales y óptimos a los recién nacidos, en cuanto a la detección y prevención de los signos y síntomas que se puedan derivar de la ictericia neonatal en los recién nacidos.

6 Bibliografía

www.dialnet.org
www.scielo.org

Capítulo 34

LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

BEATRIZ COLLADO RUIZ

VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO

CELIA CALERO MATAS

GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA

1 Introducción

Dentro de la Salud Mental los trastornos de la conducta alimentaria exigen una mayor especialización de los sanitarios de la psiquiatría. La mayoría de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas poseen un servicio especializado en estas enfermedades dentro las unidades de psiquiatría.

Esta subespecialización se debe a la complejidad de la propia patología, el tratamiento es una combinación de psicoterapéutico y psicofarmacológico de forma intensiva en casi todos los casos, cosa que no ocurre en otros campos de la salud mental.

El abordaje de algunos pacientes se va a hacer desde el punto de vista nutricional por lo que se debe contar con otro tipo de profesionales con los que se estará

en coordinación. Con esto se quiere decir que existe una red de profesionales implicados que va más allá de los propios de la salud mental.

Será el psiquiatra de esta unidad el que planifique la intervención más adecuada para el paciente. Siendo el equipo de enfermería y resto del personal no sanitario el que la ejecute.

En los últimos años, debido a la incidencia de la enfermedad en las sociedades europeas se han dedicado muchos estudios para analizar esta enfermedad por ello los sanitarios están cada vez más formados en este campo.

Este tipo de enfermedad se considera de alta gravedad debido a sus altos índices de morbilidad y cronificación del trastorno. Afecta en su gran mayoría a adolescentes y en algunas ocasiones deriva en otras patologías mentales dando lugar a patología dual. Se debe incidir desde el ámbito de la prevención.

La gravedad de los trastornos de la conducta alimentaria queda representada en los elevados índices de morbilidad, cronificación del trastorno, y la proliferación de casos subclínicos especialmente entre la población adolescente. Esta situación lleva a una evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria como "realidades clínicas de gran resonancia sociosanitaria", y obliga a preguntarnos por el papel del sistema sanitario y de otros actores sociales en la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

2 Objetivos

- Realizar una aproximación a los conocimientos de los trastornos de la conducta alimentaria que realiza el equipo multidisciplinar.
- Distinguir entre las causas, los síntomas, la evolución y recuperación de estos trastornos.

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, recopilando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas recientemente.

Se excluyeron artículos publicados antes del año 2000. En dicha revisión, se incluyeron artículos que contenían en el título al menos dos de las palabras clave. Palabras claves: psiquiatría, salud mental, trastorno de la alimentación y enfermedad mental.

4 Resultados

La unidad de los trastornos de la conducta alimentaria es una unidad sanitaria que ofrece un tratamiento que va más allá de la hospitalización. Se trata de enfocar la enfermedad y su tratamiento desde la corriente psicológica cognitivo-conductual.

Desde los aspectos conductuales, se utilizan técnicas para favorecer la desaparición de lo anómalo como los malos hábitos de alimentación que van desde los atracones a la purga.

Desde lo cognitivo, se lucha por trabajar con las creencias irracionales relacionadas con la alimentación y la ingesta de alimentos.

En relación con la forma de abordar el trastorno en menores se cuenta con el apoyo de un familiar, pero se intenta que sea el menor el que se responsabilice de su propia recuperación. Dicha rehabilitación tarda desde meses a años en recuperarse con un seguimiento durante largo tiempo debido a que se cronifican los trastornos.

Se deben planificar una serie de objetivos con los pacientes en base al funcionamiento de las unidades de trastorno de la conducta alimentaria.

Generar pautas de alimentación adecuadas para recuperar el peso y la condición física, con el objetivo de restaurar el peso y mejorar la condición física del paciente.

Disminuir hasta eliminar las purgas y los atracones.

Modificar las falsas creencias sobre peso y alimentación.

Hacer desaparecer la sintomatología asociada.

Reforzar las relaciones sociales y del entorno junto con las familiares.

Revenir las recaídas.

Seguir con un seguimiento a posteriori de las recuperaciones.

La anorexia nerviosa es la patología más conocida dentro de los trastornos de la conducta alimentaria y la que tiene mayor dificultad de comprensión. Es una dolencia severa que puede llegar a provocar la muerte. Suele comenzar en la pubertad caracterizándose por el ayuno y el temor a coger peso que conlleva la disminución de la ingesta con problemas somáticos y psicológicos. Tiene tendencia a permanecer y suele afectar más a las mujeres que a los hombres.

Otra patología es la bulimia nerviosa que se caracteriza por episodios regulares de ingestas de alimentos exagerada con una falta de control sobre ella seguido de un proceso de purga a escondidas a través de vómitos, diuréticos etc... Normalmente, se mantiene el peso. Es el círculo del atracón versus purga.

Por último, el trastorno del atracón en el que la persona que lo padece no tiene control sobre su alimentación por lo que padecen sobrepeso u obesidad. Presentan un sentimiento de culpa y vergüenza ya que pueden padecer enfermedades cardiovasculares por la obesidad.

Estos son los trastornos más conocidos y generales que pueden encontrarse en las unidades de trastornos de la conducta alimentaria. Suelen aparecer en la adolescencia o al principio de la madurez. Suelen afectar como se ha comentado anteriormente a las mujeres mayoritariamente.

Los hombres que padecen estos trastornos comienzan con una distrofia muscular para aumentar su masa muscular a posteriori presentan los mismos signos y síntomas que las mujeres.

5 Discusión-Conclusión

Durante este capítulo se ha tratado de mostrar las diferentes estrategias de los profesionales que intervienen con las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria. Esto es un problema social que cada adquiere mayor relevancia y por ende para el sector sanitario.

Existe una mayor demanda de estos servicios que implica un mayor número de recursos, tiempo, formación de profesionales, etc. esto provoca que se considere una de las prioridades del sistema de salud mental.

Se trata de una enfermedad con varias causas por lo que se deben generar estrategias de cooperación y prevención desde las instituciones sanitarias y desde las sociales. En muchas ocasiones, los medios de comunicación desarrollan una labor educativa muy importante creando bases firmes para la prevención, aunque en contrapartida pueden provocar el efecto contrario.

Dentro del sistema sanitario se han generado circuitos para una mejor asistencia de los pacientes con estos problemas alimentarios. Es muy importante seguir trabajando en este campo, ya que estas enfermedades tienden a la cronicación y recaídas por lo que se debe realizar un seguimiento al alta, desde su domicilio. El crecimiento de casos con trastorno de la alimentación en la sociedad exige un abordaje adecuado por parte de la salud pública para que se incluyan todos

los actores sociales que tienen relación con ella y poder generar herramientas de apoyo.

6 Bibliografía

1. <https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/unidades.cfm/ID/5153/ESP/programa-tratamiento-unidad-tca-.htm>.
2. <https://www.psiquiatraenmadrid.com/unidad/conductaalimentaria.html>.
3. Martínez-González MA y de Irala J: Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? Gac Sanit, 2003.

Capítulo 35

EL USO DE LA DOCUMENTACIÓN SANITARIA POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

BEATRIZ COLLADO RUIZ

VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO

CELIA CALERO MATAS

GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA

1 Introducción

Dentro de sistema sanitario las estructuras han ido creciendo y haciéndose más complejas generando grandes gigantes hospitalarios que solicitan una mayor atención clínica. Así, ha ido gestándose medios para que haya ordenación, coordinación y se priorizan las actividades en la función asistencial para que existan una atención integral al paciente/usuario.

En base a esto, se ha ido gestionando sistema de información que fuesen homogéneos, fiables y suficientes para los procesos y que marquen los diferentes indicadores de calidad, rendimientos, epidemiología, morbilidad, mortalidad o la

demanda de asistencia que permita siempre mantener el deber de secreto profesional al que el personal sanitario y no sanitario se ve implicado como parte de sus funciones y en base a su ética profesional.

Los profesionales sanitarios que se encuentran en la atención directa al paciente son los responsables de gestionar y tramitar dicha documentación para que se genere la información que se recoge en la historia clínica digitalizada.

La documentación clínica es ese conjunto de documentos clínicos y no clínicos que recogen toda la información objetiva, en caso de recoger información subjetiva se debe especificar, sobre la asistencia y la evolución clínica de los pacientes siendo el medio de comunicación entre todos los profesionales que conforman el sistema de salud de las diferentes Comunidades Autónomas.

Por último, se debe entender que la documentación clínica es la que se relaciona directamente con la función asistencial pero dentro de la Historia Clínica Digitalizada existen documentos clínicos y no clínicos.

2 Objetivos

- Definir el modelo de gestión de la historia clínica para los profesionales sanitarios para mejorar la asistencia.
- Proponer medidas para mejorar la gestión de lo existente.
- Evaluar la eficacia y eficiencia de los servicios prestados y su calidad.
- Ser cauce para generar comités de investigación de calidad y auditoria.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con búsqueda en las bases de datos digitales de scielo y dialnet, así como en el buscador Google académico, utilizando las palabras clave admisión, atención hospitalaria, documentación clínica e historia clínica

Asimismo, se han consultado textos legales y guías informativas publicadas por organismos oficiales. Como criterios de inclusión se han empleado: centros hospitalarios de España, idioma castellano y texto gratuito; de exclusión: trabajos publicados previamente al año 2002.

4 Resultados

Los servicios asistenciales de los centros hospitalarios dentro de sus funciones se encuentran la de facilitar el acceso a la historia clínica de forma ordenada y gestionarla para que quede reflejado todo el proceso asistencial de ese momento. Esta función tiene un carácter multidisciplinar, ya que todas las categorías profesionales tienen acceso a la misma en función de la misma, es decir, el facultativo accede a diferentes secciones de la historia digitalizada mientras que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería accede en base a lo que realiza.

Entre las diferentes funciones se pueden ver las siguientes:

- Reflejar la actividad asistencia para una mayor eficacia de los procesos.
- Facilitar la información y el acceso a la asistencia.
- Gestionar y adecuar la oferta y la demanda.
- Desarrollar el mantenimiento de los sistemas de información asistencial.
- Archivar las historias clínicas una vez terminado el proceso asistencial.
- Rellenar la historia clínica según avanza el proceso en base a las funciones del personal.

Se debe ir rellenando la historia clínica de tal manera que la atención especializada y la primaria tenga acceso para ir conociendo el proceso evolutivo del paciente y poder realizar una atención integral del paciente. Se trata del mejor sistema de coordinación entre los diferentes niveles de asistencia.

En todo momento, esta historia clínica debe reflejar los cuatro pilares de la bioética que son la no maleficencia, autonomía, beneficencia y justicia.

Si se rellena de forma adecuada en base a la normativa la historia clínica se puede observar un evolutivo del proceso o procesos asistenciales del paciente/usuario a lo largo de su vida. De aquí la importancia de la formación a la hora de rellenar la historia clínica digitalizada ya que desde el celador hasta el gerente del centro hospitalario cada uno puede acceder a la misma no sólo para rellenar la historia, sino para poder gestionar una adecuada atención en base a lo escrito por otros profesionales.

Cada historia clínica como base de la documentación sanitaria tiene un mínimo de documentación que debe contener que viene regulada por ley y al que todos los profesionales que trabajan en el ámbito de la sanidad se deben someter. Se han ido generando una serie de comités para poder homogeneizar lo que debe contener cada historia clínica al igual que la estructura de la misma para que los diferentes niveles asistenciales tengan la capacidad de poder visualizar y entender de forma rápida y correcta su contenido.

La historia clínica digitaliza es un conjunto de documentos vivos y abiertos que se

utilizan en un plazo de tiempo corto y que deben recoger la nueva información de la asistencia al paciente. El paciente tiene derecho de poder acceder a la historia clínica y debe solicitarlo por escrito y se le será entregada una copia. Todo ello en base a la confidencialidad. Las personas que podrán acceder a la historia serán aquellas que autorice el propio paciente y siempre en base a poder realizar un bien al mismo. Existe casos en los que se puede acceder al a historia clínica del paciente, pero suelen ser casos judiciales o de salud pública sin que el paciente autorice su acceso véase los casos que se están viviendo con la pandemia de la COVID-19.

En la actualidad, el acceso a la historia clínica viene a reducirse a los sistemas de salud de cada comunidad autónoma y se está trabajando para poder acceder a ella a nivel estatal pero aún queda por hacer. Pese a ser de cada comunidad, la atención debe recibirse en todo el ámbito nacional y el acceso a los productos farmacéuticos se hace con la tarjeta sanitaria sin ningún tipo de problemas en todo el territorio nacional.

5 Discusión-Conclusión

La historia clínica ha sido la base para una atención integral al paciente/usuario de nuestro sistema sanitario. Es un documento que engloba todo el proceso asistencial de la persona, es lo primario y ha ido adquiriendo una importancia relevante gracias a la Historia Clínica Electrónica por la que cada profesional tiene acceso a la misma en función de su categoría profesional.

Sin esta forma para gestionar la historia clínica, el sistema sanitario tendría serios problemas, pero gracias a este método se ha ido avanzando en y mejorando a la hora de elaborar este tipo de archivos para la recogida de datos estructurada de los datos de la atención.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica. 2010.
2. M.L. Tamayo Canillas, R. Romero Serrano. Gestión Hospitalaria: Servicios de Admisión y Documentación Clínica. 2011.
3. S. Sañudo García, T. Paniagua Tejo, J.J. Jiménez González, A.B. Hernández Sánchez, M.J. Briz Fraile El sistema de información de un hospital: nuevo camino en la mejora de su disponibilidad y transparencia. 2016 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. BOE núm. 274 de 2002.

Capítulo 36

LA NUTRICIÓN ENTERAL EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

BEATRIZ COLLADO RUIZ

VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO

CELIA CALERO MATAS

GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA

1 Introducción

La nutrición enteral forzada está aconsejada a los pacientes críticos o de intensivos debida a su situación de inestabilidad hemodinámica del mismo, el propio diagnóstico o los procedimientos terapéuticos que precisa el paciente ingresado en las unidades de cuidados intensivos que suele ocasionar estados de malnutrición con un aumento de la mortalidad en la mayoría de los casos según los estudios.

En caso de que su sistema digestivo lo permita, la nutrición enteral es la forma más fisiológica de administración de nutrientes de forma artificial, aunque en

algunos casos puede tener algunas complicaciones de las que se habla en este capítulo.

La nutrición enteral es una técnica invasiva que se utiliza para alimentar al paciente crítico. Pese a ser la alimentación más utilizada, se ha observado que presenta una serie de complicaciones en base al tiempo que se administra al paciente. Una sonda nasogástrica es una especie de tubería flexible que suele ser de poliuretano, siendo introducida por la nariz, habitualmente. Suele llegar hasta estómago a través del esófago. De esta manera a través del tubo se alimentan a los pacientes que tienen esa capacidad conservada, pero tienen problemas para deglutir o están intubados.

Las complicaciones de la nutrición enteral se engloban en cuatro grupos: mecánicas, infecciosas, metabólicas y gastrointestinales.

2 Objetivos

- Analizar y reflexionar las diferentes complicaciones de la nutrición enteral en los pacientes críticos.
- Conocer los beneficios de esta técnica de nutrición.

3 Metodología

Para la elaboración y desarrollo del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en cualquier tipo de soporte ya sea papel o digital.

Se ha realizado una búsqueda sistemática y profunda de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, así como de estudios cualitativos y cuantitativos.

Palabras clave: nutrición enteral, complicaciones de la nutrición enteral, cuidados, alimentación y nutrición.

4 Resultados

Es una técnica de aportar nutrientes mediante fórmulas definidas directamente al sistema digestivo que puede hacerse a través de la vía oral cuando el aporte es superior al 50% de las necesidades del paciente y también por medio de sondas nasointestinales u ostomías.

La nutrición enteral no está indicada para pacientes que tienen paralizado el sistema digestivo o con algún problema como una obstrucción intestinal.

Este tipo de alimentación es mucho más fisiológica que la nutrición parenteral, mantiene el efecto barrera y puede aportar los nutrientes específicos y no atrofia el sistema intestinal evitando los riesgos de una sepsis como pasa en la nutrición parenteral.

Las sondas flexibles tienen el problema de ser más difíciles de introducir por ello se han creado sondas con fiadores, para evitar los problemas de colocación como bucles o acodaciones, siendo estos fiadores rígidos de materiales variados.

Algunas sondas de nutrición tienen un pequeño lastre para que estén lleguen al duodeno y se utilizan en pacientes críticos, aunque están en desuso por la incomodidad al paciente.

Las sondas nasogástricas tienen varios orificios de salidas y diferentes terminaciones según la patología o problema a tratar vienen indicadas por el facultativo. La técnica de colocación precisa el uso: sonda nasogástrica, guantes, jeringa de alimentación, gasas, lubricante, fonendoscopio y esparadrapo hipoalergénico. El paciente debe permanecer sentado en la posición de semifowler, se le informa previamente de la técnica a realizar y se le pide colaboración, se mide con la sonda desde la nariz al lóbulo de la oreja y luego a la apófisis xifoides para calcular la longitud de la sonda a introducir. No debemos olvidar el lavado de manos antes de realizar la técnica.

Este tipo de técnica se le aplica al paciente por medio de una sonda nasogástrica o nasoenterica, en las unidades de críticos las complicaciones que suelen aparecer son las siguientes:

- Aumento del residuo gástrico: suele ser la más común. Si el residuo es superior a 200 ml existe un problema y debemos paralizar la nutrición hasta reiniciarla de nuevo poco a poco.
- Estreñimiento: es menos frecuente que la diarrea, aunque no existen criterios claros para definir los días en que los pacientes de intensivos deben estar sin realizar deposiciones para determinar estreñimiento. Esta complicación es muy discutida, aunque puede deberse a la falta de fibra en su dieta, el uso de determinados fármacos como la morfina y alteraciones en el peristaltismo intestinal.
- Diarrea: si el paciente presenta entre dos y cinco deposiciones diarias de gran cantidad se debe volver a ajustar la nutrición e incluso en muchas ocasiones añadir una nutrición con fibra o disminuir el volumen a perfundir.
- Vómitos: Esta complicación suele aparecer cuando existen problemas en el esfínter esofágico con lo que al no cerrar adecuadamente se produce el vómito. Se debe suspender la nutrición por el riesgo de broncoaspiración.

- Regurgitación de la dieta: en muchas ocasiones se debe a la colocación o descolocación inadecuada de la sonda digestiva por ello se comprueba con una radiografía. distensión abdominal: se produce por un desequilibrio entre el aporte de nutrientes y la capacidad de funcionamiento del sistema digestivo. Esto se hace más acuciante si la alimentación es intrayeyunal. Cuanto más inestable se encuentra el paciente mayores probabilidades tiene de padecer este problema.
- Broncoaspiración: Por norma general, el paciente que entra en estas unidades suele recibir ventilación mecánica por lo que la vía aérea está siempre abierta permitiendo en algunas ocasiones que la nutrición enteral pase al aparato respiratorio provocando una broncoaspiración y posterior neumonía en muchos casos.
- Extracción de la sonda: En muchas ocasiones debido al estado de agitación y confusión del paciente, se suelen arrancar la sonda.
- Úlcera iatrogénica: En la aleta de la nariz, debido al tiempo de estancia de los pacientes en la unidad de intensivos, suelen aparecer este tipo de úlceras. Se debe proteger la zona adecuadamente.
- Obstrucciones de la sonda: Prevención con un lavado de 30 a 60 ml, de agua cada vez que sea necesario entre 4 o 6 horas. Las dietas hipercalóricas favorecen estas complicaciones.
- Dolor abdominal: Las causas en muchas ocasiones es el aumento de la ingesta por lo que se debe reducir o una disminución de los movimientos peristálticos.
- Hiperglucemia o hipoglucemia: Esto se debe al tipo de alimentación que se utiliza por ello el control de la glucemia se hace necesario cuando los pacientes tienen la nutrición enteral.

Se puede hablar de nutrición a corto plazo si es inferior a 4-6 semanas la administración vía enteral y de largo plazo si supera las 6 semanas. Cuando esta nutrición se perpetua se aconseja la realización de una gastrostomía endoscópica percutánea que permite la nutrición directamente al estómago evitando que el paciente tenga que llevar la sonda en la nariz. El paciente va a sentir mayor confort. Administración a corto plazo vs. largo plazo Tradicionalmente se considera corto plazo el soporte

Existen varios tipos de sondas según la patología o problema a tratar:

- Sondas nasogástricas.
- Sondas nasoduodenales.
- Sondas nasoyeyunales.
- Sondas de gastrostomía o yeyunostomía.
- Sondas de acceso duodenal o yeyunal.

Por otro lado, la administración de la alimentación se puede hacer con comida tradicional en dieta turmix o en los preparados farmacéuticos que se administra

en bolos, por gravedad o por sistema de bomba.

5 Discusión-Conclusión

La nutrición enteral es una técnica invasiva de alimentación lo más fisiológica posible por ello se debe promover y luchar por instaurarla en el paciente tratando de solucionar los problemas que genera. En determinados pacientes es un tipo de nutrición que llega a perpetuarse sobre todo en pacientes con problemas de conciencia o neurológicos.

Las complicaciones de la nutrición enteral son muchas por ello se debe mantener una atención adecuada y formación para poder atender al paciente. En este caso, nos centramos en el paciente crítico por lo que es necesario una atención y observación continua.

Esta nutrición trae a la larga muchos más beneficios que problemas, ya que mantiene el funcionamiento del sistema digestivo y urinario frente a la nutrición parenteral que no mantiene el funcionamiento del sistema digestivo.

El paciente mantiene el aporte de nutrientes adecuado gracias a este tipo de nutrición que puede llegar incluso a lograr recuperar el estado nutricional del mismo. Puede llegar a facilitar una respuesta adecuada a la enfermedad que padece el paciente.

Dentro de los sistemas sanitarios se prima este tipo de alimentación por ser más seguro y más económico que la nutrición parenteral incluso se utiliza en pacientes crónicos que se encuentran en el domicilio. Esto no puede realizarse con la nutrición parenteral porque conlleva unos conocimientos y cuidados específicos.

6 Bibliografía

1. REVISTA "MEDICINA INTENSIVA" Vol. 25. Núm. 4. páginas 152-160 (Abril 2001) Complicaciones gastrointestinales de la nutrición enteral en el paciente crítico. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-nutricion-ental-13038580>.
2. 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 37

COMPONENTES Y TIPOS DE CAMA HOSPITALARIA

ANA CRISTINA VIÑUELAS

1 Introducción

La cama hospitalaria de reunir una serie de características. Esta debe ser de fácil acceso y traslado. Dispondrá de ruedas. El ancho será de 90-105cm, el largo 190-200cm y su altura sin colchón será 70cm. Debe ser de material liso y romo para su facilidad a la hora de limpieza. Dispondrá de cabecero que deberá estar en contacto con la pared y piecero plegable. Esta cama debe estar 3 de sus lados libres. Nunca estará situada cerca de ventanas y puertas para evitar corrientes de aire y alejada de la taquilla. El somier puede estar dividido en uno, dos o tres segmentos móviles. Podrá manejarse con mando eléctrico o manivela. Contendrá un tipo de colchón dependiendo de la patología del paciente siendo el más utilizado el de espuma, que contiene unos cuarenta a cincuenta bloques lo que permitirá diferentes presiones en la anatomía corporal del paciente. Existen otros tipos de colchones: esferas fluidicadas, antiescaras, de agua, de agua con bolas de poliuretano, goma con tubos siendo el más eficaz el de látex por su coste no es el más usado pero este sería el mejor debido a su buena base de reposo. Se pondrá lencería preferentemente amplia, blanca y de algodón. Debe disponer de: cubrecolchón, sábana bajera, encimera, entremetida, hule impermeable, colcha, manta, funda de almohada y almohadón. Dependiendo de su utilidad no podemos encontrar: cama cerrada (está vacía a la espera de un nuevo paciente), cama abierta (donde se encuentra paciente pero en esos momentos no se encuentra dentro), capa ocupada (paciente dentro de ella), cama quirúrgica (para recibir al

paciente operado pero no es la definitiva). Los tipos de cama que podemos encontrar son los siguientes:

- Cama metálica
- Cama articulada
- Cama ortopédica
- Cama electrocircular
- Cama roto-rest
- Cama Gath
- Cama de volteo
- Cama libro
- Cama oscilante
- Cama Singer-nelson
- Cama Bandeloux
- Cama Sanders
- Incubadora
- Camas de exploración. Que son camilla rígida o articulada.

2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos y componentes de las camas hospitalarias.

3 Metodología

Para la producción de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de grandes libros y se han inspeccionado varios y diferentes artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, eligiendo artículos científicos procedentes de varias publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como resultado de este estudio hemos valorado que los técnicos en cuidados de enfermería (TCAE) han de analizar cada uno de los detalles específicos en los apartados anteriores. Para tener en cuenta que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe saber y formarse en los tipos y realizaciones de cama, de que consta y de que se compone la cama hospitalaria para a la hora de su realización saber distinguir y poder seleccionar el tipo adecuado de cama para poder preparar

ante el nuevo ingreso sabiendo la patología o patologías que este paciente presenta o puede presentar a lo largo de su estancia. Para proceder a la realización de la cama hospitalaria del paciente se tendrá que valorar según las necesidades que en cada momento precise o pueda precisar en cualquier situación. Por ejemplo: De movilización (se puede manejarse por si solo, pero necesita una pequeña ayuda de cuidador, y sea por falta de algún miembro o porque contenga algún tipo de dispositivo que le dificulte su deambulación en la cama), inmovilización (grandes quemados, politraumatizados, lesiones medulares) riesgo de poder padecer o ya contempla úlceras por presión, o si es un bebé, si se va a realizar una exploración, o viene de quirófano. Todo ello nos dirá la opción correcta del tipo y características de cama que tendremos que tener en cuenta para determinar la realización de ella para saber si esta cama está ocupada, vacía, viene de quirófano o nuevo ingreso. Nos dará un confort y buena adaptación en el paciente que intervendrá al tiempo de su recuperación, ya que con ello evitaremos más patologías de las ya existentes para no prolongar más de lo necesario su asistencia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Después de haber conocido las diferentes características y tipos que puedan acaparar la cama hospitalaria, el TCAE tendrá que tener en cuenta todo lo anterior mencionado, asumiendo que determinara las opciones a la hora de elección de la cama, según el tipo de patología que presente el nuevo paciente/usuario donde el técnico en cuidados de enfermería debe conocer su sintomatología para saber que debe preparar y valorara su estado continuamente por si necesitará un cambio de cama o otros accesorios de esta. Observaremos sobre todo el estado de su piel, arrugas en la cama, su posición anatómica que no se larga duración la misma, que no haya humedad ni en la piel, ni en la lencería.

6 Bibliografía

1. <https://ortoprono.es/blog/equipamiento-para-el-hogar/tipos-de-camas-hospitalarias-y-para-que-sirven/>.

Capítulo 38

RECORDATORIO DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE TERMOTERAPIA

MARIA LUZ CALVO RUIZ

1 Introducción

Son técnicas que aplicando calor o frío con diferentes aparatos o dispositivos pueden aliviar el dolor. Pero no curarlo. Siempre manejado por un profesional sanitario, ya que por una mala aplicación puede ocasionar quemaduras o congelaciones en el paciente. Tendremos que valorar el grado de tolerancia de este paciente. En los ancianos y niños tienen menor tolerancia. tendremos en cuenta la zona donde lo vamos a aplicar, ya que hay zonas más sensibles que otras. Mirar si toma medicamentos que puedan excluir estos tipos de tratamientos. Y sobre todo controlaremos el tiempo de exposición de este tratamiento. Saber que la temperatura corporal del ser humano no es uniforme que le afecta tanto la temperatura ambiental como la interna. La temperatura interna deberá estar entre 36,5°C- 37°C y no es constante puede variar. Debemos saber que la temperatura rectal es la más exacta y que la temperatura superficial y la profunda varía entre 5 a 10°C. Podremos obtener calor mediante lo que llamamos termogénesis por ejemplo con la contracción muscular, la piloerección o disminuyan la sudoración y para la pérdida de calor lo que denominamos termólisis por ejemplo con aumento de la sudoración, aumentando la circulación sanguínea a nivel periférico, favoreciendo la pérdida de calor.

2 Objetivos

Dar a conocer la termoterapia y la importancia del papel del TCAE en la misma.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha invertido una revisión bibliográfica intensa de grandes libros y se han inspeccionado varios y diferentes artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, eligiendo artículos científicos procedentes de varias publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como resultado de este gran proceso de estudio los técnicos en cuidados de enfermería (TCAE) debemos conseguir en nuestro paciente o usuario dependiendo de las características de su patología diferentes objetivos, que pueden variar y ser modificados en las distintas sesiones que pueda precisar a lo largo de su tratamiento, según el método de acción que elijamos y su elección del tratamiento dependerá de diferentes factores que contenga nuestro propio paciente. Como por ejemplo: En algunos pacientes con inflamación subaguda o crónicos (artrosis, artritis reumatoide ,hinchazón muscular) Conseguiremos un efecto antiinflamatorio, en persona con contracturas musculares será descontracturante y antiespasmódicos si se trata de un paciente que contenga contracturas de musculatura lisa, en otras situaciones pueden presentar osteoarticulares y neuríticos que con los diferentes procedimientos harán un efecto de nivel analgésico y sedante, incluso se pueden beneficiar los pacientes que tengan un déficit de circulación sanguínea, en procesos de infecciones y en proceso de cicatrización, ya que puede mejorar cada uno de estos aspectos. Controlaremos constantemente la temperatura y tiempo de exposición de dicho tratamiento a aplicar, inspeccionando la zona donde se está aplicando el tratamiento. Valoraremos sobre todo la tolerancia de este tratamiento preguntado repetidamente al paciente preguntas cerradas. Como por ejemplo: ¿Te quema? ¿Aguantas esta temperatura? ¿Alargamos un poco más de tiempo?, etc.

Controlan la respuesta de la región donde se está tratando en el cuerpo del paciente: que no podamos provocar ningún tipo de quemadura o bien por calor o congelación. Para ello vigilaremos los efectos tanto locales(hiperemia, aumento de sudoración, disminución de sensibilidad, relajación muscular, analgesia local)

y los sistémicos (aumento de la temperatura corporal del organismo, sedación y relajación, Hipotensión, Aumento de eliminación de los desechos, etc.).

5 Discusión-Conclusión

Como resultado de esta información y aplicando los distintos procesos en mi ser. La repuesta ante estos tratamientos de forma subjetiva experimentado una magnífica y beneficiosa repuesta sobre todo a nivel de relajación muscular, aliviándose la fatiga, ansiedad y estrés contenido. Con estos tipos de tratamientos conseguiremos como Técnicos de cuidados auxiliares de enfermería evitar o aliviar contracturas, espasmos, reducir el estrés, ansiedad ,artritis etc. y como concepto principal que no es un sistema curativo sino aliviativo. Sobre todo a la hora de aplicar el técnico de cuidados auxiliares de enfermería controlará y tendrá en cuenta los siguientes apartados: edad y raza del paciente. zona a tratar (tanto extensión como sensibilidad), Medicamentos que tome en ese momento que contraindique estos tipos de procedimientos. Y control de tiempo de exposición del tratamiento.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/aplicacion-terapeutica-de-frio-y-calor/>
https://www.girodmedical.es/blog_es/crioterapia-los-beneficios-del-frio-y-del-calor-en-el-cuerpo-humano/
<https://cofzaragoza.org/aplicacion-de-frio-vs-calor-cuando/>
<http://www.ugtcyl.es/prevencion/archivos/medicina/calor-cuerpo-humano.pdf>

Capítulo 39

LA DEPRESIÓN EN PERSONAS CON ALZHEIMER

ELIA FUNES RUIZ

ANGELA MARIA BOLADO TIZON

1 Introducción

La depresión en personas con Alzheimer es un problema común pero a menudo subdiagnosticado. La enfermedad de Alzheimer es una forma de demencia que afecta a la memoria, el pensamiento y el comportamiento. A medida que la enfermedad avanza, las personas con Alzheimer pueden experimentar cambios en su estado de ánimo, incluyendo sentimientos de tristeza, ansiedad y desesperanza. La depresión en personas con Alzheimer se caracteriza por una tristeza persistente, pérdida de interés en actividades que solían disfrutar, cambios en el apetito y el sueño, y dificultad para concentrarse. También pueden experimentar sentimientos de culpa o vergüenza, y pueden tener pensamientos de muerte o suicidio.

La depresión en personas con Alzheimer puede ser causada por varios factores, incluyendo el estrés y la ansiedad relacionados con la enfermedad, el aislamiento social y la pérdida de habilidades. También pueden estar relacionados con los cambios en el cerebro que ocurren con la enfermedad de Alzheimer.

El tratamiento de la depresión en personas con Alzheimer puede incluir terapia, medicación y cambios en el estilo de vida. La terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP) son dos tipos de terapia que se han utilizado con éxito en personas con Alzheimer y depresión.

Los medicamentos antidepresivos también pueden ser útiles, pero deben ser utilizados con precaución debido al riesgo de interacciones con otros medicamentos que pueden estar siendo utilizados para tratar la enfermedad de Alzheimer. Es importante que las personas con Alzheimer y sus cuidadores reciban apoyo y orientación para ayudar a manejar los sentimientos de tristeza y ansiedad que pueden surgir con la enfermedad. El apoyo de amigos y familiares, así como la participación en actividades y grupos de apoyo, pueden ser especialmente útiles.

2 Objetivos

- Identificar la prevalencia de la depresión en personas con Alzheimer y analizar los factores asociados a ella.
- Evaluar los efectos de diferentes intervenciones, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y los medicamentos antidepresivos, en la mejora de los síntomas de depresión en personas con Alzheimer.
- Desarrollar estrategias de intervención efectivas para el tratamiento de la depresión en personas con Alzheimer, enfocadas en mejorar la calidad de vida de estas personas y de sus cuidadores.
- Promover una mayor conciencia sobre la depresión en personas con Alzheimer y la importancia del diagnóstico y tratamiento adecuado.

3 Metodología

Para este trabajo se ha utilizado estudios de casos, encuestas y análisis estadísticos para identificar la prevalencia y factores asociados a la depresión en personas con Alzheimer. También se ha buscado en revistas ,libros cualificados, e información en distintas páginas de internet.

4 Resultados

La depresión en personas con Alzheimer es un problema común y subdiagnosticado, que afecta significativamente la calidad de vida de estas personas y sus cuidadores.

Se ha identificado que una de las principales causas de la depresión en personas con Alzheimer es el estrés y la ansiedad relacionados con la enfermedad. A me-

dida que la enfermedad avanza, las personas con Alzheimer pueden experimentar pérdida de habilidades, aislamiento social y cambios en su entorno, todo lo cual puede contribuir a sentimientos de tristeza, ansiedad y desesperanza.

La depresión en personas con Alzheimer se caracteriza por una tristeza persistente, pérdida de interés en actividades que solían disfrutar, cambios en el apetito y el sueño, y dificultad para concentrarse. También pueden experimentar sentimientos de culpa o vergüenza, y pueden tener pensamientos de muerte o suicidio.

La depresión en personas con Alzheimer puede ser tratada con intervenciones terapéuticas, medicación y cambios en el estilo de vida. La terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP) son dos tipos de terapia que se han utilizado con éxito en personas con Alzheimer y depresión.

Los medicamentos antidepresivos también pueden ser útiles, pero deben ser utilizados con precaución debido al riesgo de interacciones con otros medicamentos que pueden estar siendo utilizados para tratar la enfermedad de Alzheimer.

Además, es importante que las personas con Alzheimer y sus cuidadores reciban apoyo y orientación para ayudar a manejar los sentimientos de tristeza y ansiedad que pueden surgir con la enfermedad. El apoyo de amigos y familiares, así como la participación en actividades y grupos de apoyo, pueden ser especialmente útiles.

En conclusión, la depresión en personas con Alzheimer es un problema común que afecta significativamente la calidad de vida de estas personas y sus cuidadores. Es importante que las personas con Alzheimer reciban un diagnóstico y tratamiento adecuado para ayudarles a manejar los sentimientos de tristeza y ansiedad que pueden surgir con la enfermedad.

Con el tratamiento adecuado y el apoyo de amigos y familiares, las personas con Alzheimer y depresión pueden mejorar su calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

El estudio sobre la depresión en personas con Alzheimer ha mostrado que la depresión es un problema común en esta población, con una prevalencia del 30-40%. Se ha encontrado que los síntomas depresivos son más comunes en las etapas tempranas e intermedias de la enfermedad, y que están asociados con una mayor discapacidad, peor calidad de vida y un mayor riesgo de institucionalización.

Además, se ha observado que la depresión puede ser un factor desencadenante

o un efecto secundario de la enfermedad de Alzheimer, y que puede ser tratada con terapia cognitivo-conductual y medicación antidepresiva.

En general, se recomienda una evaluación temprana y regular de los síntomas depresivos en las personas con Alzheimer, así como un enfoque multidisciplinario para el tratamiento, que incluya la intervención de un psiquiatra, un enfermero, un trabajador social, un fisioterapeuta y un terapeuta ocupacional.

En resumen, se ha comprobado que la depresión es un problema común en personas con Alzheimer y requiere de una atención temprana para mejorar la calidad de vida de estas personas y reducir los riesgos asociados a la enfermedad.

6 Bibliografía

www.alz.org.

www.alzfae.org

www.alzheimer.es salud alzheimer.

Capítulo 40

BANDERAS ROJAS EN LA PROFESIÓN DE SANITARIOS

IRENE PONZ MARTÍNEZ

1 Introducción

En el abordaje de los pacientes, la primera acción a realizar dentro de la historia clínica es la anamnesis o entrevista clínica. Durante la entrevista clínica se recogen datos y antecedentes personales y médicos, posteriormente se realiza la exploración física, mental, cognitiva y social y por último se aplica el abordaje terapéutico.

Durante la anamnesis se recoge información sobre la causa de la consulta, características del dolor, antecedentes personales y médicos, tiempo de evolución de los síntomas, factores que contribuyen o factores que alivian y si está tomando medicación. El papel del profesional sanitario incluye la detección de signos y síntomas que pueden indicar una patología grave, lo que se llama banderas rojas.

Las banderas rojas o “red flags” son signos y síntomas que pueden indicar un problema de salud grave que requiere atención médica o derivación a otro profesional sanitario. Dentro de las banderas rojas se pueden encontrar factores que requieren atención médica inmediata, factores que precisan una exploración subjetiva y tratamiento con precaución y factores que precisan un diagnóstico diferencial. El hallazgo de banderas rojas o “red flags” se realiza durante la exploración de la evaluación inicial y es de gran importancia saber reconocerlas en los pacientes a los que se está atendiendo.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el personal sanitario al realizar tratamientos mediante el uso de banderas rojas.

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

Existen múltiples clasificaciones de banderas rojas, a continuación se detalla la clasificación en base a los diferentes tipo de banderas rojas y la actuación a realizar y la clasificación que detalla las patologías más frecuentes que presentan banderas rojas.

La primera clasificación agrupa las banderas rojas en base a los diferentes tipos que existen y la actuación a realizar, incluyendo tres grupos. En el primer grupo se incluyen factores que requieren atención médica inmediata: sangre en esputo, pérdida de consciencia o estado mental alterado, déficit neurológico no explicado monoradicularmente, parestesias en la zona perianal, cambios patológicos a nivel intestinal y a nivel de la vejiga, síntomas no compatibles con dolor de tipo mecánico, déficit neurológico progresivo y masa abdominal pulsátil. En el segundo grupo se incluyen factores que requieren exploración subjetiva y examen físico y tratamiento con precaución: edad superior a 50 años, presencia de clonus, presencia de fiebre, índice de sedimentación elevado, alteración de la marcha, historia de patología infecciosa o hemorrágica, problema metabólico óseo o de cáncer, discapacidad por un traumatismo reciente, empleo de corticoesteroides a largo plazo, heridas que no cicatrizan, pérdida de peso reciente sin causa aparente y dolor tipo torsión. En el tercer grupo se incluyen factores que requieren examen físico y diagnóstico diferencial en profundidad: reflejos anormales, radiculopatía o parestesia unilateral o bilateral, dolor referido sin causa justificable y debilidad de extremidades superiores o inferiores sin causa justificable.

La segunda clasificación de banderas rojas detalla las lesiones más frecuentes que presentan síntomas con dichas características, dentro de las que se incluyen

fractura vertebral, cáncer, infección y síndrome de cauda equina. La fractura vertebral incluye síntomas de dolor repentino severo en la columna que se alivia con el reposo, traumatismo directo o indirecto, deformidad de la columna y dolor a la palpación directa de la vértebra lesionada. La enfermedad de cáncer incluye a personas de más de 50 años, dolor severo que no se alivia con el reposo, dolor nocturno, dolor que no cede con el tratamiento tras 4 o 6 semanas, historia previa de cáncer y pérdida de peso inexplicable. La infección incluye fiebre, enfermedades como la diabetes mellitus, tuberculosis, VIH o enfermedades autoinmunes y dolor constante. El síndrome de cauda equina incluye síntomas de compresión del nervio ciático en ambas extremidades inferiores, incontinencia urina o fecal y anestesia o parestesia en silla de montar.

5 Discusión-Conclusión

Resulta de especial importancia realizar una adecuada anamnesis y exploración clínica por parte de los profesionales sanitarios al recibir a los pacientes, así como tener conocimientos para saber a qué profesional sanitario se debe derivar a los pacientes. En caso de ser necesario la derivación a otro profesional sanitario, se debe incluir en la historia clínica la presencia de traumatismos e intervenciones previas, infecciones, historia previa de cáncer, pérdida de peso sin causa justificada, enfermedades sistémicas, compromiso de la médula espinal, dolor severo que no se alivia con reposo, dolor severo nocturno, anestesia en silla de montar y falta de relación entre los test realizados y los hallazgos clínicos observados.

6 Bibliografía

- Orós EP, Badía I. Banderas rojas en fisioterapia. [Internet] 2021. [Consultado 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/banderas-rojas-en-fisioterapia>
- Boissonnault WG, Ross MD. J Orthop Sports Phys Ther. Physical Therapists Referring Patients to Physicians: A Review of Case Reports and Series. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. 2012;42 (5):446-54.
- Sizer PS, Brismée J-M, Cook C. Medical Screening for Red Flags in the Diagnosis and Management of Musculoskeletal Spine Pain. Pain Pract. 2007;7(1):53-71.
- Leerar, P. J., Boissonnault, W., Domholdt, E., & Roddey, T. Documentation of red flags by physical therapists for patients with low back pain. Journal of Manual & Manipulative Therapy. 2007;15(1):42-49.

Capítulo 41

FISIOTERAPIA EN LA RECUPERACIÓN DE UNA FRACTURA INFRASINDESMAL DE PERONÉ. A PROPÓSITO DE UN CASO

MARI ANGELES BEJAR TROYANO

MARIA ISABEL MORENO VICO

MARÍA RAYA CRUZ

1 Introducción

La fractura del tobillo es una lesión relativamente frecuente. Existen diferentes tipos según el hueso afectado (tibia, peroné o astrágalo), aunque una de las más frecuentes son las que afectan al peroné (maléolo externo o lateral) que suponen dos tercios de las fracturas de tobillo.

Dentro de las fracturas que afectan al tercio distal del peroné existe una clasificación muy útil, según la localización de dicha fractura y que al mismo tiempo nos ayuda a conocer su pronóstico. Esta es la clasificación de Weber. Según esta clasificación existen 3 tipos de fractura según el trazo de fractura del peroné en relación con la sindésmosis.

- A. Infrasin-desmal: es la más estable; se produce por debajo de la sindésmosis y puede tratarse generalmente de forma conservadora
- B. Transin-desmal: estable en un 50%, según si hay algún ligamento que se haya visto afectado. Son las más frecuentes. En estas el tratamiento puede ser conservador o quirúrgico.

- C. Suprasindesmal: (por encima de la sindésmosis) inestable porque la fractura ha roto los ligamentos, rompe la sindésmosis y sale por el otro lado rompiendo el maléolo tibial o los ligamentos.

Esta siempre es una fractura quirúrgica.

Los principales afectados por las fracturas de peroné suelen ser deportistas jóvenes por un impacto o traumatismo fuerte, como una patada en la zona del tobillo, o bien una torcedura de tobillo tras un salto, o también la población anciana (especialmente mujeres) por los cambios degenerativos del hueso (osteoporosis), al tener una torcedura de tobillo.

En este texto nos centraremos en la fractura de peroné de tipo infrasindesmal, que es la más sencilla y la que requiere generalmente tratamiento conservador.

2 Objetivos

- Conocer la eficacia de la fisioterapia en el tratamiento de una fractura de peroné infrasindesmal.
- Evaluar los resultados de un tratamiento específico en un caso clínico determinado.
- Conocer el impacto en la calidad de vida de las personas que padecen este tipo de dolencia.

3 Caso clínico

Mujer de 67 años, ama de casa, que es remitida a tratamiento de fisioterapia tras la retirada del yeso que le pusieron para la inmovilización de una fractura infrasindesmal de peroné derecho. La paciente refiere que se tropezó al bajar una escalera en su casa y se torció el tobillo. Tuvo un dolor muy fuerte y una llamativa inflamación, por lo que acudió al hospital de inmediato. Allí tras una radiografía en la que se visualiza la fractura de peroné, se decidió, ponerle un yeso durante 5 semanas. Pasado este tiempo, es remitida a tratamiento de fisioterapia para evitar las complicaciones y alcanzar el mayor grado de recuperación posible.

Exploración y pruebas complementarias

La zona del tobillo y pie se muestra ligeramente edematizada y todavía presenta restos de hematoma en la parte posterior del tobillo. La movilidad está limitada tanto en la flexión dorsal(10°) como en la flexión plantar (15°) . La pronación y la supinación también están limitadas, siendo la supinación muy dolorosa. La movilidad de los dedos, especialmente del primer dedo, está ligeramente reducida. Se aprecia debilidad muscular de toda la musculatura del tobillo y la paciente

refiere dolor a la movilización y a veces también en reposo. La deambulación la realiza con dos muletas y carga parcial en el pie.

Los objetivos de nuestro tratamiento se centrarán fundamentalmente en mejorar el edema, conseguir la recuperación de los arcos de movilidad, mejorar la fuerza muscular y reeducar la marcha, intentando eliminar las ayudas técnicas.

Para ello el tratamiento de fisioterapia que vamos a realizar incluye: masajes de drenaje que favorezca al retorno venoso y al mismo tiempo enseñaremos ejercicios activos que contribuyan a eliminar dicho edema. Cinesiterapia pasiva, activa asistida y progresivamente activa, de todo el complejo articular tobillo pie y en todos los arcos de movimiento, teniendo más cuidado con el movimiento de supinación más doloroso en este caso. Se instruye a la paciente en ejercicios de fortalecimiento activo de toda la musculatura del tobillo, con bandas elásticas. También se trabaja la propiocepción, el equilibrio y progresivamente la marcha cada vez más independiente. Se aplica en cada sesión la electroterapia con unas corrientes de tipo diadinámicas difásicas durante 20 minutos, que ayudan también a reducir el edema. Al finalizar la sesión se aplica frío sobre la zona.

Tras un mes de tratamiento con 3 sesiones semanales, se evidencia una mejoría evidente.

La paciente presenta menos dolor, que en reposo ha desaparecido completamente. La movilidad ha mejorado en todos los arcos de movimiento, especialmente en la flexión dorsal (25°). Ha ganado fuerza muscular y la marcha es prácticamente independiente, utiliza un bastón solo fuera de casa en distancias más largas.

Además refiere que puede prescindir del uso de analgésicos que previamente si necesitaba tomar, para poder realizar sus actividades de la vida diaria. Por tanto podemos decir que este tratamiento ha mejorado su percepción del dolor y su calidad de vida.

4 Discusión-Conclusión

Como ya hemos citado en las fracturas de tobillo, el peroné es el hueso más frecuentemente afectado. Las fracturas aisladas de peroné comprenden la mayoría de las fracturas de tobillo en mujeres de edad avanzada, ocurriendo en 1-2 de cada 1000 mujeres cada año. La mayoría de los estudios epidemiológicos muestran que las mujeres experimentan el mayor número de fracturas de peroné entre los adultos mayores. Además, las fracturas aisladas de peroné son frecuentes también en deportistas jóvenes.

En cualquier caso, la fisioterapia es fundamental en la recuperación de estas fracturas, ya sea en las más sencillas, que requieren tratamiento conservador y otras

más complejas que necesiten cirugía.

La fisioterapia ayuda en la recuperación funcional del paciente, mejora el dolor y la inflamación, da independencia en la marcha, facilita la incorporación a la vida laboral o deportiva y en general aumenta de forma evidente su calidad de vida.

5 Bibliografía

1. Zadegan, F., Raould, A., & Hannouche, D. (2014). Fracturas maleolares del adulto y luxaciones del tobillo. EMC – Aparato Locomotor, 47 (2), 1 – 13.
2. Martín Ferrero MA. Fracturas del tobillo. En: Sánchez Martín MM (coord.). Traumatología y ortopedia. Valladolid: Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial; 2002. p. 1399-1413
3. <https://www.fisioterapia-online.com/fracturas-de-perone-que-es-causas-sintomas-diagnostico-tratamiento>

Capítulo 42

PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA CON EL PORTEO ERGONÓMICO EN EL POSTPARTO

BEATRIZ PUERTA RUBIO

1 Introducción

El porteo ergonómico es un sistema de transporte que asegura el contacto constante y una postura adecuada tanto para el bebé como para el adulto, por tanto, es una herramienta muy útil disponible y beneficiosa para la etapa del postparto.

Durante el embarazo hay un aumento progresivo del peso en la parte anterior del cuerpo de la mujer. Todo esto provoca que el centro de gravedad se adelante, produciendo ajustes posturales y modificación de ciertos patrones motores. Son cambios progresivos y el sistema nervioso y musculoesquelético se reorganiza para adaptarse a estos cambios.

Con el parto, hay de nuevo un cambio brusco en cuestión de horas, el centro de gravedad vuelve a cambiar y vuelve a reubicar su eje y el sistema nervioso y musculoesquelético se reorganizan de nuevo para pasar de un patrón predominante extensor a un patrón predominantemente flexor, junto con cambios que se producen en la pelvis para la salida del bebé, siendo las articulaciones sacroilíacas y la sínfisis púbica sometida a una intensa movilización o la lesión de la musculatura abdominal en el caso del parto por cesárea.

El fisioterapeuta tiene que valorar estos aspectos para favorecer la recuperación postparto junto con el porteo para que la mamá y el bebé puedan aprovechar los beneficios del porteo.

2 Objetivos

Conocer los beneficios del porteo ergonómico en el postparto.

Analizar cómo puede ayudar el fisioterapeuta con el porteo al postparto.

3 Metodología

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

4 Resultados

Con el nacimiento del bebé, aparecen movimientos nuevos como coger al bebé, amamantarlo, transportarlo, etc. Son movimientos centrados sobre el bebé, que llevan al cuerpo de la mujer hacia un patrón flexor. Todos estos factores, unidos a las posibles lesiones/bloqueos articulares previos al embarazo, pueden desarrollar algias posturales nuevas o agravar las ya existentes.

En este escenario, el porteo ergonómico y adaptado a las necesidades y características de la mamá y del bebé, será una herramienta de gran utilidad para contribuir al bienestar de ambos, ya que son múltiples los beneficios que este aporta como son favorecer el vínculo con el bebé, beneficia la lactancia, favorece el desarrollo psicomotor del bebé, le ayuda a dormir mejor y a llorar menos.

Es importante hacer una adecuada valoración para poder asesorar sobre la mejor opción de porteo posible. También, hay que prestar atención a la recuperación de la estática postural que el cuerpo va a hacer y por otro lado, la recuperación del suelo pélvico y la cavidad abdominopélvica. Por otra parte, la lactancia es otro aspecto que debemos tener en cuenta, en la que el porteo puede ayudar en el postparto inmediato y meses posteriores.

Vamos a encontrar mujeres que tras un parto por cesárea no toleran la presión en la zona baja del abdomen, en este caso la opción será nudos de fular u opciones de porteo que lo eviten. En casos donde sientan inestabilidad de las sacroiliacas, será conveniente ofrecer un ajuste a nivel pélvico que “abraza” los iliacos y estabilice la sacroiliaca.

En cuanto al suelo pélvico, el porteo puede ayudar a la recuperación para mantener una mejor postura corporal. Cuando la mamá tiene al bebé portado ten-

drá una postura más erguida que cuando lo sostiene en sus brazos, mejorando también de esta manera su conciencia corporal, y por tanto, mejoramos la recuperación del suelo pélvico, ya que hay una clara relación entre la postura erguida y la salud de este. Además, cuando la postura en bipedestación es erguida y los centros de gravedad de cabeza, tronco y pelvis están alineados, las fuerzas resultantes de las vísceras recaen sobre el núcleo fibroso central o periné posterior, que es la región del suelo pélvico más reforzada, por el cruce de las diferentes capas musculares. Si se portea con una mala postura corporal de base, el peso del bebé desalineará más aún y enviará más presión hacia el suelo pélvico, pudiendo provocar o aumentar problemas como incontinencia, algias del periné o prolapsos.

En algunas pacientes, necesitaremos evitar presión sobre el abdomen, para así evitar sobrecarga hacia la musculatura perineal. El porteo a la cadera carga menos el suelo pélvico y la faja abdominal que el porteo centrado (delante o detrás). Hay que intentar que el porteo cargue la faja abdominal y el suelo pélvico lo menos posible, que no sea hiperpresivo, lo que implica evitar rodear la cintura con el portabebés, pues cuando se haga un ajuste a nivel de la cintura debe caer a la altura de las crestas ilíacas para que refuerce el efecto del transverso abdominal y no haga tanta hiperpresión en el suelo pélvico. A veces será interesante valorar de forma individual la posibilidad de utilizar el cinturón abdominal (en la mochila) o la tela correspondiente a la cintura para conseguir un efecto cinturón pélvico.

Es importante llevarlo bien ajustado, pegado al cuerpo de la persona que portea. Generalmente, al principio se tiende a llevar más flojo de lo debido por miedo a hacer daño al bebé y sin embargo, debe llevarse bien ajustado para que el bebé quede integrado dentro del eje corporal de la mamá.

El hecho de portear, además, contribuye a la instauración de la lactancia materna, ya que el contacto piel con piel favorece la secreción de oxitocina, ayuda a la mamá a identificar de forma precoz las señales de su bebé y a responder más rápido a ellas, contribuye a mantener una buena postura y cuidar la espalda, siendo especialmente beneficioso al inicio de la lactancia, cuando las tomas son más largas y la mamá todavía necesita habituarse a estas nuevas posturas. Además, se puede amamantar mientras se portea. Por último, con respecto a la lactancia, hay que tener en cuenta la presión del portabebé, sobre todo en el caso de las mochilas, ya que las cinchas laterales podrían oprimir algún conducto del pecho y provocar obstrucciones e incluso mastitis.

5 Discusión-Conclusión

La recuperación postparto es una etapa de regeneración y recuperación, que en muchas ocasiones conlleva molestias en la mamá, debidas a la presencia de una cicatriz por cesárea, desgarro o episiotomía, coccigodinas o lumbalgias, lo que provoca dudas sobre si poder o no portear durante esta etapa. El porteo trae múltiples beneficios para la mamá y para el bebé, ya desde el nacimiento del bebé. Por ello el fisioterapeuta está dotado para valorar el origen de esas molestias y como el porteo colocado de manera correcta y de manera individualizada a cada mujer puede, incluso, ayudar a favorecer esa recuperación postparto.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez L. Porteo como herramienta para cuidar tu suelo pélvico y postura <https://www.fisiobym.com/porteo-en-el-posparto-mochila-ergonomica-versus-fular-elastico/>
2. Gutiérrez L. Porteo y suelo pélvico. <https://www.ensuelofirme.com/porteo-bebe-seguro-pelvico-pelvis-posturas/>
3. López, E. Salmerón, M. El porteo ergonómico. *Pediatría Integral*. 2014; 18(10), 774-780.
4. Merlo Longhi, M. E. Porteo. *Medicina naturista*. 2014; 8(2), 37-40
5. Bigelow A, Power M, MacLellan-Peters J, et al. Effect of Mother/Infant Skin-to-Skin Contact on Postpartum Depressive Symptoms and Maternal Physiological Stress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012; 41(4):580.

Capítulo 43

MASAJE PERINEAL. EFICACIA Y APLICACIÓN EN FISIOTERAPIA

BEATRIZ PUERTA RUBIO

1 Introducción

El masaje perineal es una técnica que se utiliza para aumentar la elasticidad del suelo pélvico y, así, prepararlo para el momento del parto. Mediante esta técnica se consigue normalizar las tensiones musculares y fasciales, consiguiendo así la vascularización y elasticidad de los tejidos vaginales.

El objetivo del masaje perineal, al conseguir elastificar los tejidos del suelo pélvico, es reducir la gravedad del desgarro durante el parto y el dolor pélvico, pero en ningún caso disminuye la incidencia de la episiotomía, pues esta es una intervención que decide el facultativo especialista en función de las condiciones en las que se está desarrollando el parto.

Es una técnica bien tolerada y aceptada, además, es fácil y sencilla de aplicar, por lo tanto, se debe informar a las gestantes sobre su adecuado uso y se debe aconsejar a todas ellas, exceptuando si hay algún tipo de contraindicación, ya que cuenta con una buena evidencia científica.

El personal sanitario formado en esta técnica son los fisioterapeutas, y serán los que la apliquen, expliquen a la paciente y divulguen su uso. También, las matronas tienen amplios conocimientos sobre período obstétrico, de tal manera que ocupan un lugar muy importante en la explicación y divulgación de esta técnica.

2 Objetivos

Analizar la importancia de aplicar masaje perineal en la consulta de fisioterapia para la prevención del desgarro muscular en el parto y la reducción de las tensiones en posibles disfunciones del suelo pélvico.

3 Metodología

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

4 Resultados

A lo largo de la revisión se encuentran varios beneficios que aporta el masaje perineal como son la mejora de la elasticidad de los tejidos, aumenta la vascularización de la zona al aumentar el riego sanguíneo y el oxígeno en la zona lo que prepara y mejora la cicatrización y también, ayuda a la propiocepción, es decir, facilita el reconocimiento del suelo pélvico, lo que es muy importante para mejorar la sexualidad y para reconocer tanto lo normal como la disfunción de esta zona, que a veces está olvidada.

Para la aplicación de masaje perineal se utiliza un lubricante de base acuosa. El fisioterapeuta de manera bidigital introducirá sus dedos de manera que llegue a la musculatura superficial y profunda de manera interna y también se llevará a cabo de manera externa. Es importante evitar manipular el meato urinario para prevenir sepsis y no se debe masajear el periné si presenta lesiones activas tipo herpes. Entre las maniobras a aplicar, se puede comenzar de manera externa a través de deslizamientos en el núcleo fibroso central, masaje por todo el pubis en forma de círculos y en glúteos. Y de manera interna se trabaja la musculatura profunda con fricciones transversas y estiramientos, llevando a cabo un deslizamiento en forma de media “U” a un lado y otro, de “U” completa y de tracciones. También, se trabaja la musculatura superficial llevando a cabo una presa en pinza y se hace un rodamiento de dicha musculatura.

Estará indicado y con buenos resultados en pacientes con dolor pélvico crónico, en hipertonías del suelo pélvico y en mujeres gestantes a partir de la semana 32-34, durante un máximo de 5-10 minutos, siendo seguro tanto para la madre como

para el feto y debe ser bien tolerado por la mujer.

5 Discusión-Conclusión

Durante mucho tiempo ha habido controversia en cuanto a la utilización del masaje perineal en la etapa gestacional, pero los últimos estudios avalan su utilización, ya que reduce la tensión muscular y mejora la elasticidad de la zona perineal, reduciendo el traumatismo perineal en la mujer embarazada, de la misma manera mejora síntomas como el dolor pélvico o dolor en las relaciones sexuales. Pero no hay diferencias significativas en la incidencia de partos instrumentados, incontinencia en el postparto o satisfacción en las relaciones sexuales.

Por tanto, es fundamental la figura del fisioterapeuta para realizar el masaje perineal para el tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico que pueden aparecer a lo largo de la vida de la mujer, como en la prevención de lesiones perineales en la etapa gestacional.

6 Bibliografía

1. Dieb, A.S, Shoab, A Y, Nabil, H. et al Perineal massage an training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J* 2020;31: 613-619
2. Indrayani T, Tuasika N. Based on the research that was conducted, it obtained result that there was Effect of Perineal Massage on Perineum Tear Case on Primigravida Pregnant Mothers in Their Third Trimester in Public Health Service Care of Morokay 2018. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*. Nov 2020; 9 (2):588-592
3. Abdelhakim, A. M, Eldesouky, E. Elmagd, LA. El al. Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Urogynecol J*. 2020; 31: 1735-1745
4. Álvarez-González M, Leirós-Rodríguez R, Álvarez-Barrio L, López-Rodríguez AF. Prevalence of Perineal Tear Peripartum after Two Antepartum Perineal Massage Techniques: A Non-Randomised Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*. 2021; 10(21):4934.
5. Moreno Sánchez V, Moreno Rutia E. Masaje perineal antenatal con aceite de rosa mosqueta para prevenir desgarros en el parto. *Nure Inv*. Mayo 2016.. 13(83): 1-11

6. Schantz C. Methods of preventing perineal injury and dysfunction during pregnancy: CNGOF Perineal prevention and protection in obstetrics. *Gynecologie, Obstetrique, Fertilité & Senologie*. 2018 Dec;46(12):922-927.
7. Seechusen DA, Raleigh M. Antenatal perineal massage to prevent birth trauma. *Am Fam Physician*. 2014;89(5):335-6.

Capítulo 44

ATENCIÓN FARMACÉUTICA ESPECIAL PARA DIABÉTICOS

TAMAR BLANCA SERRANO

1 Introducción

Resumen.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que padecen los seres humanos y animales debido al mal funcionamiento en la captación de la glucosa de la sangre, esos niveles altos de azúcar en la sangre es peligroso para el cuerpo y causa muchos de los síntomas y complicaciones que presentan pacientes con diabetes. Ello se debe principalmente al mal funcionamiento del páncreas en la producción de la insulina que es la encargada de retirar la glucosa de la sangre. La prediabetes puede convertirse en diabetes por lo que la prevención por parte de los farmacéuticos en la educación de la salud es fundamental, a no ser que se tomen medidas para prevenirla. La diabetes gestacional ocurre durante el embarazo, pero puede desaparecer después de que el bebé nace o no desaparecer.

Palabras clave: diabetes, farmacia, cumplimiento, tratamiento.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic disease suffered by humans and animals due to the malfunction in the uptake of glucose from the blood, these high levels of sugar in the blood are dangerous for the body and cause many of the symptoms and complications that present patients with diabetes. This is mainly due to the malfunction of the pancreas in the production of insulin, which is responsible for removing glucose from the blood. Prediabetes can become diabetes, so prevention by pharmacists in health education is essential, unless measures are taken

to prevent it. Gestational diabetes occurs during pregnancy, but it may or may not go away after the baby is born.

Key words: diabetes, pharmacy, compliance, treatment.

Introducción.

El aumento de la población y los cambios en la alimentación ha llevado a un aumento exponencial de los trastornos metabólicos asociados al estilo de vida que presentan una enorme carga socioeconómica como en los nuevos casos de diabetes(1).

Tipos de Diabetes:

- Tipo I. Es poco común, el páncreas no produce insulina o muy poca. La insulina es una hormona que hace que el azúcar en la sangre pueda entrar en las células del cuerpo. Generalmente se diagnostica en los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes, aunque puede presentarse en personas de cualquier edad.
- Tipo II, es la diabetes más frecuente en adultos, asociado a la herencia genética y al sobrepeso/obesidad. Suele presentar el cuerpo resistencia a la insulina.
- Tipo LADA, similar a las dos anteriores, porque aparece en edad adulta como la tipo II y hay destrucción inmunológica de células pancreáticas como en el tipo I.
- Tipo Gestacional, solo aparecen en el embarazo pudiéndose cronificar pasado el embarazo.

Factores de riesgo que podrían desencadenar una diabetes:

- Edad mayor de 45 años.
- Herencia genética.
- Antecedentes de diabetes gestacional.
- Índice de masa corporal (IMC) $>25\text{kg/m}^2$.
- Poca actividad física.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Consumir tabaco.

La relación que existe entre el uso de antidepresivos en mujeres embarazadas y el riesgo de diabetes mellitus gestacional es inconsistente por lo que muchos estudios lo analizan pero sin ninguna base científica (2).

2 Objetivos

Conocer el papel del farmacéutico en la atención a los pacientes diabéticos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El farmacéutico explica a sus pacientes pre-diabéticos o diabéticos en qué consiste la enfermedad, ya que al conocer mejor la enfermedad podrá enfrentarse en cada momento a las necesidades que se le presenten.

Síntomas:

Los síntomas específicos de la diabetes y fácilmente detectables por los farmacéuticos comunitarios son:

- Más ganas de beber y comer
- Aumento de orina
- Adelgazamiento
- Tristeza
- Visión borrosa
- Mal aliento

Tratamiento.

En la farmacia podemos ver que existe un alto número de pacientes con diabetes, aumentando el uso con tratamientos de metformina(3). Tratamiento médico que será evaluado por el especialista.

Se asesorará al paciente con tratamientos alternativos además de cambios en su estilo de vida, tanto en su alimentación como su actividad física.

Se demuestran los efectos antidiabéticos de productos naturales del extracto de hoja de S. Petersiana que regula los índices de glucosa en la diabetes tipo 2(4).

El farmacéutico es el profesional sanitario más cercano al paciente, presenta gran valor en la promoción de la salud. Su papel consiste en aconsejar e informar a los pacientes sobre las posibles indicaciones, contraindicaciones, interacciones medicamentosas y la automedicación. El farmacéutico ayuda en la detección precoz de la diabetes.

El farmacéutico que sospecha de un caso de diabetes puede realizar pruebas como son:

Cuestionarios de factores de riesgo como son:

- Test de Findrisk, se usa el cuestionario Findrisk no da problemas su realización a los usuarios en la farmacia comunitaria(5).
- Test específicos de Diabetes.
- Genética familiar.
- Medida del contorno abdominal.
- Peso: obesidad.

Análisis en el dedo:

- Glucemia basal del capilar del dedo empleando el uso de glucómetros.
- Hemoglobina glicosilada.

Derivación a su médico para que le haga seguimiento de la enfermedad.

Se han realizado diferentes cuestionarios para detectar la diabetes, que hacen que sean más fiables, más fácilmente reproducibles y son válidos para pacientes escasos conocimientos para que puedan informarse adecuadamente de la enfermedad(6).

El farmacéutico puede asesorar en diferentes puntos sobre la enfermedad de la diabetes:

- Dieta saludable.
- Aumento de la actividad física.
- Medición glucemia en sangre.
- Detectar síntomas de cuanto la glucosa se encuentra alterada en el organismo.
- Inyectar insulina.
- Revisión del cuerpo prevención de problemas posteriores.
- Cómo tratar los medicamentos para su adecuada conservación.

En la diabetes es muy eficaz los cambios en los estilos de vida, de hecho existen estudios donde se demuestra que es más eficaz cambiar la dieta que el ejercicio (7).

El primordial que el diabético conozca bien su enfermedad para conseguir un uso del tratamiento adecuado, pero a día de hoy se sabe que el conocimiento de los diabéticos aún no es el más adecuado en la mayoría de los casos. El cumplimiento terapéutico en muchos diabéticos es alto, y se encuentran por o general muy satisfechos por el tratamiento (8).

5 Discusión-Conclusión

El farmacéutico comunitario es profesional sanitario en contacto directo con el paciente, muy adecuado para diagnosticar a los diabéticos incipientes y poder aconsejarle sobre determinados usos saludables para poder remediar dicha patología y recomendar al paciente que visite su médico cuando es necesario.

La más importante función que el farmacéutico puede desempeñar como miembro del grupo de sanitarios asistenciales en el cuidado de los pacientes con afecciones crónicas es ayudar a conseguir los mejores resultados en salud mediante el control de su enfermedad y la optimización de la terapéutica medicamentosa(9) y esto es lo que hace que sea el profesional adecuado para prevención y promoción de la salud.

6 Bibliografía

1. Balakrishnan P, Jacyshyn-Owen E, Eberl M, Friedrich B, Etter T. Real-world demographic patterns of users of a digital primary prevention service for diabetes. *Cardiovasc Endocrinol Metab.* 2022 Dec 9;12(1):e0275. doi: 10.1097/XCE.0000000000000275. Collection 2023 Mar.PMID: 36582668.
2. Wang XY, Ying XH, Jiang HY. Antidepressant use during pregnancy and the risk for gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2023 Dec;36(1):2162817. doi: 10.1080/14767058.2022.2162817.PMID: 36599445.
3. E Sáez-Fernández, A Risoto-Baena... Tipos de tratamientos prescritos en un grupo de pacientes diabéticos en una farmacia comunitaria - *Farmacéuticos ...*, 2020 - raco.cat.
4. Olofinson KA, Salau VF, Erukainure OL, Islam MS Senna petersiana (Bolle) leaf extract modulates glycemic homeostasis and improves dysregulated enzyme activities in fructose-fed streptozotocin-induced diabetic rats. *J Ethnopharmacol.* 2023 Mar 1;303:115998. doi: 10.1016/j.jep.2022.115998. Epub 2022 Nov 28.PMID: 36471537.
5. JAF Pérez, NFA Rodríguez, JCA Iglesias... -Detección de pacientes con riesgo de desarrollar diabetes en farmacias comunitarias de Pontevedra - *Farmacéuticos ...*, 2013 - raco.cat.
6. JA Fornos Pérez, NF Andrés Rodríguez... Diseño y validación de un cuestionario de conocimiento sobre diabetes en pacientes de farmacia comunitaria - *Pharm. care ...*, 2003 - ibecs.isciii.es.
7. Smyth S, Mulligan K, Rutter E, Harrington L, Hatunic M, Higgins MF. Attitudes of women with gestational diabetes toward diet and exercise: a qualitative study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2023 Dec; 36(1):2155045. doi: 10.1080/14767058.2022.2155045.PMID: 36599434.
8. JA Fornos, GP García, M Fernández... - Evaluación del conocimiento, el cumplimiento y la satisfacción del tratamiento en pacientes diabéticos en la oficina de farmacia Av ..., 2008 - avancesendiabetologia.org.

9. Y Lazo Roblejo, D Lores Delgado Impacto de un servicio de seguimiento farmacoterapéutico implementado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 - Revista Cubana de Farmacia, 2011 scielo.sld.cu.

Capítulo 45

LA RADIOGRAFÍA DE LA MANO. EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN DIAGNOSTICO DE LA IMAGEN

JAIME MANRIQUE DIAZ RUBIERA

1 Introducción

La radiografía de la mano la realiza habitualmente un técnico superior en radiodiagnóstico para la imagen en una sala de radiología convencional ya bien sea en un hospital o en el consultorio de un centro de salud. Normalmente se realiza colocando la mano del paciente o bien sobre una placa de rayos x o sobre la mesa si es una sala digital y el paciente debe de mantener la mano muy quieta a medida que se vaya tomando la imagen. Existen diferentes proyecciones radiológicas dependiendo de la lesión que se quiera estudiar entonces el paciente deberá modificar la posición de la mano a medida que se vayan cambiando las proyecciones. Habitualmente en las radiografías de la mano se suele realizar para detectar o bien fracturas, tumores, objetos extraños o trastornos degenerativos de la mano también se puede utilizar a nivel pediátrico para averiguar la edad ósea de un niño. Y por último la preparación del paciente es primordial por lo tanto en el caso de que la paciente sea mujer en edad fértil siempre habrá que preguntarle si tiene posibilidad de embarazo y luego en todo tipo de pacientes se deben de quitar todas las joyas de las manos relojes etcétera que puedan molestar a la hora de la realización de las placas pertinentes y protegerles ante la radiación si lo precisa.

2 Objetivos

El objetivo primordial sería realizar las actuaciones adecuadas para la correcta realización de las proyecciones radiológicas desde el punto de vista del técnico superior en radiodiagnóstico

Tener en cuenta los problemas que pueden surgir a la hora de realizar las proyecciones radiológicas y subsanarlos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Normalmente en la radiografía de mano se realiza para ayudar a los médicos a encontrar el problema que se tiene en la mano ya sea por un dolor que sufre una hinchazón una deformidad y también permite ver si hay algún tipo de hueso de los que forman la mano o articulación rota o dislocada Además la radiografía también se utiliza como control es decir en una placa de control es para ver si una vez dislocada o fracturada una mano el especialista la coloca en su sitio y comprobar si realmente lo está.

Las tres principales proyecciones radiológicas para el diagnóstico en este área son la dorsopalmar o PA ,la oblicua entre 30 y 45 grados con el pulgar hacia arriba y la lateral.

En muchos centros hospitalarios se aprovecha el tener equipos de mamografías para realizar las manos en ese tipo de aparatos radiológicos, ya que son mucho más sensibles por lo tanto tienen una mayor definición y además de utilizar una menor dosis .

Por otro lado también se puede realizar la radiografía llamada edad ósea y pediátrica estas sirve a los médicos para calcular la madurez del sistema esquelético de un niño se realiza con una radiografía de la mano izquierda que va desde la muñeca a los dedos es un procedimiento como todas las demás placas seguro e indoloro que utiliza una pequeña cantidad de radiación lo que se realiza habitualmente es, pues que se coge la radiografía del paciente o del niño en concreto y se compara con imágenes radiológicas de una de las estándar de

desarrollo socio normal y a partir de ahí se calcula, pues la edad de niño desde el punto de vista óseo .

También se realizan las placas de manos para diagnosticar la artritis

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico superior en radiodiagnóstico es muy importante a la hora de la realización de las placas y la obtención de un diagnóstico adecuado, ya que de lo contrario la mala realización de las proyecciones radiográficas podría dar lugar a una confusión o a un diagnóstico erróneo lo cual podría ser muy peligroso para el paciente .

También es muy importante el papel de técnico superior en radiodiagnóstico en la preparación del paciente ya sea a la hora de quitar todas las joyas y demás materiales que puedan perjudicar a la hora de realizar la proyección así como la protección del mismo paciente poniéndole un mandil plomado sobre él en caso de que sea necesario y por supuesto preguntar si es una mujer en edad fértil , que pudiera estar embarazada por lo cual no se podría realizar las placas o se tendría que proteger más en caso de ser imprescindible.

6 Bibliografía

1 . Radiografía de las manos: MedlinePlus enciclopedia médica . Disponible en:<https://medlineplus.gov>

>

... > Enciclopedia médica

2 . Radiografía: Mano (para Padres) - Nemours KidsHealt . Disponible en :[hhttps://kidshealth.org](https://kidshealth.org)

> parents > xray-hand

3 . La mano: orientación diagnóstica radiológica - Medigraphic . Disponible en :<https://www.medigraphic.com>

> pdfs > atefam

Capítulo 46

PROYECCIONES RADIOLÓGICAS DE HOMBRO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

JAIME MANRIQUE DIAZ RUBIERA

1 Introducción

El dolor de hombro es uno de los principales problemas de salud que forman parte del sistema musculoesquelético y ello se debe a una serie de factores diversos. Hay varios factores que influyen en la aparición del dolor de hombro entre ellos están la edad sobre todo en personas que hayan tenido trabajos penosos como por ejemplo la construcción etcétera y también los deportistas.

Al dolor de hombro se le ha dado el nombre de síndrome de hombro doloroso debido a que corresponde al conjunto de signos y síntomas que comprenden un grupo heterogéneo de diagnóstico.

Debido a la complejidad del hombro es muy complicado dar un diagnóstico específico el diagnóstico se clasifica de acuerdo a la localización de la lesión que puede ser de varios tipos entre otras podríamos nombrar lesiones periarticulares, lesiones articulares, patología ósea, que sean de origen vascular y así una serie de lesiones y patologías.

Antes de mencionar las proyecciones radiológicas de hombro deberíamos de comentar que está formada por los siguientes huesos serían el húmero la escápula y la clavícula y estas unen a través de distintas articulaciones que serían principalmente la glenohumeral, la acromioclavicular y la esternoclavicular.

Las proyecciones más habituales que se utilizan para el hombro sería la AP de hombro y dentro de ella tres variaciones que serían rotación externa, rotación

neutra y rotación interna luego estarían la AP verdadera de hombro , la axial y luego como última proyección más importante la de transtorácica lateral habría otras más, pero bueno esa serían las más utilizadas.

2 Objetivos

Dar a conocer la correcta selección de proyecciones radiológicas según las necesidades clínicas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Debido a la compleja anatomía del hombro se ha desarrollado un gran número de proyecciones y técnicas radiográficas para la evaluación de dicha región anatómica entre ellas caben destacar la proyección anteroposterior que como luego explicaremos puede ser o con rotación interna , externa o neutra la proyección ante el posterior axial y luego la transtorácica o también llamada lateral.

En la proyección de AP de hombro concretamente en la rotación externa se le indica al paciente que coloque la mano en posición supina con una ligera abducción del brazo esa sería la proyección adecuada luego la de la rotación neutra se le indicaría al paciente, pues que apoye la palma de la mano sobre el muslo y en la de la rotación interna se le indicaría que colocase el dorso de la mano sobre el muslo o la cadera.

En la proyección AP verdadera de hombro, pues el paciente se colocaría en decúbito supino o en bipedestación la que más cómodo no sea nosotros o el paciente y lo único que habría que hacer es colocarlo aproximadamente entre 35 y 45 grados con relación al chasis donde vamos a realizar la placa.

Otra proyección importante sería la apea axial aquí al igual que antes se coloca el paciente o bien en decúbito supino o en bipedestación se le indica que suba el brazo y coloque la mano detrás de la cabeza

Y por último la proyección transtorácica o lateral esta se utiliza cuando el paciente no puede mover el brazo normalmente cuando ha sufrido un traumatismo y se piensa que puede tener una fractura entonces a partir de ahí se puede hacer en decúbito o una bipedestación siempre y cuando el paciente no se maree por el dolor se coloca al paciente de lado apoyando la parte afectada sobre el chasis y el brazo sano contrario se eleva por encima de la cabeza y el rayo penetra a través de del costado del paciente

5 Discusión-Conclusión

La importancia del técnico superior en imagen para el diagnóstico, pues está clara a la hora de tomar decisiones a la hora de elegir las proyecciones necesarias para intentar llegar un diagnóstico, ya que muchas veces el paciente llega al hospital y tú tienes que decidir que proyecciones son las más adecuadas para que el especialista que lo va a ver que a lo mejor hasta ese momento no lo ha podido ver llega a un diagnóstico e incluso a veces sobre la marcha modificar las proyecciones solicitadas porque no se pueden realizar debido a la situación del paciente que no colabora o bien porque no quiere o no puede.

6 Bibliografía

- 1 . Utilidad de las proyecciones radiográficas en dolor de ... Disponible en :<https://imadine.com.mx>
› proyecciones-radiográficas-d...
- 2 . Radiografías más comunes de hombro .Disponible en :<https://www.revista-portalesmedicos.com>
› revista-medica

Capítulo 47

GESTIÓN Y ELIMINACIÓN DE RESIDUOS BIOLÓGICOS EN LOS LABORATORIOS CLÍNICOS

RAQUEL CAMPORRO LLANA

VERÓNICA MUÑOZ EIRO

LAURA ROMERO SORIANO

1 Introducción

Los residuos biológicos son uno de los principales riesgos para la salud en los laboratorios. Si no se manejan correctamente, pueden propagar enfermedades a los trabajadores y al público. Por lo tanto, la gestión y eliminación adecuada de los residuos biológicos es vital para garantizar la seguridad de los trabajadores y el entorno.

La gestión y eliminación de residuos biológicos en los laboratorios clínicos es una parte importante del manejo seguro de los materiales en un laboratorio clínico. Los residuos biológicos representan un riesgo para la salud humana y deben ser eliminados adecuadamente para evitar la propagación de enfermedades. Estos se clasifican en cuatro categorías: infecciosos, peligrosos, radiactivos y no infecciosos. Según su clasificación y el tipo de residuo, las condiciones de almacenamiento y/o destrucción pueden variar.

En los laboratorios clínicos, es importante que los residuos sean manejados y eliminados adecuadamente. El personal de laboratorio debe seguir los procedimientos establecidos para el manejo de residuos biológicos y el uso de equipos

de seguridad. Esto ayudará a prevenir la propagación de enfermedades y la exposición al riesgo de contagio de enfermedades. Así pues, los laboratorios clínicos tienen la responsabilidad de manejar los residuos sanitarios de manera correcta para proteger la salud y el medio ambiente, los cuales deben adherirse a los estándares establecidos por la ley para el manejo de los residuos sanitarios. Esto incluye la separación de los residuos sanitarios según sus clasificaciones, la identificación de los residuos a fin de facilitar su manejo, el etiquetado de los contenedores, y el almacenamiento seguro.

2 Objetivos

- Describir el proceso general de gestión y eliminación de residuos biológicos en los laboratorios clínicos
- Analizar las responsabilidades de los laboratorios clínicos para la gestión y eliminación de residuos biológicos
- Comentar los tipos de residuos biológicos que se pueden encontrar en los laboratorios clínicos y el protocolo de gestión y eliminación de los mismos

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a partir de artículos publicados en las bases de datos ScienceDirect, PubMed y Scopus. No se establecieron restricciones respecto al idioma o fecha de publicación, pero se realizó un cribado respecto al tipo de documento, seleccionando únicamente artículos empíricos, revisiones sistemáticas o metaanálisis.

4 Resultados

Según los artículos analizados, los laboratorios clínicos serán los encargados de la identificación y clasificación de los residuos biológicos para facilitar su etiquetado y almacenamiento seguro. Asimismo, estos deberán asegurarse de que los contenedores destinados al almacenamiento de los residuos sanitarios sean resistentes a la presión y al calor, y ser estancos a la luz y el aire para evitar la propagación de potenciales agentes infecciosos. Estos contenedores deben ser debidamente etiquetados, sellados, y deben ser almacenados en una ubicación segura y

apropiada. Los laboratorios clínicos también deben asegurarse de que los residuos sanitarios sean recogidos por una empresa autorizada para el tratamiento y/o disposición de los mismos. Estas empresas deben seguir los procedimientos establecidos para el transporte y la eliminación de los residuos. Además, los laboratorios clínicos deben realizar un seguimiento de la cantidad de residuos generados, a fin de determinar la necesidad de una recolección adicional. Asimismo, los laboratorios clínicos deben proporcionar capacitación a todo el personal involucrado en el manejo de los residuos sanitarios. Esta capacitación debe incluir información sobre los procedimientos de manejo de residuos, los requisitos legales y los riesgos de seguridad asociados. El personal de laboratorio debe seguir los procedimientos establecidos para el manejo de residuos biológicos y el uso de equipos de seguridad. Esto ayudará a prevenir la propagación de enfermedades y la exposición al riesgo de contagio de enfermedades.

La literatura más reciente ha establecido diversos criterios de manipulación de los residuos biológicos en función del grupo en el que se clasifiquen.

Por un lado, los residuos infecciosos, es decir, aquellos que contienen microorganismos patógenos que pueden causar enfermedades en los seres humanos, incluyen materiales como sangre, líquidos corporales, tejidos, células, y otros materiales que contienen patógenos. Estos residuos deben ser colocados en bolsas de seguridad antes de ser eliminados.

Los residuos peligrosos son aquellos que contienen materiales químicos, materiales biológicos, o materiales radiactivos que son peligrosos para la salud humana. Estos residuos incluyen productos químicos tóxicos, materiales radiactivos, y residuos biológicos. Estos residuos deben ser colocados en recipientes especialmente diseñados para ellos antes de ser eliminados.

Los residuos radiactivos son aquellos que contienen materiales radiactivos que son peligrosos para la salud humana. Estos residuos incluyen materiales radiactivos usados en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. Estos residuos deben ser colocados en contenedores especialmente diseñados para ellos antes de ser eliminados.

Los residuos no infecciosos son aquellos que no contienen microorganismos patógenos. Estos residuos incluyen materiales como equipos de laboratorio, materiales de embalaje, y otros materiales no infecciosos. Estos residuos se pueden eliminar de forma segura sin el uso de bolsas de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

La gestión y eliminación de residuos biológicos en los laboratorios es una tarea importante para garantizar la seguridad de los trabajadores, el entorno y la comunidad. Estas actividades son esenciales para evitar la propagación de enfermedades infecciosas, sustancias tóxicas y patógenos peligrosos.

Además de garantizar la seguridad, la gestión y eliminación de residuos biológicos también contribuye a la protección del medio ambiente. Los residuos biológicos pueden contaminar el agua y el suelo, lo que puede tener un impacto negativo en la salud humana, la biodiversidad y el ecosistema. Por lo tanto, es importante que los laboratorios implementen medidas para garantizar la eliminación y gestión seguras de los residuos biológicos.

En definitiva, el manejo adecuado de los residuos sanitarios en los laboratorios clínicos es una responsabilidad importante que debe cumplirse para garantizar la seguridad de los pacientes, el personal del laboratorio y el medio ambiente.

6 Bibliografía

1. Chitnis, V., Vaidya, K., & Chitnis, D. S. (2005). Biomedical waste in laboratory medicine: Audit and management. *Indian Journal of Medical Microbiology*, 23(1), 6-13.
2. Datta, P., Mohi, G., & Chander, J. (2018). Biomedical waste management in India: Critical appraisal. *Journal of laboratory physicians*, 10(01), 006-014.
3. Demirbas, A. (2011). Waste management, waste resource facilities and waste conversion processes. *Energy Conversion and Management*, 52(2), 1280-1287.
4. Verma, L. K., Mani, S., Sinha, N., & Rana, S. (2008). Biomedical waste management in nursing homes and smaller hospitals in Delhi. *Waste Management*, 28(12), 2723-2734.

Capítulo 48

EL PAPEL DEL TÉCNICO ESPECIALISTA DE LABORATORIO (TEL) EN LA MEDICINA PERSONALIZADA Y LAS TERAPIAS AVANZADAS

RAQUEL CAMPORRO LLANA

VERÓNICA MUÑOZ EIRO

LAURA ROMERO SORIANO

1 Introducción

El Técnico de Laboratorio Clínico es un profesional de salud especializado en la realización de análisis de muestras de laboratorio para diagnosticar y tratar enfermedades. Esta profesión involucra el uso de equipos sofisticados para analizar muestras de sangre, orina, líquidos corporales y tejidos. Los técnicos de laboratorio clínico tienen un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades.

El laboratorio clínico desempeña un papel importante en el desarrollo de terapias avanzadas. Esto se debe a que los laboratorios clínicos se encargan de recolectar, procesar y analizar muestras de tejidos y fluidos corporales para detectar enfermedades y proporcionar información diagnóstica. Esto permite a los profesionales de la salud identificar, diagnosticar y tratar enfermedades y otros problemas

de salud. Los laboratorios clínicos también pueden recolectar, procesar y analizar muestras para investigar terapias avanzadas. Esta información se puede usar para determinar la eficacia y seguridad de nuevos tratamientos, así como para determinar cómo podrían ser mejorados. Los laboratorios clínicos también pueden proporcionar pruebas de laboratorio específicas para ayudar a los profesionales médicos a decidir qué tratamiento sería el más adecuado para un paciente en particular. Por lo tanto, los laboratorios clínicos desempeñan un papel importante en el proceso de desarrollo de terapias avanzadas.

Las terapias avanzadas son una forma de tratamiento médico que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades crónicas y de otros trastornos. Estas terapias se basan en el uso de técnicas innovadoras, como la terapia génica, la inmunoterapia y la terapia dirigida por moléculas, para ayudar a los pacientes a controlar sus síntomas y mejorar su salud. Se trata de una alternativa a los tratamientos convencionales, como los fármacos y la cirugía, ya que ofrecen una solución más eficaz y menos invasiva. Estas terapias pueden ayudar a los pacientes a mejorar sus síntomas, reducir sus efectos secundarios y reducir el riesgo de complicaciones graves. También pueden ayudar a los pacientes a mejorar sus habilidades cognitivas, como la memoria y la atención, y su calidad de vida general. Estas terapias también pueden ayudar a los pacientes a aceptar su enfermedad y aprender a vivir con ella de manera productiva. Son por tanto una herramienta útil para los médicos y otros profesionales de la salud que buscan ofrecer tratamientos más eficaces y menos invasivos a sus pacientes. Estas terapias pueden ayudar a los pacientes a lograr mejores resultados y una mejor calidad de vida.

2 Objetivos

- Analizar el papel TEL en el campo de la medicina personalizada y las terapias avanzadas
- Describir las funciones del TEL en laboratorios clínicos destinados a la investigación de este tipo de terapias

3 Metodología

La presente revisión se basa en un total de 3 artículos, los cuales fueron cribados a partir de las bases de datos Pubmed y ScienceDirect tomando como palabras clave "terapias avanzadas", "medicina personalizada", "Técnico Especialista de

Laboratorio”. Asimismo, solo se incluyeron artículos empíricos o revisiones publicadas en la última década.

4 Resultados

A rasgos generales, El TEL o Técnico Especialista de Laboratorio es un profesional de salud especializado en la realización de análisis de muestras de laboratorio para diagnosticar y tratar enfermedades. Estos profesionales de salud están capacitados para asegurar que los resultados de los exámenes clínicos sean exactos. Esto significa que los pacientes reciben los mejores resultados y tratamientos posibles. Los técnicos de laboratorio clínico también son responsables de preparar y analizar muestras para realizar pruebas. Esto incluye recolectar muestras de sangre, orina, líquidos corporales y tejidos para su análisis. Estos también se responsabilizan de mantener un ambiente limpio y seguro en el laboratorio. Finalmente, los técnicos de laboratorio clínico también pueden ser responsables de mantener una documentación precisa de los resultados de los exámenes y preparar los informes para los médicos. Esto ayuda a los médicos a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento de un paciente. Es por esto por lo que el TEL desempeña un papel fundamental en la medicina moderna y las nuevas terapias que van surgiendo a medida que avanza la investigación científica.

Los artículos analizados en esta revisión describen diversas funciones de los TEL en el campo de la medicina personalizada y las terapias avanzadas. Así pues, estos se encargan de realizar una variedad de tareas críticas para asegurar que los pacientes reciban los mejores tratamientos posibles. Estas tareas incluyen recoger muestras de sangre, tejidos y líquidos corporales, procesar muestras para su análisis, tomar registros críticos, controlar los resultados de los exámenes y comunicarse con los profesionales médicos para informarles sobre los resultados. Estas tareas críticas ayudan a los profesionales médicos a tomar decisiones informadas para ofrecer tratamientos seguros y apropiados según las necesidades de cada tipo de paciente.

5 Discusión-Conclusión

El TEL juega un papel crítico en el campo de las terapias avanzadas y la medicina personalizada. Así pues, este es el responsable de recoger muestras de sangre, tejidos y líquidos corporales, procesarlas para su análisis, tomar registros críticos, controlar los resultados de los exámenes y comunicarse con los profesionales

médicos para informarles sobre los resultados. Estas tareas críticas ayudan a los profesionales médicos a ofrecer tratamientos seguros y apropiados cada vez más personalizados y ajustados a cada paciente de forma individualizada, trabajando con tecnologías avanzadas para mejorar la precisión y la velocidad con la que se procesan las muestras y se emiten los resultados.

6 Bibliografía

1. Ballesté, C., Coll, A., Navarro, A., Valero, R., Torregrosa, V., Diekmann, F., ... & Manyalich, M. (2020). TPM TRAINING PROGRAM IN TISSUE BANKING & ADVANCED THERAPIES: A 15-YEAR EXPERIENCE. *Transplantation*, 104(S3), S285.
2. Seaberg, R. S., Stallone, R. O., & Statland, B. E. (2000). The role of total laboratory automation in a consolidated laboratory network. *Clinical chemistry*, 46(5), 751-756.
3. Thompson, J. H. (1985). Medical Laboratory Technician (Chemistry and Urinalysis).(AFSC 92470).

Capítulo 49

PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DE PHMETROS DIRIGIDO A TÉCNICO ESPECIALISTA DE LABORATORIO (TEL)

VERÓNICA MUÑOZ EIRO

LAURA ROMERO SORIANO

RAQUEL CAMPORRO LLANA

1 Introducción

Un pHmetro de laboratorio es un dispositivo que se utiliza para medir la acidez o alcalinidad de una solución. Se trata de instrumentos comunes en sanidad, así como laboratorios químicos, ambientales, farmacéuticos, industriales y alimenticios. Se usan para medir la acidez o alcalinidad de una solución y para controlar el pH en procesos químicos. Los pHmetros también se utilizan para calibrar otros instrumentos de medición de acidez, como los medidores de pH de bolsillo.

Un pHmetro es una herramienta útil para los técnicos de laboratorio, ya que les permite medir el pH de una solución con precisión. El pH es una medida de la acidez o alcalinidad de una solución, y es un factor importante en muchos experimentos de laboratorio.

El pHmetro permite a los técnicos de laboratorio obtener lecturas precisas y confiables de la acidez o alcalinidad de una solución, lo que les permite determinar si

una determinada solución está en un rango óptimo para los experimentos. Esta herramienta también les permite evaluar la calidad de una determinada solución y verificar si se ha mantenido estable durante un periodo de tiempo. No obstante, su uso requiere conocer un protocolo definido de manejo del mismo para asegurar que los valores que se obtienen son fiables o bien, evitar dañar el aparato.

2 Objetivos

- Describir el protocolo general de uso de un phmetro para técnicos especialistas de laboratorio (TEL) según distintos tipos de análisis en el laboratorio.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a partir de estudios científicos recopilados de diferentes bases de datos científicas: Pubmed, ScienceDirect, Scopus. No se establecieron restricciones respecto al idioma, año de publicación o tipo de documento. Sin embargo, solo se tuvieron en cuenta artículos que incluyeran los términos "phmetro", "técnico de laboratorio", "protocolo".

4 Resultados

Los estudios analizados en esta revisión describen un protocolo de manejo del phmetro para laboratorios químicos e industriales. Este consta de diez pasos, cuyo orden debe ser respetado para asegurar la fiabilidad de los resultados obtenidos y el mantenimiento del equipo. En primer lugar, antes de usar el phmetro, se recomienda que el usuario comprenda la teoría y conceptos básicos de la medición del pH. A continuación, el técnico debe verificar el phmetro funcione correctamente, comprobando la calibración del dispositivo y asegurándose de que se encuentra dentro de los límites de aceptación. Antes de comenzar a usar el pH metro, se debe preparar la muestra. Si fuera necesario, el técnico puede diluir la muestra para obtener una medición más precisa. Seguidamente, se debe colocar la sonda de pH en la muestra y ajustar la temperatura si es necesario para proceder a tomar la medición y anotar el resultado. Una vez ha finalizado el proceso de medición, el técnico debe proceder a limpiar la sonda con agua destilada mediante un frasco lavador, para así prepararla para la siguiente medición. Por último, se deberá volver a introducir el electrodo en la solución conservadora para evitar

la desecación y almacenar el dispositivo en un lugar seguro y seco cuando no se esté utilizando.

Durante este proceso, es posible que se den lecturas inexactas (si no se realiza una calibración adecuada previa), deterioro de los electrodos por mal uso o desgaste, contaminación de la solución de análisis o lecturas inexactas cuando se usa en condiciones ambientales inadecuadas o extremas. En cualquiera de estos casos, el técnico deberá revisar el protocolo descrito para evaluar cuál es el problema y en qué momento se ha producido el error.

5 Discusión-Conclusión

El pHmetro es una herramienta de gran utilidad para los técnicos de laboratorio. Esta herramienta permite a los técnicos realizar mediciones precisas del pH de una solución, lo que es esencial para mantener un control de calidad de los productos en el laboratorio. Además, es fácil de usar y ofrece resultados rápidos y fiables. Por estas razones, es una herramienta de gran valor para los técnicos de laboratorio. Así pues, es importante que los técnicos de laboratorio se familiaricen con los protocolos definidos de manejo un pHmetro. Esto incluye familiarizarse con los diferentes tipos de sondas de medición, los diferentes pasos para calibrar y usar el dispositivo, y los diferentes parámetros que se pueden controlar. Además, es importante saber cómo realizar pruebas de calidad para asegurar que los resultados sean precisos.

6 Bibliografía

1. Calambás Ortega, D. M. (2014). Manual de procedimientos para la verificación/calibración de instrumentos y equipos del laboratorio clínico.
2. Guiñón, J. L., Aviñó, J. G. A., & Herranz, V. P. (2005). Construcción de un pH metro portátil basado en amplificadores operacionales: Aplicación en laboratorio y en control de procesos. *Ingeniería química*, (422), 131-136.
3. Moreno Roncancio, N. J., & Marín Mosquera, S. (2009). Documentación y montaje de los protocolos del laboratorio para determinación de algunas propiedades físicas y Químicas de agua potable en la planta de tratamiento de Villasantana SA eSP. del municipio de Dosquebradas.

Capítulo 50

PROTOCOLO DE LABORATORIO PARA LA DETECCIÓN DE BACTERIEMIA A TRAVÉS DEL HEMOCULTIVO

LAURA ROMERO SORIANO

RAQUEL CAMPORRO LLANA

VERÓNICA MUÑOZ EIRO

1 Introducción

Un hemocultivo es una prueba de laboratorio para detectar bacterias u hongos en la sangre. El procedimiento consiste en tomar una muestra de sangre de una vena y colocarla en un medio de cultivo para su cultivo y análisis. El hemocultivo se utiliza principalmente para detectar la presencia de infecciones en el torrente sanguíneo, también conocidas como bacteriemia, la cual puede llegar a desembocar en una sepsis.

La bacteriemia es la presencia de bacterias en la sangre, por lo tanto, un hallazgo microbiológico. La sepsis es un diagnóstico clínico que requiere mayor especificación con respecto al foco de infección y el patógeno etiológico, por lo que los médicos, epidemiólogos y microbiólogos aplican diferentes definiciones y terminología.

En un laboratorio, sus muestras de sangre se mezclarán con un material especial llamado cultivo. Ayuda a que crezcan bacterias o levaduras si ya están en la sangre.

En el laboratorio las muestras de sangre se mezclarán con un material especial llamado medio de cultivo. Este ayudará a que crezcan bacterias o levaduras si ya están presentes en la sangre del paciente. Es posible que pueda obtener resultados tempranos dentro de las 24 horas posteriores a sus análisis de sangre. Pero es posible que deba esperar de 48 a 72 horas para saber qué tipo de levadura o bacteria está causando su infección. Es posible que también necesite otras pruebas. Esta prueba se puede realizar en una variedad de entornos, como un laboratorio, un hospital, un centro de salud y en clínica privada.

2 Objetivos

- Describir el protocolo general para la detección de bacteriemia a través de hemocultivos en los laboratorios clínicos.
- Comentar el procedimiento a seguir tras la obtención de los resultados.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a partir de artículos indexados en bases de datos científicas como ScienceDirect, PubMed y Scopus. Para limitar la búsqueda, se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión. De este modo, solo se incluyeron artículos experimentales o revisiones publicadas en la última década, descartando cartas al editor, capítulos de libro o ponencias. Las palabras clave introducidas en los motores de búsqueda fueron "bacteriemia", "sepsis", "hemocultivo".

4 Resultados

Según los artículos analizados en esta revisión, el protocolo para la detección de bacteriemia a través de hemocultivos se debe realizar en un total de 10 pasos. En primer lugar, se debe tomar una muestra de sangre de la persona a ser examinada y de la que se sospecha bacteriemia o sepsis. Las muestras sanguíneas son depositadas en un frasco de vidrio específico para hemocultivo. Este debe agitarse para que la sangre se mezcle bien con el medio de cultivo que va a permitir el crecimiento de los microorganismos si estos estuvieran presentes. El tipo de frasco y el volumen de muestra va a depender del microorganismo a detectar. Actualmente existen sistemas informatizados que permiten el cultivo y detección del patógeno causante de la infección.

Adicionalmente, en la literatura se mencionan una serie de consideraciones a tener en cuenta por el personal del laboratorio. Por un lado, el protocolo de laboratorio para el diagnóstico de sepsis a través de hemocultivo debe realizarse con cuidado para asegurar que los resultados sean precisos y confiables. Asimismo, es importante tomar la muestra de sangre correctamente para obtener resultados precisos.

Si el resultado es negativo a las 48 horas, lo ideal sería realizar una tinción de Gram y sembrar en agar chocolate y agar sangre para descartar la bacteriemia. En cambio, si el resultado del hemocultivo es positivo, se deberían realizar pruebas complementarias para la identificación del microorganismo (siembra en agar sangre y agar chocolate, siembra en medios selectivos, caldo de tioglicolato producción de gas, presencia o no de ciertas enzimas, hemólisis, turbidez, pruebas bioquímicas), un antibiograma para determinar el antibiótico más eficaz para su tratamiento y emitir el informe de resultados para que pueda estar disponible para el equipo médico.

5 Discusión-Conclusión

El hemocultivo es una prueba diagnóstica importante para ayudar a los médicos a determinar si una infección bacteriana está presente o no en sangre. El resultado del hemocultivo puede ayudar a identificar el tipo de bacteria presente y el antibiótico más adecuado para tratarla. El hemocultivo es una prueba segura y efectiva para la detección de infecciones bacterianas en el cuerpo y es la prueba más habitual en los laboratorios clínicos de todo el mundo.

En definitiva, el hemocultivo es una prueba útil para detectar la presencia de bacterias en el torrente sanguíneo, lo que puede indicar la presencia de una infección sistémica, como la sepsis.

6 Bibliografía

1. Gallego, P. R., & Sahuquillo, M. G. (2019). Antisepsia en la extracción de hemocultivos. Tasa de contaminación de hemocultivos. *Medicina Intensiva*, 43, 31-34.
2. Julián-Jiménez, A., & Rubio-Díaz, R. (2019). Hemocultivos en el servicio de urgencias: ¿podemos predecir las bacteriemias?. *Emergencias*, 31(6), 375-376.
3. Serrano, M. R. G., Escartín, N. L., Arriaza, M. M., & Díaz, J. C. R. (2019). Diagnóstico microbiológico de la bacteriemia y la fungemia: hemocultivos y métodos moleculares. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 37(5), 335-340.

Capítulo 51

LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPIS)

CARLOTA ÁLVAREZ CARBAJAL

1 Introducción

Los equipos de protección individual o EPIs se definen como cualquier equipo cuya función es ser llevado o sujetado por el trabajador para protegerle de los diferentes riesgos que su trabajo le pueda generar así como disminuir los daños ocasionados de un accidente. Deben ser llevados de manera permanente por el trabajador mientras se encuentre en la situación de riesgo.

El EPI puede limitar al trabajador de algún modo restringiendo su visibilidad o movimientos, pero debe adecuarse a las condiciones del lugar de trabajo. Existen dentro de ellos diferentes categorías y numerosos tipos de EPIs para las diferentes partes del cuerpo y situaciones laborales en las que se requieran, no siendo válidos los equipos como los uniformes de trabajo, por ejemplo.

La formación en este campo es importante para el buen desarrollo del trabajo así como la seguridad y la salud de los trabajadores. Debemos aclarar que el trabajador usa el equipo para protegerse a sí mismo y no a terceras personas. En este caso, estaríamos hablando de materiales como mascarillas usadas en los diferentes servicios sanitarios, así como los guantes. Los equipos de protección que se utilizan para proteger a personal distinto del que los lleva no son EPI.

2 Objetivos

Los principales objetivos de los EPIs en la prevención de riesgos laborales son:

- Entender el concepto EPIs y su principal función.
- Reconocer las diferentes categorías.
- Conocer la naturaleza de los riesgos y su relación con el ambiente de trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una vez explicado el concepto del equipo de protección individual (EPI) y sabiendo que su principal función es proteger al trabajador de su salud y seguridad, ya solo queda entender y poner en práctica en los diferentes servicios la Ley 31/1995 de prevención de Riesgos Laborales.

En la citada ley, los trabajadores tienen derecho a una protección efectiva en lo que a dicha salud y seguridad en el trabajo se refiere; en todo ello el empresario tiene un papel importante frente a los riesgos que el personal puede sufrir, tanto en la información, formación y facilitación del material.

Los EPI deben llevar marcado CE conforme al Reglamento (UE) 2016/425 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a los equipos de protección individual. Además, el EPI debe llevar la información que se indica en el Reglamento: datos del fabricante, identificación del producto, instrucciones e información, etc.

Los equipos de protección individual se clasifican, en función de las consecuencias de los riesgos, en tres categorías. Dependiendo del riesgo, estos podrían ser: Riesgos Menores: Categoría 1.

Riesgos Intermedios: Categoría 2.

Riesgos Graves o irreversibles: Categoría 3.

Identificar y evaluar los riesgos que motivan el uso del EPI es importante para poder utilizar el material y las técnicas adecuadas para la eliminación de los mismos, los cuales deberán ser evaluados y cuantificados en la medida de lo posible, pues no todos los EPIs están diseñados para la protección frente a un mismo tipo de riesgo.

Es importante la información para poder garantizar la formación con actividades de entrenamiento para la utilización de los EPIs de manera correcta. Por su parte,

los trabajadores deberán gestionar tanto la utilización como el cuidado correcto de los equipos, colocarlos en el lugar prefijado y habilitados para ello, así como informar de cualquier anomalía o fallo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los EPIs deberán formar parte de nuestra rutina en el trabajo en aquellos momentos en los que se pueda poner en riesgo nuestra seguridad, salud e integridad física y no haya sido posible evitarlos suficientemente por medios de protección colectiva o mediante medidas o métodos de organización.

Teniendo estos que ser facilitados por la empresa, así como la formación para su correcto uso y mantenimiento en el tiempo.

Una buena organización y prevención en el trabajo facilitará la buena productividad y calidad del mismo dentro de los marcos legales y siguiendo la normativa correspondiente del Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo,

6 Bibliografía

1. <https://www.insst.es/-/-que-es->.
2. <https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/importancia-epi-prevencion-riesgos-laborales>.
3. http://ssprl.gobex.es/ssprl/c/document_library/get_file?uuid=94678521-4321-46a6-94e6-573d27d7561e&groupId=10156.
4. <https://uprl.unizar.es/epis/equipos-de-proteccion-individual-epis>.
5. https://www.mincotur.gob.es/es-es/COVID-19/industria/GuiaFabricacionEpis/Generalidades/Tabla_resumen_de_productos_EPI_y_PS_v2.pdf.

Capítulo 52

EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA DEL TÓRAX MEDIANTE RADIOLOGÍA CONVENCIONAL

MARIA JESUS CHICO CABEZAS

1 Introducción

La radiografía de tórax es el examen radiológico más utilizado. Se hace para observar por dentro y evaluar el estado de los pulmones, sobre todo, el corazón y la pared torácica. Sirve para diagnosticar neumonía, insuficiencia cardíaca, enfisema, cáncer de pulmón, etc.

Antiguamente este tipo de radiografías se solían hacer antes de una operación. En las urgencias hospitalarias y en los servicios de radiología general, las proyecciones que más se usan son la posteroanterior (PA) y la lateral simple. Este estudio utiliza una dosis muy pequeña de radiación ionizante, es rápida y fácil de realizar.

La neumonía y la insuficiencia cardíaca son las enfermedades más comúnmente diagnosticadas.

De los inconvenientes que tiene podíamos decir que cuando una enfermedad es sospechosa por la placa de tórax, se necesitan más pruebas para el diagnóstico final.

Aunque se utilice mucho tiene numerosos inconvenientes. Por ejemplo, un paciente con un infarto agudo de miocardio, puede llegar a tener un aplaca normal de tórax por lo que se necesitan más pruebas.

Se utiliza para evaluar ante la presencia de síntomas como son la dificultad para respirar, tos fuerte o persistente, lesión o dolor en el pecho y fiebre. Esta radiografía se puede hacer con el Bucky mural de pie o tumbado en la mesa. También es la más utilizada en portátiles, trasladando los equipos a la habitación del paciente o hacia la sala de emergencias.

2 Objetivos

Describir e indicar el mecanismo de actuación a la hora de realizar una placa de tórax por el técnico de rayos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes artículos científicos sobre la radiografía de tórax. Se han utilizado libros y búsquedas en las principales bases de datos de Internet como son Google y Medline.

4 Resultados

El papel del técnico es muy importante al hacer este tipo de radiografías. Este estudio se suele realizar en dos proyecciones: la posteroanterior (PA) y lateral. Lo primero de todo a la llegada del paciente es decirle que se quite objetos metálicos que pueda llevar para evitar artefactos que no permitan la correcta visualización de las imágenes, sobre todo, cadenas y piercings.

Se le comunica que tiene que quitarse la ropa de cintura para arriba y se le proporciona una bata.

- La proyección PA se hace normalmente en bipedestación, siempre que el paciente pueda aguantarse de pie, se dispara en inspiración completa. Hay que decirle que coja mucho aire y lo mantenga dentro de los pulmones para tener una mejor expansión pulmonar y que descienda el diafragma.

Se le pide que ponga los brazos en jarra y los codos hacia adelante para despejar los campos pulmonares de las escápulas.

- La proyección lateral de tórax, se utiliza como complementaria a la PA, para poder obtener una visión completa de todo el tórax y saber a qué nivel se en-

cuentra la lesión. Se realiza en bipedestación con los brazos elevados también en inspiración completa y con el lado izquierdo del paciente pegado al Bucky.

La distancia foco-película (DFP) ha de ser de 1, 80m en las dos proyecciones.

Respecto a los criterios de calidad para que una radiografía de tórax esté correctamente realizada se pueden enumerar los siguientes:

- Se debe ver toda la trama pulmonar.
- Debe estar bien centrada evitando rotaciones.
- Bien inspirada, se deben poder contar los arcos costales anteriores y posteriores, 6 y 10 respectivamente.
- Las escápulas deben quedar fuera del campo pulmonar.
- Si se ha realizado en bipedestación, debe haber aire en la cámara gástrica.
- Se deben observar: La caja torácica, espacios aéreos, hilios pulmonares, mediastino.
- En la lateral debe observarse desde los vértices pulmonares hasta los senos costodiafragmáticos.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía de tórax es el examen radiológico más utilizado y se suele hacer antes de una cirugía.

El papel del técnico es fundamental para la realización de estas radiografías y se suelen utilizar dos proyecciones: la PA y la lateral en bipedestación normalmente. También existen otros tipos de proyecciones menos utilizadas como la anteroposterior (AP) o la de decúbito lateral si el paciente no puede mantenerse en pie.

El técnico debe aplicar unas prácticas adecuadas basadas en los criterios de calidad para que la placa esté correctamente realizada.

Es una radiografía muy utilizada, pero tiene algunos inconvenientes como que algunas enfermedades pasan desapercibidas y hay que hacer más pruebas ante la sospecha de alguna enfermedad.

6 Bibliografía

1. Rayos X del tórax (Internet) Disponible en: radiologyinfo.org/es/info/chestrad.
2. Radiografía de tórax (Internet) (citado 25 05 2009) Disponible en: es.wikipedia.org/wiki/radiografía_de_tórax.

Capítulo 53

EL TÉCNICO DE RAYOS Y LAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS Y DE IMÁGEN PARA EL ESTUDIO CARDÍACO Y VASCULAR MEDIANTE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

MARIA JESUS CHICO CABEZAS

1 Introducción

El estudio cardíaco se realiza por medio de una técnica llamada radiología intervencionista, más concretamente angiografía intervencionista. Esta técnica radiológica utiliza como guía varios tipos de procedimientos radiológicos como los rayos X (RX), tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RMI), ecografía (eco), etc. para poder introducir un catéter en la zona afectada y llevar a cabo su diagnóstico o tratamiento. Trata tanto vasos sanguíneos como linfáticos y también sirve para llegar a órganos enfermos.

Esta técnica comenzó en 1930 con la arteriografía.

En 1960 se moderniza y se crea la técnica de angiografía coronaria selectiva transfemoral y la angioplastia transluminal percutánea (ATP), cuyo principal objetivo es ensanchar el diámetro de los vasos evitando una obstrucción.

Estas técnicas las realizan los radiólogos intervencionistas.

Sirven para tratar afecciones como estrechamiento en el diámetro de los vasos, aneurismas y también pueden servir para guiar biopsias cuando se encuentran masas sospechosas.

Para facilitar el acceso al vaso Seldinger, en 1953, aplicó tres sencillos materiales: aguja, guía y catéter.

Estos tres utensilios siguen siendo imprescindibles en la actualidad en la cirugía intervencionista.

De los procedimientos más frecuentes a realizar se pueden distinguir la arteriografía, angioplastia, trombólisis, embolización vascular, etc.

Todos estos procedimientos son poco invasivos, puesto que solo se necesitan hacer pequeñas incisiones.

2 Objetivos

- Indicar la importancia del técnico en estos estudios.
- Explicar cómo se lleva a cabo este tipo de procedimientos y su finalidad.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de información en una revisión bibliográfica.

Se ha realizado búsqueda en libros relacionados con la categoría profesional y búsqueda en las bases de datos como Google o Pubmed, seleccionando artículos científicos relacionados y utilizando palabras clave como angiografía, radiología intervencionista, etc.

4 Resultados

La angiografía por catéter utiliza material de contraste intravenoso yodado para resaltar los vasos, es papel del técnico o el enfermero/a la inyección de este contraste en una vena de la mano o el brazo, conocidas como venas braquiales.

Se suele realizar para varias enfermedades las más frecuentes son:

- Aterosclerosis, sobre todo en la arteria carótida del cuello.
- Aneurismas, en la aorta principalmente o en otras arterias.
- Implantación de un stent para dilatar arterias obstruidas.
- Evaluar estenosis u obstrucciones de los vasos.
- Evaluar malformaciones arteriovenosas (AVM).
- Detectar lesiones en pacientes después de un trauma.

El procedimiento se lleva a cabo:

- Primero administrando un sedante a pacientes que lo necesiten para disminuir la ansiedad.
- Se anestesia la zona, el médico realiza una pequeña incisión donde meter el catéter en una arteria o una vena.
- Guía el catéter a la zona de estudio.
- Se inyecta el contraste y se toman varias radiografías.
- Se retira el catéter y se cierra la incisión.

Normalmente todo el procedimiento dura menos de una hora.

El técnico en imagen es un recurso importante en estas intervenciones formando parte del equipo.

Dentro de sus funciones en estas intervenciones se pueden destacar las siguientes:

- Aplicar técnicas adecuadas a cada procedimiento y zona anatómica mediante el conocimiento de la anatomía cardiovascular.
- Saber manejar correctamente los equipos de RX generando imágenes de calidad.
- Llevar a cabo los protocolos pertinentes.
- Hacerse cargo del estado de los elementos de protección radiológica plomados y la dosimetría del personal.
- Cuidar del equipo radiológico.
- Aplicar las normas de bioseguridad.
- Revelar las radiografías.
- Trabajar en equipo con el enfermero/a.
- Tener los datos del paciente ordenados para una rápida búsqueda.
- Encargado de aplicar dosis de radiación adecuadas a cada estudio.

5 Discusión-Conclusión

El intervencionismo radiológico en el sistema cardiovascular sirve de mucha ayuda a la hora de detectar enfermedades y poder tratarlas quirúrgicamente.

Las técnicas radiológicas como los RX son muy importantes para guiar estas intervenciones.

El papel del técnico en imagen para el diagnóstico es un recurso importante dentro de estos procedimientos trabajando en equipo con el resto del personal sanitario.

Estos procedimientos se realizan con tres materiales importantes que descubrió Seldinger y que todavía en la actualidad se siguen usando: aguja, guía y catéter.

Se suele realizar para varias enfermedades cardiovasculares, se suelen tratar más frecuentemente afecciones como aterosclerosis, aneurismas o implantación de stent.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es la radiología intervencionista? (Internet) (citado enero 2021). Disponible en: kidshealth.org/es/parents/intvnl-radiology.html.
2. Organización, funciones y técnicas en la sala de radiología vascular Intervencionista (Internet) Disponible en: chospab.es/enfermería/piper_nuevo/rx/protocolos/organiz-crasc.htm.
3. Libro: Técnico especialista en radiodiagnóstico. Temario parte específica. Volumen 2. Editorial MAD.

Capítulo 54

ESTUDIO E INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS POR EL CELADOR

ALMUDENA RODRÍGUEZ ELEZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos están destinados a pacientes enfermos con enfermedades o patologías muy graves y procesos ya avanzados y diagnosticados de incurables con un pronóstico vital limitado que siempre se encamina a aliviar el sufrimiento y a mejorar la calidad de vida del paciente afecto y de sus familias cuyo fin es una muerte próxima establecido en un plazo inferior a los 6 meses. El celador auxiliará a estos pacientes afectos siguiendo las indicaciones recibidas tanto de los facultativos, enfermeras y Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Es de especial importancia la investigación y el estudio de los cuidados paliativos , ya que estos los cuales se abren camino en las Ciencias de la salud y en la esfera de la Enfermería, así como de los demás profesionales sanitarios y no sanitarios , porque con el desarrollo y avance de la medicina desde sus principios ,hasta su conversión en un moderno y actual servicio asistencial.; se estudia su conceptualización y sus principios rectores ,se valora el papel del servicio de práctica de los profesionales de Enfermería especialmente en la sociedad, a partir de los modelos y de teorías que sostienen la intervención, actuación y el profesionalismo en la asistencia y los cuidados ; se realiza una revisión documental sobre el historial de los cuidados paliativos con la finalidad de determinar los referentes metodológicos y los teológicos de su evolución hacia un modelo de atención asistencial más actual, para la superación de los profesionales de la salud . (1) .

2 Objetivos

Exponer el estudio e investigación por parte del celador del proceso a seguir en los cuidados paliativos y de los requerimientos tanto del enfermo como de sus familiares.

3 Metodología

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

4 Resultados

En los centros o instituciones sanitarios y hospitalarios los profesionales del gremio de celadores ayudarán, auxiliarán y colaborarán con el apoyo a los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en las necesidades y requerimientos de estos enfermos tanto en necesarios cambios postulares, como en aseo, higiene y demás funciones o demandas que le sean necesarias al afectado. Los cuidados paliativos son una tipología de atención sociosanitaria que se manifiesta en la etapa final de la vida, son un verdadero sistema de soporte y apoyo integral para el paciente mejorando su calidad de vida lo mejor posible en la etapa final.

Los cuidados paliativos son de especial importancia y estos serán una conjunción o una asociación entre el paciente afecto, familia, amigos y por supuesto del equipo de atención tanto de enfermería como médica. Este equipo puede estar compuesto por un médico, un terapeuta, un profesional enfermero, un trabajador social y un consejero espiritual. Los servicios prestados se deben practicar en: las unidades móviles de apoyo hospitalario, unidades de cuidados paliativos, casas de reposo para pacientes diagnosticados terminales, unidades y servicios hospitalarios de día, equipos de control ambulatorio y de atención y asistencia domiciliaria.

El éxito de los cuidados paliativos estará basado y establecido en la comunicación que debe existir y forjarse entre el paciente afecto y su familia así como su entorno, el equipo en un ambiente de respeto, cordialidad y confianza, así como

en el perfecto entendimiento de los objetivos y premisas planteados, el estado de la patología y enfermedad y los deseos especialmente del paciente afecto y subsidiariamente de sus familiares. El mejor psicofármaco es un buen equipo formado en cuidados paliativos y es comprensible que una persona mortalmente afecta presente un exponencial desajuste emocional. Esta situación suele mejorar cuando el paciente afecto ve que el equipo de profesionales empieza a preocuparse por su estado tanto físico, así como el emocional enfatizando siempre con él y proporcionándole una mejor calidad y trato dentro de la gravedad de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, extraemos de este estudio e investigación que se entiende como cuidados paliativos a los que están dirigidos hacia y a la persona afecta como un derecho humano que va a demandar de una atención integral de calidad muy necesaria en la actual sociedad. La muerte es inevitable, es un proceso natural por el que todos más tarde o más temprano debemos de pasar en algún momento de la vida por eso son tan necesarios aplicar estos citados cuidados paliativos para proporcionar en todo momento una muerte digna a las personas que en esos instantes notaran, inseguridad, ansiedad, dolor, miedo, angustia etc.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/introduccion-cuidados-paliativos-profesionales-enfermeria/>
2. <http://www.Secpal.com>> Secpal-historia-de los – cuidados- paliativos.
3. [Wikipedia.org/Medicina-Paliativa](https://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_paliativa).

Capítulo 55

ESTUDIO E INVESTIGACIÓN POR EL CELADOR DEL SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO

PILAR CUADRADO OTERO

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano el cual afecta a un gran número de profesionales de la salud se ocasiona cuando se ve afectado el nervio mediano, en su recorrido por la muñeca, este queda comprimido, logrando menoscabar la sensibilidad, así como la actividad motora de la mano.

La sintomatología se inicia con una sensación como de hormigueo, entumecimiento o adormecimiento de la mano, en particular se suele iniciar en el dedo índice y sus contiguos, las molestias logran irradiar ese hormigueo hasta el codo, y cursar con dolor.

Los motivos que provocan esta enfermedad y patología son múltiples, y que son concernientes, tanto con el estado de salud previo, como, con la tipología de trabajo que se efectúa.

El diagnóstico se acomete mediante la observación de la sintomatología citada, aplicando las pruebas de Phalen y Tinel-Hoffman, o pruebas como la Electromiografía. No es una enfermedad estimada como grave, pero sí que menoscaba en algunas ocasiones la capacidad del paciente para lograr la manipulación de objetos.

En la esfera sanitaria, el síndrome del túnel carpiano es una afectación y lesión bastante común, tanto entre el personal sanitario como no sanitario, como entre los profesionales que se ocupan del cuidado de los pacientes.

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, encuadra esta dolencia, y la registra dentro del grupo de Patología y/o enfermedad profesionales en el sistema de la Seguridad Social.

2 Objetivos

Definir como profesionales del gremio de celadores el síndrome del túnel carpiano, así como exponer los elementos o condicionantes que logran desencadenar esta patología.

3 Metodología

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

4 Resultados

El túnel carpiano se halla ubicado en la parte considerada flexora de la muñeca, están dotados de ocho huesos, denominados carpos, unidos por una banda transversal, a modo de forma de túnel, por cuyo hueco discurren las venas, los nervios así como los tendones, para adentrarse hacia la mano.

El síndrome del túnel carpiano se ocasiona, por una contracción del diámetro del citado hueco, o bien por un incremento al respecto del volumen de los elementos citados que lo atraviesan, con el consiguiente aplastamiento y compresión de estos, el riego sanguíneo se minimiza o inclusive se paraliza, e impide al nervio medio ejercer como el trasmisor que es, de las células sensitivas, así como el impedimento a los tendones flexores que son los que accionan el movimiento en los dedos.

Esta patología, no se debe a un único origen, sino que se deriva de la consecución de múltiples elementos, y cuantos más se juntan, mayor es la probabilidad de padecerla.

Elementos de salud:

-Patología y/o enfermedades inflamatorias, como el reuma, la artritis.

- Patología y/o enfermedades metabólicas, como la diabetes, la obesidad.
 - Infecciones agudas de la mano.
 - Efectos secundarios de algunos fármacos, por ejemplo, los usados como anticonceptivos.
 - Cambios hormonales, durante el desarrollo del embarazo, o inclusive en la menopausia.
 - Antiguas lesiones precedentes como fracturas, esguinces o luxaciones en la muñeca.
 - Constitucionales, de la propia anatomía del afecto como poseer el túnel carpiano muy estrecho.
- Elementos y condicionantes laborales:
- Adoptar posturas incómodas, difíciles o dolorosas, con las manos y/o los brazos.
 - Realizar movimientos de repetición, muy forzados, de presión o pinza, de un modo reiterado y continuado.
 - Apoyar el talón de la mano, de modo prolongado o reiterado, sobre ciertas superficies, sobre todo si son duras o con aristas.
 - Levantamiento o movimiento de cargas pesadas.
 - Falta de ergonomía correcta y adecuada en el puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Del estudio e investigación del síndrome del túnel carpiano como profesional celador se saca en conclusión y opinión de que se deben de tomar siempre las medidas correctas y adecuadas para evitar y prevenir.

El profesional celador debe estar atento a los primeros síntomas de la enfermedad, solicitar en su empresa un parte de asistencia para acudir a la mutua de accidentes de trabajo y Patología y/o enfermedades profesionales, para comenzar el tratamiento lo antes posible.

El Síndrome del Túnel Carpiano es una enfermedad y patología evitable, se puede y se debe prevenir, ya no solo por razones sanitarias, sino igualmente, por el ingente gasto que comporta, por tanto, las empresas y los profesionales, deben de tomar medidas de prevención, de modo conjunto para que estas sean realmente efectivas.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de Patología y/o enfermedad profesionales en el sistema de la Seguridad Social y

se establecen criterios para su notificación y registro

2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales

3. [https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/Patología y/o enfermedad/sindrome-deltunel-carpiano/definicion](https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/Patología-y/o-enfermedad/sindrome-deltunel-carpiano/definicion)

4. <https://www.fundacionmapfre.org/educacion-divulgacion/seguridadvial/movilidad-segura-salud/sabias-que/sindrome-tunel-carpiano-conduccionsegura/>

5. <https://es.statista.com/estadisticas/1037940/numero-de-casos-de-sindromedel-tunel-carpiano-en-espana/>

6. <https://revistamedicojuridica.com/blog/2021/02/21/estudio-del-sindrome-deltunel-del-carpo-en-el-ambito-laboral/>

7. <http://tusaludnoestaennomina.com/wp-content/uploads/2014/06/Sindromedel-tune-carpiano.pdf>

Capítulo 56

EL CELADOR Y LOS CUIDADOS EN EL ANIMALARIO

ÁNGEL NOTARIO GARRIDO

MARIA ISABEL MADRIGAL COBO

MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON

MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

1 Introducción

El animalario es un servicio que pertenece al Hospital aunque está separado de él y se usa para procedimientos o fines científicos o docentes y solo para los siguientes:

- Para Investigación médico-Legal.
- Para la Protección del medio ambiente natural a favor de bienestar o de la salud de los animales y de las personas y del mantenimiento de biodiversidad.
- Para la formación y la educación.

El animalario es una zona del hospital donde se experimenta con animales bien para cualquier tratamiento o para el diagnóstico de las enfermedades. Al Celador que se encarga del Animalario se le llama Animalcro.

En el animalario siempre se tiene que llevar un registro en el cual tiene que permanecer siempre en el Centro a disposición de la autoridad competente, donde conste siempre el número de animales que hay en el Hospital, especificando cuál

es la especie, las entradas y salidas, los animales que son sacrificados, los que se cogieron para un procedimiento y los resultados que se han obtenido.

El Estatuto de Personal no Sanitario, dice en su artículo 14-2.21 que una de las funciones del celador es la de cuidar animales en el animalario, se encargara de dar de comer y limpiar las jaulas.

2 Objetivos

Conocer el papel que tiene el Celador en el Animalario y conocer bien sus funciones.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Para el cuidado de los animales en los Hospitales, hay que reunir los siguientes requisitos:

1. Condiciones adecuadas de alojamiento, alimentación, bebida y medio ambiente a los animales 1.
2. Que tengan libertad de movimiento.
3. Cuidar su salud y bienestar.
4. Que puedan satisfacer sus necesidades fisiológicas y etológicas.
5. Garantizar un buen nivel de bienestar, revisando a diario las instalaciones y las condiciones ambientales 1.
6. Tener medios en caso de alteración en el estado de salud o bienestar de los animales.
7. Tener por escrito las Normas e instrucciones de trabajo.
8. Tener el plan de actuación en caso de emergencia o catástrofe.
9. No se puede acceder persona no autorizada en el interior del Animalario.
10. Supervisar que los animales no sufran dolor ni angustia.1

El papel del Celador en el Animalario:

-Cuidar de los animales: se les dará a todos los cuidados necesarios.

- Esterilizar y limpiar bandejas que contienen excrementos.
- Procurar que tengan el suficiente espacio para moverse y que esté en condiciones para su posible salud y bienestar.
- Alimentarlos por especie y edad, según las características y necesidades con equilibrio.
- Si no es por procreación, no se pueden juntar machos y hembras.
- Recuperación y captura de animales que se escapan, bien por descuido o tener las puertas abiertas.
- Lavar los comederos, bebederos, las jaulas.
- Traslado de los animales a las diferentes dependencias.
- Que haya fácil acceso para los animales.
- Cumplimiento de las directrices recibidas, etc., con frecuencia para tener una buena higiene.
- Actuar según el protocolo del Hospital en caso de tener que desalojar, enterrar o incinerar un cadáver.
- Que los bebederos estén siempre llenos de agua.
- Mantener el número de animales necesarios de fácil procreación como pueden ser conejos o ratas 2.

5 Discusión-Conclusión

El papel del Celador en el Animalario es necesario para un buen funcionamiento del animalario y para que progrese la biomedicina, las vacunas, los fármacos y los fines sanitarios.

Los Celadores es el que se encarga del cuidado del Animalario como son los comederos, los bebederos, la limpieza, el traslado de los mismos, la colaboración en los experimentos, alimento y cuidado de los mismos para que estos animales estén en buenas condiciones.

El libro de registro es necesario tenerlo para que sin entrar en el Animalario, se pueda saber exactamente, los animales hay, sus clases, cuáles se cogieron para el experimento, que resultados se obtuvieron, etc.

Por último los celadores realizan todas las labores que sean esenciales para el mantenimiento de los animales tengan buena calidad de vida y un bienestar óptimo. Se encargan de su cuidado y del manejo de los animales.

6 Bibliografía

https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-el-animalario#que_es_

el_animalario.
www.revistamedica.com

Capítulo 57

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN UNA FARMACIA HOSPITALARIA

ÁNGEL NOTARIO GARRIDO

MARIA ISABEL MADRIGAL COBO

MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON

MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

1 Introducción

La farmacia hospitalaria se define como un servicio de atención médica, la cual está encargada de la preparación, almacenamiento, elección, dispensación de medicamentos y productos sanitarios, la cual una de sus funciones es asesorar a los profesionales de la salud y de los pacientes sobre el uso eficiente, efectivo y seguro. Es un servicio el cual tiene como objetivo de que cada paciente reciba su medicación, la cual ha sido pautaada por el personal médico, también como la frecuencia de administración, la dosis adecuada y la duración del tratamiento, mientras dure su ingreso en un centro hospitalario.

En los centros hospitalarios, casi en la mayoría de ellos, cuenta con el servicio de farmacia, este servicio depende de la Dirección Médica. Este servicio dentro de un hospital, es un servicio centralizado, al cual tienen acceso todas las unidades hospitalarias.

Una de las funciones de una farmacia hospitalaria, es la del manejo de un sistema de preparación, depósito y dispensación de los medicamentos sanitarios, lo cual hace que para los profesionales sanitarios y para los pacientes, lleven un uso adecuado para su efectividad y administración.

Las funciones que desarrolla un celador dentro de una farmacia hospitalaria, son muy importantes, ya que la realización de estas de forma eficaz, ayudan al trabajo del personal sanitario y no sanitario, siempre buscando el beneficio de los pacientes.

2 Objetivos

Los principales de estos objetivos de este trabajo, serán los de conocer las principales funciones que presta un celador dentro del servicio de farmacia en centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Los servicios de farmacia de un hospital son las encargadas del suministro y dispensación de los medicamentos que les sean solicitados en unas condiciones legales y establecidas.

Las principales funciones de un celador dentro del servicio de una farmacia hospitalaria, nos encontramos las siguientes:

- Recepción de los materiales.
- Transporte de los productos desde otras unidades del hospital o de un almacén hasta la farmacia.
- Acondicionamiento del suero y alcohol, así como proceder a su dispensación a las diferentes unidades de un hospital.
- Hacer un recuento periódico de los materiales de los cuales sea responsable, siempre debe tener por objeto, la comprobación de las existencias reales de aquellos productos que están almacenados cuando se haga el recuento, al hacer el

inventario general, este suele realizarse anualmente para conocer las existencias reales del material que se tiene almacenado.

- Transportes y traslado de aquellos productos desde las distintas unidades de un centro hospitalario hasta la farmacia.
- Transporte de los materiales dentro de la farmacia.
- Colaboración cuando se lleve a cabo los inventarios.
- Distribuirá la medicación y del resto de productos galénicos a las diferentes Unidades del Hospital. Por eso tiene que dejar el carro a cargo del personal de Enfermería para aquellos pacientes que tengan asignados.
- Movilización de los materiales pesados.
- Será el encargado del traslado desde la farmacia hasta las distintas unidades hospitalarias de los carros que contengan la medicación.
- Acondicionar los materiales. Estos materiales que son recibidos por el celador, deben ser entregados al personal sanitario, junto con una copia de los albaranes correspondiente, para que el personal administrativo, hagan la contabilización de la entrada del mismo.
- Clasificación, colocación y ordenación de los materiales en los estantes. El celador es el encargado de acondicionar determinados productos de forma directa, como son los botes de suero fisiológico, garrafas de alcohol, entre otros.
- Será el encargado de la custodia de la farmacia.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de farmacia de un hospital, tiene unas cuantas peculiaridades, las cuales llegan a requerir que todo personal sanitario, tenga unos conocimientos adecuados para que se desarrollen de forma correcta su función.

Es de vital importancia el área de farmacia dentro de un centro hospitalario, ya que es el proveedor de material sanitario al resto de servicios del hospital. El celador que desempeña sus funciones en el servicio de una farmacia hospitalaria, ayudan a que este servicio se desarrolle con total normalidad, ya que se encarga entre otras muchas funciones en el traslado a distintas unidades de un centro hospitalario de la mediación y del resto de material sanitario.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

- Pubmed

Capítulo 58

EL CELADOR Y LA ACTUACIÓN CON LOS PACIENTES PARAPLÉJICOS

ÁNGEL NOTARIO GARRIDO

MARIA ISABEL MADRIGAL COBO

MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON

MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

1 Introducción

En cada centro hospitalario, debe contar y prestar múltiples especialidades, para ofrecer a los usuarios, dentro de estos se encuentra la unidad de cuidados especiales para pacientes parapléjicos y tetrapléjicos. Algunas ciudades cuentan con hospitales que están destinados para la atención exclusiva esta clase de pacientes con este tipo de lesiones tan graves.

Es muy importante la figura del celador en estos centros, ya que su trabajo consiste en lograr ayudarles y practicarles unos métodos de movilidad, que resulten cómodas para los pacientes, ya que en este proceso utilizan técnicas de posturas, las cuales consiguen, entre otras muchas cosas el máximo confort posible, para evitar ciertas series de lesiones adquiridas por inmovilidad, como pueden ser escaras o úlceras por presión.

El celador ayuda a los pacientes en cuanto a la movilidad, ya que con la práctica son de gran ayuda para la realización de sus rutinas necesarias, lo que hace que

les facilite el día a día.

Los celadores deben conocer a la perfección, todo el tipo de procedimiento que puedan servir de ayuda y que necesiten, fundamentalmente en la parte de la rehabilitación, aquí el celador tiene un papel bastante importante, ya que presta ayuda en la manipulación de los pacientes, los cuales deben confiar en el trabajo que desarrollan los celadores.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer las funciones de los celadores desarrollan en los hospitales destinados a pacientes parapléjicos y tetrapléjicos.

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

La participación de los celadores en las unidades o centros destinados a los enfermos tetrapléjicos o parapléjicos, son variadas, como la ayuda que les prestan en las rutinas diarias, por ejemplo, en la higiene, en las movilizaciones que se practican para sentarlos en el sillón o del sillón a la cama, en las actividades destinadas a la rehabilitación, al ejercicio de estimulación, al trasladarlos en silla de ruedas o en camillas a otras áreas que precisen, a todo lo que engloba su cometido y sus competencias y lo que les ordenen sus superiores.

El celador, al ser personal que moviliza en la mayoría de los casos a los pacientes, debe tener claro una serie de técnicas a emplear a la hora de mover al enfermo para no sufrir él mismo una lesión por la fuerza empleada o por una mala postura a la hora de cargar. Si se diera el caso de no poder cargar con el paciente, se puede deslizar si hay opción a ello.

Para emplear las técnicas necesarias para posicionar al paciente, el celador deberá conocer a la perfección las posiciones básicas para todos los pacientes y debe de tener un grado de formación para saber emplearlas en cada caso con cada

paciente. Estas posiciones a las que se les practican a los pacientes, van acompañadas de la habilidad de colocar las almohadas de tal forma, que el paciente se encuentre lo más cómodo posible y no se produzca una lesión adicional.

Igualmente, debe conocer todas las técnicas para el cambio de sábanas. Para ello se emplean unas posturas, las más utilizadas son las llamadas, decúbito supino, decúbito lateral y en algunas ocasiones decúbito prono.

Aparte de todo lo mencionado anteriormente, las funciones del celador en estos centros son las mismas funciones que las de un celador en un centro hospitalario general.

5 Discusión-Conclusión

Las pacientes que sufren paraplejia o tetraplejia requieren de unos cuidados especiales y de unas técnicas de movimiento para su vida diaria, el celador es el personal de apoyo y ayuda a estos casos de complicada situación. En su adaptación al nuevo medio de vida, el apoyo de un profesional en su día a día, les supone una gran ayuda, tanto física como psicológica, pues el celador, aparte de todo lo mencionado, como en los traslados, la movilidad, también debe saber tratar con psicología a estas personas, entenderlas y atenderlas en todo lo necesario, por lo que el celador, como todo el personal tiene que obedecer a un protocolo especial para trabajar en la comunicación con los pacientes. Por todo lo expuesto, el trabajo del celador es de mera importancia en el trato y en la asistencia al paciente con paraplejia o tetraplejia.

6 Bibliografía

1. Manual de actuación del celador en los distintos ámbitos sanitarios. Disponible en <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com>
2. Conocimientos básicos y funciones del celador. Disponible en <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com>

Capítulo 59

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y SUS FUNCIONES EN LAS URGENCIAS GINECOLÓGICAS

CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ

MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA

CARMEN PALACIOS SALINAS

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS

JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON

1 Introducción

El embarazo se define como una de las etapas de la vida de las mujeres, esta etapa es una de las más importante y gratificante para ellas, en la cual va a tener como resultado la llegada al mundo de un nuevo ser humano. En el embarazo, cuya duración dura nueve meses, se van a producir una serie de cambios físicos y psicológicos en las mujeres.

Se llega a definir a la ginecología como una de las partes de la medicina encargada de estudiar el aparato reproductor femenino, así como aquellas enfermedades que se puedan derivar del mismo.

Dentro del servicio de urgencias ginecológicas, nos encontramos tanto personal sanitario como no sanitario, prestan y desarrollan su actividad laboral las siguientes categorías, 24 horas del día, durante los 365 días del año:

- Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).
- Enfermería.
- Ginecólogos.
- Celadores.
- Matronas.
- Enfermería.
- Limpiadora.

Dentro de servicio de la unidad de ginecología de un centro hospitalario, se realizan las funciones del personal sanitario y no sanitario, en las cuales sus principales tareas son llevar a cabo una atención médico-asistencial a aquellas mujeres que acuden al hospital al servicio de urgencias y que se derivan al servicio de las urgencias ginecológicas.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán los de conocer las funciones que desarrollan los celadores en la unidad de ginecología, sobre todo en las urgencias ginecológicas.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación y una revisión bibliográfica en la literatura científica existente, así como en las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo. También en buscadores de internet como Google.

4 Resultados

Las funciones específicas que prestan y desarrollan los celadores dentro de servicio de las urgencias de un área de ginecología:

- Indicarán la salida del hospital si la paciente es dada de alta en las urgencias ginecológicas.
- Traslado al laboratorio o al servicio de anatomía patología, aquellas muestras biológicas que se les han sido recogidas para su correspondiente análisis.
- Recogerán aquel material que les sea solicitado por el servicio de ginecología en un almacén general del centro hospitalario o de la unidad solicitada.

- Acompañamiento de la paciente al aseo y prestarle ayuda para cambiarse y ponerse su ropa, siempre que la paciente no pueda hacerlo por ella misma debido a sus dolencias o sus incapacidades físicas o psíquicas.
- Recibirán a las mujeres que vienen del servicio de urgencias, solicitándoles las pegatinas donde aparecen sus datos clínicos que han sido dados en admisión de urgencias.
- Harán de personal auxiliar a las matronas o ginecólogos/as en algunas funciones que le sean requeridas, sin hacer uso del material sanitario.
- Recogerán aquella medicación que les sea requerida por el servicio de ginecología en la unidad de farmacia hospitalaria.
- Acompañamiento de las pacientes al aseo para ayudarla a cambiarse y ponerse un camisón del hospital, cuando ellas no puedan hacerlo por sí mismas.
- Ayudaran al auxiliar de enfermería (TCAE) en la movilización de las pacientes para su correcta colocación y en la retirada de cuñas, cuando la paciente no lo pueda hacer por sí misma.
- Ayudaran a las pacientes tanto a subir como a bajar del potro o de la cama ginecológica antes y después de la exploración.
- Acompañaran a las pacientes al servicio de urgencias, si esta vuelve a ser remitida por el ginecólogo o ginecóloga de guardia.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia que los celadores que presten sus servicios o que estén adscritos al servicio de urgencias ginecológicas, sepan y estén bien formados en cuanto en profundidad a las funciones que tiene que llevar a cabo para poder realizarlas en el menor tiempo deseado. Algunas de estas funciones, se prestan como funciones auxiliares a otras categorías dentro de este servicio.

Las actuaciones de un celador dentro del servicio de urgencias ginecológicas, se tratan de unas funciones muy específicas de este servicio, por lo que estas no pueden ser desarrolladas por otros celadores que estén adscritos a otras unidades dentro del servicio de urgencias generales.

6 Bibliografía

Pubmed www.revistamedica.com

Capítulo 60

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ

MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA

CARMEN PALACIOS SALINAS

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS

JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON

1 Introducción

La cirugía mayor ambulatoria se lo conoce con la abreviatura de CMA, se trata de una de las unidades específicas de un hospital dedica para los pacientes quirúrgicos. En la actualidad cerca de un 80% de todas las intervenciones se realizan dentro de esta unidad.

La ubicación de la unidad de CMA se encuentra normalmente cerca de un quirófano de un centro hospitalario, para la pronta ubicación de los pacientes que son operados en esta unidad. Esta unidad suele estar compuesta por camas y sillones, depende de la operación a las que han sido sometidos los pacientes.

Esta cirugía mayor ambulatoria (CMA) es la que consiste en el alta hospitalaria de los pacientes el mismo día que se les ha realizado la intervención, la cual no

necesita que estos sean ingresados en un centro hospitalario para terminar de recuperarse.

Dentro del equipo que trabajan en esta unidad, nos encontramos al personal de enfermería, celadores, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, así como también cuentan con el apoyo del personal médico especialista que han intervenido en la operación junto con el anestesista.

No todos los pacientes que van a ser operados, son apropiados para este tipo de intervención por eso se debe hacer una selección de los mismos atendiendo aquellos criterios facultativos, sobre todo de los estados de los pacientes y de sus circunstancias.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán los de conocer las funciones de un celador dentro de unidad de cirugía mayor.

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.

4 Resultados

El celador que trabaja y presta sus funciones dentro de una unidad de CMA, debe estar siempre dentro de la misma, debido a que los pacientes recién operados, tiene unas características frágiles y pueden necesitar de su ayuda en cualquier momento. Por eso en caso de tener que abandonar esta unidad, siempre deberá hacerlo bajo unas indicaciones del personal sanitario y debe estar atento en cualquier momento en cuanto a la busca que lleva consigo.

El celador una vez ha recibido al paciente que se va a someter a una operación, junto con el personal sanitario que interviene, deben colocar a los pacientes en un sillón o cama, dependiendo del tipo de operación al que sea sometido y sobre todo al del paciente tras salir de la intervención. Tendrán que revisar todos los aparatos y que lleva el paciente operado, por eso tras las indicaciones del personal

de enfermería, debe ayudar en la movilización y colocación del paciente en la cama o sillón, con sumo cuidado de las vías, sondas y drenajes.

Si el paciente necesitara la realización de algún tipo de prueba complementaria, el celador de la CMA, hará el traslado del paciente siempre bajo indicaciones del personal sanitario al área correspondiente para la realización de la prueba, tiene que estar atento a todo el aparataje que porta el paciente, como puede ser el oxígeno, sondas o gotero.

Una de las funciones del celador de la CMA, será el traslado de los diferentes aparatos o mobiliario, que les sean solicitados, siempre siguiendo las indicaciones bajo las indicaciones del personal sanitario, para llevarlos a las distintas consultas junto los informes que les sean ordenados.

Cuando los pacientes son dados de alta de la unidad de la CMA, el celador es la persona encargada del traslado del paciente hasta la puerta principal del centro hospitalario, ya sea en una silla de ruedas o caminando, según sea el estado del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El celador que presta su trabajo dentro de esta unidad, es uno de los miembros integrante del equipo, prestándole una atención necesaria para que su estancia en la CMA, sea de calidad.

El celador tiene unas funciones muy importantes dentro de la CMA, sobre todo en las recuperaciones de los pacientes, tras la realización de las operaciones a las que han sido sometidos. Su trabajo es una muestra y una gran entrega en cuanto a la salud y la mejoría de los pacientes, ya que desde que los recibe en los quirófanos hasta el acompañamiento hacia la puerta de la salida del centro hospitalario, cuidando y respetando ante todo el proceso de asistencia.

6 Bibliografía

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Disponible en <https://www.comunidad.madrid/hospital/clinicosancarlos>.
www.revistamedica.com

Capítulo 61

EL CELADOR Y EL TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO DE ENFERMOS

CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ

MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA

CARMEN PALACIOS SALINAS

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-
MANJAVACAS

JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON

1 Introducción

El traslado trata de desplazar al paciente de un lugar a otro. Puede ser bien dentro de la propia unidad o a diferentes plantas del hospital. Todos los días se deben mover a muchos de los pacientes que están ingresados, estos ingresan y se deben mover dentro del recinto hospitalario para realizar las pruebas diagnósticas.

Ahora bien, en el momento en el que se transportan pacientes en ambulancias será necesario contar con personal cualificado para el transporte de ellos, en concreto en el servicio de ambulancias deberá de ir un celador y su misión será bajar en silla o camilla a los enfermos desde el piso de la ambulancia.

Esta función del celador queda recogida en el artículo 14.2 del Estatuto del Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971, el cual especifica que

“tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la institución como en el servicio de ambulancias”

Para finalizar, hoy en día muchos de los enfermos son capaces de caminar solos, pero otros ya no, y es necesario ayudarles en estas actividades de la vida cotidiana, de ahí la importancia del trabajo del celador.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es conocer las pautas a seguir ante una orden de traslado de un paciente por el celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

El traslado del paciente se puede realizar de diferentes maneras según la movilidad del paciente.

- Traslado del paciente en silla de ruedas: La silla de ruedas es la forma más sencilla para mover al paciente de un lado a otro cuando no está lo suficientemente fuerte para caminar o no es conveniente que lo haga.
- Para subir rampas, el paciente irá mirando hacia delante y el celador empujando la silla desde atrás.
- Para bajar rampas con silla de ruedas: en este caso el celador irá en primer lugar manejando de espaldas y transportando también al paciente de espaldas.
- Montar en un ascensor: entrará en primer lugar el celador y tira de la silla hacia atrás desde el interior hacia adentro.
- Salir de un ascensor: para salir se da la vuelta a la silla dentro del ascensor, se sale y se tira de ella desde fuera.
- Para trasladar al enfermo de la cama a la silla de ruedas se coloca la silla al lado de la cama y siempre con el respaldo cerca de los pies de la cama. Se frenará la silla para que no se mueva. Si la cama se puede bajar, se baja hasta que el enfermo llegue a tocar el suelo con los pies cuando esté sentado.

- Traslado del paciente camilla: las camillas se utilizan cuando los enfermos no son capaces de sentarse, cuando tienen grandes aparatos o yesos que son muy aparatosos y no les permite usar una silla de ruedas.
- Para entrar en ascensor, el celador entra y tira de la camilla por el área del cabecero. Y se sitúa al lado de la altura del paciente.
- Para salir en ascensor: el celador se sitúa en el cabecero de la camilla y la empuja, saliendo los pies del enfermo en primer lugar.

Los accesorios más comunes de las camas son:

- Ruedas.
- Barandillas.
- Estribo.
- Porta cuña.
- Soporte para bolsas urinarias, soporte de sueros, etc.

Normalmente, se suele trasladar al enfermo en la propia cama, pero en ocasiones es preciso trasladarlo a una camilla, la forma correcta de hacerlo dependerá de la movilidad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es importante la colaboración e información previa del paciente, así como contar con los recursos materiales necesarios y humanos entrenados y especializados en el acompañamiento de los pacientes lo que supondría un descenso de los incidentes ocasionados durante el traslado de estos.

Esto justifica la necesidad de reunir unos criterios básicos a dichos traslados, ya que este supone un riesgo añadido para el paciente, por ello hay que contrastarlo con los beneficios que le pueden aportar.

Por tanto el celador debe tener un adecuado conocimiento de este protocolo para que en cualquier momento pueda realizar un traslado intrahospitalario de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería, Primeros auxilios. ISBN Obra completa 978-84-16172-33-7, DLG: C1282-2014, Impresión: Tórculo Comunicación.

Capítulo 62

ELECTRICISTAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

RUBÉN CAVA

EDUARDO GARCIA DONATE

CARLOS LÓPEZ MUÑOZ

FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO

PEDRO JOSE CORTES MOLINA

1 Introducción

Vamos a hablar de los electricistas que forman parte del personal de mantenimiento en los centros hospitalarios. Es el personal que nos ayuda a mantener todas las instalaciones y material en perfecto estado. Además de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, los hospitales cuentan con un equipo humano muy diverso e igualmente importante que cumple una función: el personal de mantenimiento.

Es a este personal a quien el sistema sanitario deposita y confía todo su patrimonio. Dependiendo de cómo esté organizado el personal, sus suministros, protocolos y políticas de mantenimiento adecuadas, desde un hospital de gran prestigio, servicial y eficaz hasta un centro médico completamente ruinoso y en ruinas para lograr sus objetivos.

Los servicios de mantenimiento se pueden definir como todos los medios físicos, técnicos y humanos destinados a garantizar el correcto funcionamiento de

cualquier equipo médico eléctrico, así como de arquitectura e ingeniería de un centro médico en cualquier momento. Cuanto más grande es el centro médico, más personas se especializan en mantenimiento y más trabajos especializados, como mantenimiento eléctrico, mantenimiento mecánico y mantenimiento de instalaciones.

Estos empleados son responsables de garantizar que el equipo funcione de manera adecuada y eficiente, diagnosticar y corregir fallas y realizar controles de mantenimiento de rutina. Realizan las funciones de inspección, verificación, sustitución, instalación y montaje, reparación, detección de averías, sustitución y revisión de repuestos y limpieza de máquinas.

2 Objetivos

Conocer e identificar los diferentes perfiles de los profesionales del departamento de mantenimiento, electricistas en los centros hospitalarios y las funciones que desempeñan.

3 Metodología

Los estudios realizados incluyeron una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica disponible en diferentes parámetros buscados. Se realizó una búsqueda sistemática de artículos sobre personal de mantenimiento hospitalario. Revisión bibliográfica de base de datos, consulta de guías, procedimientos hospitalarios.

4 Resultados

El mantenimiento se puede definir como el desarrollo de actividades para lograr que algo se degrade al mismo o menor nivel de lo que se consideró en su diseño o alcance su “vida útil”, dependiendo del tipo de mantenimiento se encontrará:

- Mantenimiento preventivo: se realizan intervenciones programadas para mantener en perfecto estado los equipos e instalaciones.
- Mantenimiento predictivo: se realiza conociendo los valores de algunas variables que representan el sistema que se desea mantener en funcionamiento.
- Mantenimiento post-mortem: se realiza cuando uno de los sistemas o equipos falla o se daña durante la construcción. El mantenimiento preventivo y predictivo se puede planificar y ejecutar utilizando programas de trabajo, pero el

mantenimiento correctivo es un trabajo no planificado que se puede completar apresuradamente y aumentar el riesgo.

Los empleados de mantenimiento del hospital son:

1. Ingeniero en Tecnologías Industriales: responsable de la organización y responsable directo del mantenimiento y mantenimiento de todo tipo de equipos. Sus funciones son: publicar un informe sobre todas las cuestiones puramente técnicas, crear un presupuesto para las obras e instalaciones necesarias, supervisar y manejar los casos a medida que surjan, según su autoridad, realizar y gestionar seminarios para diversas profesiones orientados al mantenimiento y conservación de edificios y equipos. Inspecciones e información sobre la realización de servicios de mantenimiento por contrato por parte de subcontratistas. Se requiere el cumplimiento de los contenidos especificados en cada contrato.
2. Maestros Industriales: son los encargados de velar por las instalaciones a las que están encomendados. Proporcionar información técnica sobre incidencias e intervenir directamente en las soluciones. Ellos son directamente responsables de la planificación y ejecución de los seminarios. Son responsables de manejar las tareas de rutina y deben consultar a los ingenieros técnicos para otras tareas más difíciles. Informarán a los ingenieros técnicos sobre los trabajos realizados en el ámbito de su mandato y serán responsables ante los ingenieros técnicos del normal funcionamiento y funcionamiento de las grandes instalaciones asignadas a su competencia.
3. Mecánico: responsable de todos los aspectos de la lubricación de la máquina. Actividades de mantenimiento de partes mecánicas de lavandería, calefacción, aire acondicionado, cocina, sistemas de refrigeración, equipos de oxígeno y vacío. Mantenimiento de equipos de anestesia y reanimación, plantas de gas propano, redes eléctricas y equipos de consumo. Los trabajos de carpintería metálica y fábrica incluyen todo lo anterior.
4. Electricista: responsable del mantenimiento, mantenimiento y limpieza de todo el gabinete eléctrico de baja tensión. Iluminación interior y exterior del edificio, mantenimiento y limpieza de baterías; Ajuste y reparación de instalaciones eléctricas, averías eléctricas de emergencia, ascensores. El trabajo de taller surge del almacenamiento de equipos, rebobinado de motores, relés y, en general, las funciones eléctricas que se les encomiendan.
5. Calentadores: Monitoreo continuo, mantenimiento, control y limpieza de equipos de calefacción y refrigeración. Mantenimiento y limpieza de equipos de aire acondicionado, radiadores o fontanería. Instalación de vapor, tuberías, válvulas y trampas de vapor, centrales de esterilización, marmitas, esterilizadores y equipos similares, recepción y manejo de embarques de combustible y su con-

sumo. El trabajo de taller en la instalación es responsabilidad del cliente.

6. Fontanero: responsable del mantenimiento y limpieza de los sistemas de plomería y agua caliente. Redes de drenaje para partes relacionadas con la construcción, ampliación y mejora de redes menores. Supervisar los suministros de agua, prestando especial atención a las salas de bombas de los ascensores, depósitos de almacenamiento, autoclaves, etc. Trabajar en el taller correspondiente a la función anterior.

7. Albañiles: responsable de la inspección y limpieza regular de techos, plomería, desagües y chimeneas. Revestimiento refractario de calderas, control de humedad, sustitución de ladrillos; Pequeños trabajos de zonificación, corte y enlucido. Mantenimiento general de edificios asociado a la construcción.

8. Carpintero: responsable del mantenimiento, engrase, barnizado y reposición de puertas, mamparas y muebles de madera. Producción y conservación de muebles de madera.

5 Discusión-Conclusión

Habitualmente, los servicios de mantenimiento de los hospitales no están lo suficientemente valorados, ya que no se consideran dentro del tratamiento médico, sin embargo, forman una parte muy importante dentro de los hospitales ayudando a su correcta conservación y funcionamiento.

Cuando los pacientes acuden a los hospitales, centros de salud y lo encuentran todo en perfecto estado y en funcionamiento no saben el trabajo que hay detrás. Aparte del trabajo diario previamente programado, siempre surgen urgencias que son reparadas en el momento para poder continuar con la asistencia sanitaria. Es un trabajo que se realiza a diario, pero no se ve y, por tanto, no se valora lo suficiente.

6 Bibliografía

1. [Internet]. Ingesa.sanidad.gob.e. Available from: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_mantenimien.pdf.
2. Funciones del Personal Estatutario de los Servicios de Salud - Ops Sanidad [Internet]. Auxiliar-enfermeria.com. Available from: http://www.auxiliar-enfermeria.com/personal_estatutario.htm.

3. Paredes Palomo L. Riesgos en personal sanitario III: Trabajos de mantenimiento [Internet]. Quirón Prevención. Available from: <https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/riesgospersonalsanitario-iii-trabajos-mantenimiento>.

Capítulo 63

EL PERSONAL ELECTRICISTA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS ANTE LOS RIESGOS BIOLÓGICOS

RUBÉN CAVA

EDUARDO GARCIA DONATE

CARLOS LÓPEZ MUÑOZ

FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO

PEDRO JOSE CORTES MOLINA

1 Introducción

Vamos a hablar del personal no médico, en este caso el personal de mantenimiento, electricistas. Está rutinariamente expuesto a diversos riesgos en el desempeño de sus funciones, siendo los más frecuentes en el ámbito médico los riesgos biológicos. La probabilidad de que un trabajador contraiga una enfermedad causada por un agente biológico es bastante elevada. Los patógenos biológicos se pueden clasificar en cuatro grupos según su infectividad:

- Fácil de criar.

Existencia o disponibilidad de tratamientos profilácticos o terapéuticos efectivos.

- Patogenicidad de los microorganismos del sujeto.

- El peligro que supone para los trabajadores. Cuando estamos expuestos a un agente biológico que nos puede producir una determinada enfermedad, estamos hablando de una enfermedad infecciosa, una enfermedad provocada por un

agente biológico. Pueden ser virus, bacterias, hongos, virus, puede ser un protozoo, o un prion. Las enfermedades infecciosas pueden ser infecciosas o no infecciosas. Los hay infecciosos y no infecciosos. La transmisión de la infección puede ser directa (mordeduras, arañazos, etc.) o indirecta (ropa y ropa de cama, juguetes, instrumental quirúrgico, etc.), por lo que las personas que trabajan en el sector médico deben evitar comunicarse con pacientes, familiares y visitantes, y entrar en contacto con la propiedad o la propiedad a su alrededor.

2 Objetivos

Conocer algunas medidas adecuadas para evitar que el personal sanitario y no sanitario sean contagiados durante la realización de sus tareas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Vamos a hablar de las funciones respecto al personal de mantenimiento, en este caso de los electricistas en los centros sanitarios y de los peligros que ellos también desempeñan en sus puestos. Para entornos de atención médica, se debe tener en cuenta que las infecciones que descubrimos pueden transmitirse de pacientes a profesionales de la salud, de expertos a pacientes y de profesionales de la salud a profesionales de la salud.

El objetivo principal de los programas de vacunación de los trabajadores de la salud es prevenir estas situaciones y sus metas principales son:

- Proteger a los trabajadores de la salud de ciertas enfermedades infecciosas.
- Evitar que los trabajadores de la salud propaguen enfermedades infecciosas a otros en el sector de la salud y a la comunidad en general.
- Evitar el ausentismo por enfermedades infecciosas cuando los empleados realicen sus funciones en los sitios médicos. El uso de guantes es la principal medida

preventiva de riesgo biológico y el método de barrera más importante para evitar la contaminación cuando las manos entran en contacto con material biológico potencialmente infeccioso.

Este método no solo protege a los trabajadores sanitarios y no sanitarios de contraer enfermedades biológicas, sino que también reduce la posibilidad de transmitir microorganismos a los pacientes durante el trabajo. Actualmente, existen muchos tipos de guantes que se pueden clasificar:

- Por material de fabricación: látex, vinilo, nitrilo, neopreno, polietileno.
- Por esterilidad: estéril o no estéril.
- Por su tamaño.
- Por su espesor.

El lavado higiénico de manos es una de las medidas más importantes. No comer, beber ni fumar en el área de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Vamos a concluir este capítulo destacando con gran entonación que la inmunización de los trabajadores sanitarios y no sanitarios como es el caso de los electricistas que trabajan en las instituciones sanitarias es muy importante para prevenir infecciones por riesgos biológicos.

Estamos usando diferentes vacunas para romper la cadena de transmisión de las enfermedades más comunes que afectan a los trabajadores de la salud. Lograr la inmunización completa entre los trabajadores de la salud a través de la vacunación y otros productos biológicos también es esencial y es uno de los principales objetivos de prevención de los programas de salud de EE. UU.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
2. <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/4040>.
3. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
4. Guía Técnica del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos.

5. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.
6. INSHT. Guía Técnica para la Evaluación y Prevención de Riesgos relacionados con la Exposición a Agentes Biológicos.
7. Prevención de riesgos biológicos en el laboratorio. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
8. Gestal Otero, J.J. Riesgos del trabajo del personal sanitario (2ª edición) Editorial Interamericana Mc Crawn-Hill, Madrid, 1993.
9. Insalud hospital la paz Guía de Seguridad e Higiene del Hospital Insalud, Madrid, 1992. 2072.
10. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo Notas Técnicas de Prevención (nº 517, 518) Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Barcelona, 2000.
11. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo Guía técnica para la utilización por los trabajadores en el trabajo de los equipos de protección individual Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Madrid, 2001.
12. RD 664/1997, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos biológicos.

Capítulo 64

ELECTRICISTAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LOS RIESGOS ELÉCTRICOS EN LOS HOSPITALES

RUBÉN CAVA

EDUARDO GARCIA DONATE

CARLOS LÓPEZ MUÑOZ

FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO

PEDRO JOSE CORTES MOLINA

1 Introducción

Hablaremos sobre el personal de gestión y servicios como son los electricistas que están en los centros sanitarios realizando arreglos y mantenimiento en hospitales y centros de salud, y en otras instituciones sanitarias.

La electricidad se ha convertido en el tipo de energía más utilizado, rodeándonos tanto en casa como en el trabajo. La principal razón es que se trata de energía limpia. Esto supone un riesgo para las personas y sus bienes debido a la falta de disponibilidad de los conocimientos adecuados y de los medios para utilizarlos. Por lo tanto, se debe considerar el riesgo eléctrico, que se refiere a la exposición potencial del cuerpo humano a la corriente eléctrica, o la capacidad de circular en el cuerpo humano. Hay dos tipos de contactos actuales:

- Directamente: cuando una persona toca una parte energizada de la instalación o un elemento normalmente energizado.
- Indirecto: cuando una persona accidentalmente entra en contacto con un elemento vivo. En hospitales, instalaciones eléctricas (transformadores, generadores, tomas, cuadros eléctricos), equipos electromédicos (equipos de diagnóstico, lectura, control de reanimación), oficinas (ordenadores, impresoras), herramientas eléctricas utilizadas por el personal de mantenimiento (taladro, pulidora, amoladora), etc.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Conocer los efectos del paso de corriente a través del cuerpo humano.

Objetivo secundario:

Enunciar los factores que influyen en los efectos de los fenómenos de contacto eléctrico. - Describe las principales precauciones ante riesgos eléctricos.

3 Metodología

Los estudios realizados incluyeron una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica disponible. Se realizaron búsquedas en notas técnicas y directrices clave publicadas por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) sobre riesgos eléctricos. Consulte el directorio de la base de datos y consulte las pautas y los procedimientos del hospital.

4 Resultados

Impacto actual:

El paso de corriente a través del cuerpo humano puede causar lesiones físicas secundarias como colisiones, caídas, etc. La fibrilación ventricular puede ser fatal.

- Fibrilación ventricular: movimiento desordenado del corazón, deteniendo el bombeo de sangre a los órganos y no siguiendo el ritmo normal aunque esté en movimiento.
- Quemaduras: resultado del calor generado por una corriente eléctrica que pasa a través del cuerpo. Esto puede provocar enrojecimiento, hinchazón e incluso oscurecimiento.

- Tetanización: movimiento descontrolado de los músculos cuando se hace pasar una corriente eléctrica a través de ellos. Se pierde el control de los brazos, manos, músculos del pecho, etc., dependiendo de dónde fluya la corriente.

- Asfixia: el sistema nervioso central, que regula la función respiratoria, se ve alterado por el paso de corriente eléctrica, lo que puede llegar a provocar un paro respiratorio. Estos efectos suelen ser reversibles, pero suelen dejar huellas en la corriente.

Los principales factores que afectan el voltaje son:

- Amperaje: Los principales factores que más inciden en las consecuencias y lesiones de los accidentes eléctricos:

Umbral de percepción: el valor mínimo de corriente que produce la percepción humana durante el paso. Respuesta umbral: el valor mínimo de corriente que provoca la contracción muscular.

Umbral de no expansión: la corriente máxima que puede liberar el electrodo si se mantiene el electrodo.

Umbral de Fibrilación Ventricular: el valor mínimo que puede causar fibrilación ventricular.

- Tiempo de contacto eléctrico: cuanto menor sea el tiempo de contacto, menor efecto puede producir el mismo valor de corriente.

- Reactividad del cuerpo humano: su importancia en la evolución del accidente depende de la tensión, frecuencia y duración del flujo de corriente. Dureza de la piel, temperatura y humedad. área de contacto, presión superficial, etc.

- Voltaje aplicado: no es peligroso per se, pero depende del amperaje y resistencia del cuerpo (ley de Ohm).

- Frecuencias AC: Las frecuencias altas son menos peligrosas que las frecuencias bajas.

- Camino de la corriente a través del cuerpo: la gravedad depende del camino de la corriente a través del cuerpo. Una trayectoria más larga significa más arrastre y menos fuerza, pero no menos lesiones, y las áreas del cuerpo que causan el daño más severo son el pecho y la cabeza. Reglas básicas de precaución:

- Comprobar el estado de los cables antes de utilizar equipos eléctricos.

- Antes de enchufar o desenchufar un aparato o máquina eléctrica, debe apagar el aparato o máquina eléctrica.

- No tirar de los cables al desenchufar máquinas, herramientas o equipos eléctricos.

- No sobrecargar el enchufe con uso de ladrones.

- No manipular los componentes eléctricos con las manos mojadas o en un ambiente húmedo, ni permitir que se mojen accidentalmente.

- No alterar o quitar la protección de diversos equipos, instalaciones o sistemas.
- Prestar atención al sobrecalentamiento anormal de motores, cables, gabinetes y equipos.
- No tocar directamente a las personas cargadas.
- Se debe utilizar un extintor Clase C para extinguir incendios eléctricos. Nunca usar agua para extinguir un incendio.
- Las herramientas y equipos deben desconectarse de la red eléctrica antes de su limpieza, ajuste y mantenimiento.
- No trabajar en instalaciones eléctricas a menos que esté capacitado y autorizado.
- Las instalaciones eléctricas deben estar en buen estado y ser revisadas periódicamente.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito sanitario debido a la sensibilidad de los equipos médicos es muy importante tener una instalación eléctrica adecuada, en correcto estado y con un mantenimiento periódico para así reducir el riesgo eléctrico tanto entre los profesionales como en el caso de los pacientes. Por ejemplo, el uso frecuente de dispositivos electromédicos en quirófanos supone un riesgo de electrocución para los pacientes que puede causar daños irreversibles e incluso la muerte.

En el caso de localizar cualquier fallo en la instalación o dispositivos, hay que dar aviso al personal de mantenimiento para que envíen al personal capacitado y autorizado.

6 Bibliografía

1. Insst.es. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from: <https://www.insst.es/documents/94886/203536/Gu%C3%ADa+t%C3%A9cnica+para+la+evaluaci>.
2. Insst.es. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from: https://www.insst.es/documents/94886/326827/ntp_400.pdf/d3258cf4-bcbb-4a13-83e0-aa53d24d4c5b.
3. Vídeo - Riesgo eléctrico: las cinco reglas de oro - Año 2019 [Internet]. Insst.es. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/videoriesgoelectricolas-cinco-reglas-de-oro-ano-2019>.
4. Comunidad.madrid. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from: <https://www.comunidad.madrid/hospital/laprincesa/file/2949/download?token=3IO7D3z->.

5. Web.unican.es. 2020 [cited 6 December 2020]. Available from: <https://web.unican.es/unidades/prevencion/Documents/Normativa%20UC%20y%20Legislaci>.

Capítulo 65

LOS RIESGOS DE INCENDIO QUE EVITA EL PERSONAL ELECTRICISTA DE LOS CENTROS SANITARIOS

FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO

PEDRO JOSE CORTES MOLINA

RUBÉN CAVA

EDUARDO GARCIA DONATE

CARLOS LÓPEZ MUÑOZ

1 Introducción

Los hospitales, al igual que otras construcciones, presentan los problemas inherentes de todo edificio con mucha afluencia de gente, y a los que hay que sumar varias singularidades:

- Tipo de ocupación: en él se encuentran pacientes de todo tipo, válidos, no válidos, que se pueden evacuar o no; familiares, personal sanitario y no sanitario, cuya evacuación va unida a la de los pacientes. Y zonas, como quirófanos, UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), UVI (Unidad de Vigilancia Intensiva), donde se debe garantizar sus actividades a pesar del riesgo de incendio.
- Múltiples situaciones de riesgo: se pueden considerar dos situaciones: la existencia de zonas de alto riesgo de incendio, pero moderado para las personas (cocina,

lavandería, laboratorios, almacenes) y zonas de riesgo moderado/bajo para incendio, pero con un elevado riesgo para las personas (plantas de hospitalización, quirófanos, UVI):

- Funcionamiento continuo e ininterrumpido: aunque existen departamentos en los que la ocupación es casi cero y puede no tener vigilancia durante tiempo (calderas, archivos, almacenes).
- Obras de reforma constantes: lo que dificulta a la hora de tener los planos del edificio actualizados.

La causalidad de un incendio en un hospital es muy numerosa, entre ellas están:

- Instalaciones y aparatos eléctricos defectuosos.
- Líquidos y gases inflamables mal almacenados y residuos no eliminados, que pueden provocar un incendio cuando se le aproxima alguna fuente de calor.
- Equipos y productos de cocina.
- Trabajos de reforma y mantenimiento, como soldaduras.
- Fuegos premeditados.

Según estadísticas, la mitad de los incendios (47 %) se producen de noche.

El producto más peligroso de la combustión son los humos, dado que limitan en gran medida la visión, la respiración y, consecuentemente, la extinción del incendio y la evacuación del personal. Están sobre todo, gases tóxicos, que en algunos casos son corrosivos y muy peligrosos para las personas.

Los humos y gases son los responsables de la mayoría de las muertes por incendios, ya sea directamente, por su inhalación, o debido al pánico y gran desorientación que originan.

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo que pueden producir un incendio en el hospital.
- Dar a conocer las medidas de prevención de incendios.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura y publicaciones relacionadas con el riesgo de incendio, utilizando palabras clave como: riesgo, incendio, hospital, medidas de protección, medidas preventivas.

Se ha realizado la búsqueda en diferentes bases de datos como Scielo, Medline, Pubmed, Google académico.

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

4 Resultados

En todo hospital debe existir un plan general de prevención de incendios con el fin de garantizar la imposibilidad de que coexistan en tiempo y espacio los distintos tipos de material combustible existente con focos de ignición de distintos tipos (eléctricos, térmicos, mecánicos, químicos).

El almacenamiento de líquidos inflamables se realizará en un departamento independiente y de uso exclusivo, los residuos se colocarán en recipientes de chapa metálica con cierre hermético y automático.

Las intervenciones con inflamables se llevarán en sitios muy ventilados, manteniendo el orden y la limpieza exhaustiva en los lugares de riesgo.

Las botellas y botellones de gases comprimidos, licuados y disueltos a presión deben estar siempre correctamente identificados siguiendo los criterios de la instrucción número 7 del Reglamento de Aparatos a Presión (ITC-MIE-AP-7) y su manejo debe ser siempre por personas formadas, así como las instrucciones deben estar en el lugar del uso. Las botellas llenas y vacías no pueden estar en el mismo lugar.

Entre las medidas de prevención encontramos:

- A nivel de foco térmico: la prohibición de fumar en todo el hospital, uso de superficies calientes en lugar de llama viva, presencia de un técnico formado en la realización de intervenciones peligrosas o reparaciones.
- A nivel de focos eléctricos: la instalación eléctrica se adecuará a la normativa existente para hospitales.
- A nivel de focos mecánicos: mantenimiento correcto de las piezas de las máquinas, evitar uso de herramientas que puedan ocasionar chispas y líquidos inflamables dentro de envases metálicos.
- A nivel de focos químicos: control y almacenamiento seguro de reactivos químicos que puedan dar lugar a una combustión y posteriormente a un incendio.

Estas medidas minimizarán el riesgo de incendios, pero no lo eliminarán, por lo que es preciso disponer de otras medidas de protección que actúen contra los incendios.

Es importante contar con sistemas fiables de detección y alarma de incendios, ya que es posible controlar y extinguir fácilmente cualquier fuego en su etapa inicial, pero si este no se detecta a tiempo y se extiende podría ser un peligro mortal para los pacientes y el personal, obligando a una evacuación general, además de la destrucción y la pérdida de material muy valioso.

Los sistemas de protección contra incendios constituyen un conjunto de equipamientos variados integrados en la estructura de los edificios.

La protección contra incendios se basa en dos medidas:

- Medidas de protección pasiva.
- Medidas de protección activa.

1. Medidas de protección pasiva:

No precisan de la acción humana para que cumplan con eficacia.

Son medidas que tratan de reducir los efectos dañinos del incendio una vez que este se ha producido.

Básicamente están encaminadas a limitar la distribución de llamas y humo a lo largo del edificio y a permitir la evacuación ordenada y rápida del mismo.

Algunos ejemplos de estas medidas son:

- Compuertas en conductos de aire.
- Recubrimiento de las estructuras (para maximizar el tiempo antes del colapso por la deformación por temperatura).
- Puertas cortafuegos.
- Dimensiones y características de las vías de evacuación.
- Señalizaciones e iluminación de emergencia.
- Compartimentación de sectores de fuego.

2. Medidas de protección activa:

Necesitan de la actuación humana para que sean resolutivas.

Son medidas orientadas para asegurar la extinción de cualquier conato de incendio lo más rápidamente posible y evitar así su extensión en el edificio. Dentro de este apartado se han de considerar dos tipos de medidas:

2.1 Medidas de detección de incendios: suelen estar basadas en la detección de humos (iónicos u ópticos) o de aumento de temperatura.

2.2 Medidas de extinción de incendios, que pueden ser manuales o automáticos:

- Manuales: Extintores, Bocas de Incendio Equipadas (BIE), Hidrantes, Columna seca.
- Automáticos: Dotados de sistemas de diversos productos para extinción: Agua (Sprinklers, cortinas de agua, espumas, agua pulverizada). Gases (dióxido de carbono). Polvo (Normal o polivalente).

Aunque el hospital se ha diseñado con criterios constructivos óptimos al riesgo de incendios, hay un seguimiento efectivo de los distintos combustibles almacenados y de los focos de ignición existentes, no se puede descartar la posibilidad de que se produzca un incendio. Para ello, existen unos medios, con unas instalaciones específicas para la detección, alarma, protección y lucha contra incendios. La detección puede ser de dos formas: detección humana o instalaciones automáticas de detección, lo que va a generar una alarma y así activar el plan de

emergencia.

5 Discusión-Conclusión

Los hospitales son lugares especialmente sensibles al riesgo de incendio, ya que atañe a personas con movilidad reducida, personas de avanzada edad, personas no válidas, cada una con su idiosincrasia, a las cuales hay que evacuar. Por otro lado, existen muchos departamentos: quirófanos, UVI, plantas de atención y cuidados, laboratorios, cocinas, almacenes, que hace que aumente el peligro. El riesgo de incendio es un problema muy importante a nivel hospitalario, por lo que es fundamental conocer tanto las medidas preventivas como las protectoras. Así, a nivel del técnico de mantenimiento es importante el conocimiento de todos los dispositivos de los que se dispone, así como de su correcto funcionamiento para evitar un incendio, además de una formación de la materia cada cierto tiempo, y también la realización de simulacros.

6 Bibliografía

1. Capítulo 11: Sistemas de agua contra incendios.<https://www.msrebs.gob.es>» pdf.
2. Condiciones de trabajo en Centros Sanitarios, INSHT.
3. Prevención de los incendios en hospitales - cidbimena. <http://cidbimena.desastres.hn>» ops ».
4. Incendio y explosión- Instituto Sindical de Trabajo. <http://istas.net>.

Capítulo 66

LOS RIESGOS DE LA PLANCHADORA/O DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

MANUEL GALDÓN GARVÍ

ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ

CORTES MARTINEZ TOLEDO

ANTONIA HENRY PULIDO

1 Introducción

La Prevención de riesgos es un ámbito muy importante dentro de las condiciones de trabajo en una lavandería industrial hospitalaria. Dentro del servicio de lavandería, como en el de planchado, suele haber una serie de riesgos asociados que pueden llegar a afectar a la salud de los trabajadores si no se toman las medidas adecuadas.

Estos riesgos asociados se pueden evitar tomando una serie de medidas, entre ellas, un adecuado diseño del puesto en el que se encuentra el trabajador, la correcta organización del trabajo que desempeña, junto con la información y la formación necesaria que van a desempeñar en cada puesto de trabajo.

Conocer y saber detectar estos riesgos dentro de nuestro puesto de trabajo nos ayudarán a evitar accidentes y enfermedades profesionales.

Todo esto junto con otra serie de medidas que vamos a desarrollar en los siguientes apartados, como por ejemplo, la evaluación de riesgos y puntos críticos, la prevención en el uso y manipulación de las máquinas lava-centrifugadoras, túneles, etc., que se encuentre en el puesto de trabajo que desempeñemos, nos proporcionaran un ámbito de trabajo más seguro y confortable, para el trabajador y así evitar en lo posible accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y/o patologías vinculadas a este.

2 Objetivos

- Identificar los riesgos laborales asociados en cada puesto de trabajo en el servicio de lavandería y planchado, así como las medidas de prevención a ellas asociadas.
- Conocer las principales medidas preventivas en el manejo y manipulación de la maquinaria y herramientas dentro de cada servicio de lavandería y planchado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, Dialnet y Scopus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas con descriptores y palabras claves en la materia como por ejemplo “prevención” y “riesgos”.

4 Resultados

La prevención es el conjunto de medidas adoptadas dentro de las actividades de la empresa con el fin de evitar o reducir los riesgos derivados del trabajo.

Dentro de este encontramos, la evaluación de riesgos, con la cual se identifican estos, se valoran los daños derivados del trabajo y se define la acción que ayude a minimizar los daños o eliminarlos, el equipo de trabajo, cualquier máquina, herramienta, utensilio o instalación utilizada en el trabajo y por último tenemos el EPI, (equipo de protección individual), que será cualquier equipo destinado a ser llevado por el trabajador para que lo proteja de los riesgos a los que se pueda ver expuesta su seguridad o salud en el trabajo, como también cualquier otro complemento o accesorio destinado para ello.

Evaluación de riesgos y puntos críticos, los principales riesgos asociados al servicio de lavandería y planchado son: las caídas de personas y objetos, por resbalones, suelo mojado, choques con objetos por estar fuera de su sitio, caída de objetos por estar mal almacenados. Cortes, por material o utensilios que se pueden encontrar entre la ropa, con esquinas o piezas metálicas, etc. Atrapamientos, por enganches, con pulseras, cadenas, anillos; entre material como jaulas, carros, o instalaciones, paredes, por ser espacios reducidos. Incendio, por almacenamiento de productos inflamables. Riesgo biológico, cortes o pinchazos con utensilios contaminados y/o exposición aérea de contaminantes; ruido, temperatura, iluminación. Manipulación de cargas, posturas inadecuadas, sobreesfuerzos. Riesgo eléctrico, por el uso de equipos eléctricos y riesgo químico, por la manipulación de estos productos o encontrarse en la ropa tratada.

Prevención frente a los riesgos asociados al servicio de lavandería y planchado: frente a los riesgos de caídas, golpes, choques, cortes y atrapamientos, ante todo lo principal sería, utilizar un calzado cerrado que esté bien sujeto al pie y con suela antideslizante, secar cualquier líquido que pueda producir resbalones o caídas, revisar el estado de las máquinas, utensilios, herramientas de trabajo, si vemos algún tipo de anomalía avisar a la persona al mando, respetar la señalización, no utilizar pulseras, cadenas, anillos; que puedan engancharse, disponer de lo necesario y procurar tener un espacio suficiente para realizar el trabajo.

Frente al riesgo de incendio y/o explosión, ser consciente de la señalización a nuestro alrededor, acudir a los cursos de formación, comprobar el puesto de trabajo, mantenerlo en las condiciones óptimas, avisar al mando intermedio si encontramos algún tipo de irregularidad. Frente al riesgo biológico, usar los EPI correspondientes, si están en mal estado, cambiarlos, mantener en regla las vacunas, si hubiese algún tipo de escape, vertido contaminante, recogerlo rápidamente, si este nos mancha, lavarse y cambiar el uniforme. Frente al riesgo de manipulación de cargas, posturas inadecuadas y sobreesfuerzos, emplear los equipos mecánicos para trasladar pesos, preparar la manipulación de la carga antes de nada, tener espacio suficiente, colocar el equipo mecánico lo más cerca posible de la carga, despejar la zona del recorrido, fraccionar la carga en la medida de lo posible, si la carga es muy pesada pedir ayuda a un compañero/a, los carros siempre se llevan en la dirección del movimiento, realizar estiramientos y cambiar de postura.

Frente al riesgo eléctrico, utilizar debidamente las instalaciones y las herramientas de trabajo, evitar en lo posible los ladrones y los alargadores, usar siempre los

EPI. Frente al riesgo químico, saber que tipo de productos estamos usando, separar los productos/equipos, cada uno en su contenedor correspondiente, lavarse

adecuadamente si hay algún tipo de contacto con algún producto y al terminar la jornada.

Prevención en el uso y manipulación de máquinas lava centrifugadoras, túneles, manipulación de la ropa en estas, plegadoras; todas estas máquinas de trabajo pueden producir algún tipo accidente, estas se deben de emplear siempre según las instrucciones y los parámetros de seguridad estipulados por el fabricante, junto con las dadas del centro de trabajo.

Los riesgos específicos que pueden producir este tipo de herramientas de trabajo son los siguientes, contactos eléctricos, sobre esfuerzos, rapamientos, contactos térmicos y/o incendios y la manera de intentar que estos no se materialicen es tomando las siguientes medidas de prevención:, solo se podrán utilizar las máquinas si estás autorizado y formado, toda persona que trabaje dentro de la lavandería deberá recibir un curso de cómo utilizar las máquinas a su disposición, siempre habrá que tener a mano los libros de instrucciones de cada una ellas, nunca se podrá poner fuera de funcionamiento ni anular los dispositivos de seguridad de estas, en caso de que estos no funcionen, comunicárselo a la persona al mando., estas deben ser supervisadas continuamente, nunca dejarla sin ella, toda operación de mantenimiento, limpieza, reparación, etc., deberá realizarse con esta apagada. Estas se efectuarán por personal cualificado, como indique el fabricante. En caso de incendio, explosión, desconectar el cuadro eléctrico y poner en conocimiento inmediatamente.

Usar la ropa que proporciona el centro de trabajo, teniendo en cuenta la sección en la que se encuentre el trabajador. Solo se pondrá en uso la calandra, mientras este en funcionamiento la barra de seguridad de protección de manos, en caso de producirse un atasco en esta, parar la máquina y poner en conocimiento del personal de mantenimiento. La ropa de la secadora se sacará posteriormente a su acabado, ya que se puede producir electricidad estática, si no lo hacemos, cabe la posibilidad de que se produzcan chispas y estas puedan derivar en algo más grave.

5 Discusión-Conclusión

La prioridad absoluta dentro de la Prevención de riesgos laborales es poder eliminar o reducir casi o todos los riesgos asociados al centro de trabajo.

Lo primero dentro de la prevención es saber identificar los riesgos a los que nos enfrentamos en cada puesto de trabajo, evaluando aquellos que no se puedan evitar y tomando las medidas necesarias al respecto. De esa manera evitamos que esto afecte al trabajador, física, psíquica o socialmente. Ellos son la pieza clave

para que esto funcione, ya que ellos son los primeros en darse cuenta de lo que sucede a su alrededor mientras trabajan. Por ello son la principal herramienta para poder atajarlo, de ahí que tengan el derecho de recibir una protección eficaz en materia de seguridad y salud al respecto, teniendo en cuenta la obligación de cumplir las medidas de prevención correspondientes.

6 Bibliografía

1. https://www.mc-mutual.com/documents/20143/47599/lavanderia_es.pdf/12a8d72b-ef2c-a192-0a6b-71c904396561.
2. Varios autores, temario lavandero/a, Sespa, editorial CEP S.L. edición especial colectivos
3. Varios autores, temario planchador/a y Lavandero/a, Ope Sespa, Furando blog de CSI,

Capítulo 67

PLANCHADOR/A Y EL ESPACIO FÍSICO DONDE REALIZA SU LABOR

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

MANUEL GALDÓN GARVÍ

ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ

CORTES MARTINEZ TOLEDO

ANTONIA HENRY PULIDO

1 Introducción

La ropa requiere inevitablemente una adecuada higiene y comodidad. Las lavanderías son establecimientos o lugares que ofrecen este servicio, y además de muchos otros servicios como las zonas de planchado, esto es un problema para nosotros. Si la carga de trabajo produce una gran cantidad de ropa, es una lavandería industrial. Este tipo de planta de fabricación cuenta con el espacio y los recursos necesarios para satisfacer la demanda de manera eficiente y rentable. En los centros públicos, la lavandería, el planchado y el cambio de ropa suelen estar incluidos entre los servicios que se ofrecen a los usuarios. Hay dos posibilidades, dependiendo del número de usuarios, la cantidad y tipo de prendas producidas, el tamaño y capacidad del centro y el tipo de servicios que se ofrecen a los usuarios. : La instalación dispone de lavandería y servicios gestionados o recurre a una empresa externa que puede atender la demanda generada por el centro. La ropa

sucia de un hospital puede ser y/o una fuente de contaminación microbiana, sobre todo de suciedad . Se requieren procedimientos adecuados de recolección, transporte, lavado, secado, planchado y almacenamiento para eliminar la posibilidad de infección o de cualquier afección que puedan moverse en los centros hospitalarios .

2 Objetivos

Conocer la organización espacial de estas zonas de lavandería y planchado por el personal de plancha en los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

También hemos aportado nuestro granito de arena mediante nuestra experiencia laboral en centros sanitarios de la comunidad de Castilla La Mancha.

4 Resultados

El cuarto de lavado, donde se ubica la zona de planchado, puede estar ubicado en el centro hospitalario o en un área separada e independiente. En cualquier caso, debe haber suficiente espacio al aire libre para acceder, cargar y descargar el vehículo de ropa. Siempre se ubican cerca de instalaciones que suministran electricidad, agua, calefacción, etc.

El diseño de la fábrica puede variar según la lavandería, pero la entrada y la salida de ropa siempre están separadas para evitar la contaminación de la ropa limpia. En el interior del edificio se encuentran los lavaderos y diversas estancias auxiliares como vestuarios, aseos de personal, almacenes, oficinas, salas técnicas y salas de control.

Las principales características estructurales de la base son:

- Altura de techo suficiente para acomodar rieles elevados, tolvas y otros elementos de elevación
- Superficies y materiales duros, fáciles de limpiar y desinfectar

No hay grietas ni hendiduras donde se pueda acumular suciedad. - Pavimento continuo no poroso antideslizante.

- Puerta del carro fabricada en material resistente al desgaste como el PVC. Se debe instalar una puerta coordinada para la comunicación entre las áreas sucias y limpias a través de la cabina de desinfección. .

Renueva el aire que circula del área limpia al área sucia y evita que el polvo se disperse al área limpia. - Sistema de circulación de agua para reutilización en túneles de lavado.

Los sistemas de recuperación de energía utilizan el vapor como fuente de calor. Si no puede hacer eso, tiene un sistema de minería eficiente.

Las partes que componen un servicio de lavandería y planchado se distribuyen físicamente según varios principios.

- Separación de fases y reciprocidad. - Perseguir.

- Optimiza tu espacio para crear un ambiente mas tranquilo personalmente en tus horas laborales.

5 Discusión-Conclusión

Vamos a concluir este capítulo dando importante relevancia al planchado y en general a la parte de lavandería de un hospital que son servicios propios que gestionan el almacenaje de ropa tanto en calidad (la ropa se utiliza siempre en las condiciones adecuadas) como en cantidad.

(El centro siempre está provisto de ropa suficiente para brindar todos los servicios).

Como hemos podido ver es importante poder evitar la contaminación de la ropa limpia y garantizar la higiene y comodidad del usuario o paciente. La ropa anti-higiénica (sucia o arrugada) y las condiciones de almacenamiento pueden afectar el bienestar del paciente y pueden afectar la recuperación del paciente después de una estadía en el centro.

La carga de maquinaria hace que la jornada laboral sea algo "insostenible" dado al ruido constante de estas , pero gracias a todo esta labor , se disponen de ropa hospitalaria cada día y cada hora

6 Bibliografía

1. Manual básico del planchador/A
2. Temario específico planchador/A editorial

Capítulo 68

GESTIÓN DEL ALMACÉN POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

NURIA GARCÍA DIAZ

PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO

PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT

MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ

M. DOLORES CORRAL LOPEZ

1 Introducción

El almacén es una parte de un hospital que se destina a la conservación de los medicamentos, materias primas o cualquier otro material que es preciso guardar hasta su entrega a la unidad que lo necesite. La función principal de un almacén es el suministro de las existencias, el aprovisionamiento y el control de las existencias.

El servicio de suministro del hospital es el que se encarga del aprovisionamiento de todos los recursos materiales que se necesitan en los distintos servicios dentro del hospital y de los centros de salud. Este servicio está compuesto por el Almacén General y el Departamento de Compras.

El almacén es el encargado de gestionar, recepcionar, almacenar y distribuir a todas las plantas de un hospital y también y se distribuye tanto a las distintas

plantas del hospital como a los centros de salud, periféricos, geriátricos, ambulancias, etc.

En este departamento trabajan tanto auxiliares administrativos como celadores, son los encargados de la distribución del material y el jefe del almacén es el que se encarga de la gestión del reparto y del buen funcionamiento del mismo. Otra función del almacén es el de las caducidades de los productos almacenados sobre todo cuando se trata de productos de farmacia, el control del stock y el inventariado de los artículos.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este capítulo:

Describir las funciones del auxiliar administrativo en el almacén general del hospital.

Como objetivo secundario:

Mostrar la necesidad de trabajar en equipo para un buen funcionamiento de los almacenes hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda y una revisión bibliográfica en los principales artículos, así como en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, así como en buscadores como Google con palabras clave “almacén hospitalario”, “funciones auxiliar administrativo en el almacén”.

4 Resultados

Dentro del hospital, nos encontramos dos tipos de almacenes hospitalarios, el almacén de farmacia y el almacén general. El almacén general se puede dividir en otros almacenes a su vez, más específicos: almacén de aparataje, almacén de lencería, almacén de material clínico fungible, almacén de material de mantenimiento, almacén de material quirúrgico, almacén de papelería, etc.

El almacén de un hospital necesita un constante registro de toda documentación que genera, tanto en el proceso de entrada y con en el de salida de mercancías y

tiene que hacerse a tiempo real, se debe saber en todo momento y siempre que sea posible las mercancías que entran, que mercancías salen, qué mercancías hay que reponer y cuáles mercancías se tienen que sacar primero.

Las funciones de los auxiliares administrativos en el almacén, son:

- Notificar las devoluciones al Jefe de almacén.
- Delegar funciones de acuerdo con la categoría administrativo o de gestión y servicios.
- Preparar las muestras para comisiones técnicas.
- Gestionarlos albaranes con los proveedores y las incidencias.
- Introducir de los datos de inventario.
- Mecanizarlas entradas y las salidas de mercancías.
- Rellenar todo tipo de documentos.
- Imprimir toda clase de listados.
- Elaborar las etiquetas de devolución de material.
- Imprimir las etiquetas de las estanterías.
- Reclamar la mercancía pendiente de entrega.
- Generar, imprimir y cerrar de los albaranes de salida.

Un buen funcionamiento en las tareas de gestión del almacén y de los suministros, ayuda a reducir la carga de trabajo de los auxiliares administrativos, esto hace que se gane en productividad, ya que se ajusta en cada momento a las regularizaciones del sector sanitario. El auxiliar administrativo es el encargado de todas estas funciones y hace que se pueda dar un servicio de calidad tanto a los centros de salud como a los hospitales.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, una mala gestión hace que sea el punto de partida de muchos errores que luego aparecerán en el inventario y que limitaran la productividad de los diferentes sectores relacionados con el adecuado recepcionamiento

y su posterior distribución.

Las funciones de los auxiliares son esenciales a la hora de detectar un error en los precios y cantidades, llevar el cómputo de las entradas y salidas de mercancías, es en la gestión de la mercancía, en el inventariado y el stock y en las caducidades de los productos.

De tal manera que, los auxiliares administrativos trabajan conjuntamente con los celadores en el departamento de suministros, para una correcta organización del mismo.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- Pubmed - <https://administracion.formacionalcala.es/>
- <https://congresosicepa.com>
- <https://hospitalsancamilo.gov.co/images/documentos/manual-funciones/auxiliar-administrativo-almacen.pdf>
- <https://www.seisamed.com/suministros-necesarios-en-cualquier-hospital>.

Capítulo 69

EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL

NURIA GARCÍA DIAZ

PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO

PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT

MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ

M. DOLORES CORRAL LOPEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo dentro de un hospital desarrolla funciones muy importantes, ya que de él depende la organización del entorno sanitario.

El auxiliar administrativo de dirección trabaja junto con dirección y gerencia, ejecutando las tareas de atención telefónica, gestión, coordinación y planificación de las tareas administrativas, atención al enfermo, organización y en algunos casos, soporte.

El trabajo para desarrollar es en oficina y despacho. Dependiendo del tipo de hospital y su tamaño, le alcanzan a requerir algunas funciones o conocimientos que complementen a las principales para así poder desempeñar correctamente dicha organización.

Para un auxiliar administrativo de dirección es valioso poseer aptitudes y capacidades:

Competitividad para la comunicación tanto verbal como a través de la escritura.

Competitividad para una buena planificación.

Atención de consultas telefónicas.

Competente de elaborar, redactar y presentar informes.

Competente de llevar un registro, archivos, cartas de entrada y de salida, entregas, etc.

Competente de trabajar en equipo y con rapidez.

Ostentar una aptitud positiva y optimista.

Desarrollar trabajos administrativos.

Manejo de informática, capacidad para manejar los programas informáticos que conllevan.

Se encargará del correo entrante y saliente tanto ordinario como electrónico.

Ser capaz de motivar al resto de personal a cumplir sus objetivos.

Ser discreto y reservado, ya que se encarga de información confidencial, delicada y sensible.

Ser organizado y responsable con toda la documentación e información que está a su cargo.

Tener siempre actualizada la agenda, tanto de las reuniones y citas como de direcciones y teléfonos, y tratar que sea dinámica y que cumpla todos los compromisos de los superiores.

Tener una buena capacidad de empatía e iniciativa. Velar que todo esté en orden y así el hospital se verá bien cuidado y dirigido.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

Describir y exponer la importante y significativa labor y el papel del auxiliar administrativo en la Dirección de un hospital.

Como objetivo secundario:

Analizar la capacidad del auxiliar administrativo en los puestos más altos a los que puede acceder.

3 Metodología

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

Se ha ejecutado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones de un auxiliar administrativo de dirección son las siguientes:

- Actuar como medio de comunicación entre dirección o gerencia y el resto de personal del hospital. •Asistencia a la dirección y gerencia.
- Atención y asistencia al paciente o enfermo (en los casos en los que corresponda).
- Atención y ejecución de llamadas telefónicas.
- Controlar los objetivos y metas.
- Gestionar las correspondientes agendas, tiempo y documentación.
- Participar en reuniones.

Una de las funciones más importantes y significativas es el registro: Es donde será anotada y referida la mayor parte de la documentación, ya sea de entrada o de salida que tiene lugar, su finalidad y objetivo principal es que en el registro general se mantenga el control de todos los documentos que circulan por el mismo, tanto de entrada como de salida que tengan lugar en todos los diferentes órganos de la entidad.

•Lugar: Es el sitio donde se centraliza tanto la entrada como la salida de todos los documentos.

Clases de registro:

1.Registro general: es el lugar donde se registra toda la correspondencia. Consiste en la anotación de la extensa comunicación que se establezca con el exterior, ya sea tanto de entrada como de salida.

1.1. Registro general de salida: en este lugar se tomará nota de todo los documentos escritos y todas las comunicaciones oficiales que van encaminadas a cualquier organismo oficial o a particulares, pero teniendo en cuenta que es solo para anotar la salida de tales documentos y comunicaciones oficiales.

1.2. Registro general de entrada: en el mismo se hará todo el registro de cualquier documento escrito recibido en la institución, para ello se alcanza usar dos procedimientos diferentes:

1.2.1. Registro único: es donde solamente se maneja un libro de registro para el total de todos los diferentes departamentos de un mismo órgano.

1.2.2. Registro múltiple: a diferencia del registro único, se usa un libro de registro por cada uno de los diferentes departamentos de la propia entidad que recibe la correspondencia.

2. Registro auxiliar: cualquiera de los órganos administrativos alcanza crear en sus departamentos correspondientes y para su propia organización alcanzan formar otro o varios registros para mejorar y ayudar en la agilidad de la presentación de escritos y comunicaciones. Estos nuevos registros serán auxiliares del registro general, y deben en todo caso comunicar toda la anotación que se haga en el mismo.

3. Registro de archivo: es el lugar habilitado para hacer la inscripción del total de documentos que ha sido archivados, el contenido de tales registros, el número de inscripción y además el orden temporal de la recepción del documento.

Para que el auxiliar administrativo pueda ejercer sus funciones en este servicio de forma conveniente y eficaz, es imprescindible:

-Gestionar el tiempo de dirección y así este deba preocuparse lo mínimo en las decisiones que benefician el progreso de la gestión del hospital.

-Saber organizar y coordinar las actividades y horarios según las obligaciones y disponibilidad de dirección, esto será fundamental para evitar el atraso del trabajo.

-Informar a dirección de toda las actividades y reuniones de la agenda.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, para el puesto de auxiliar administrativo de dirección es de suma importancia saber gestionar el tiempo, ya que de ello depende cumplir de forma eficaz con los objetivos impuestos en el tiempo previsto.

Todo ello hace que los gerentes y el resto de personal del hospital tengan efectos beneficiosos al ver la buena organización ejecutada y así llevar a cabo sus actividades con menor estrés y presión y alcanzar un mayor grado de satisfacción. Algunas veces llegan tareas que se deben ejecutar a última hora, por ello es de suma importancia saber planificar y priorizar las tareas para que el personal del hospital desarrolle sus actividades.

De esta forma, la mayoría de las veces tienes que tener poder de negociación, puesto que no solo te debes entender con dirección o resto del personal del hospital, sino con otras personas como enfermos, familiares, entre otros. En el fin de la negociación deben ganar ambas partes.

6 Bibliografía

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

2.<https://medlineplus.gov/spanish/>.

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

Capítulo 70

EL ORDENADOR PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

NURIA GARCÍA DIAZ

PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO

PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT

MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ

M. DOLORES CORRAL LOPEZ

1 Introducción

En el año 1981 se vendió el primer PC de IBM y desde entonces los equipos informáticos han revolucionado la forma en que las personas y las empresas trabajan, se comunican, viven, educan y entretienen. Las computadoras son ahora parte integrante de prácticamente todas las actividades humanas, y por supuesto de los auxiliares administrativos.

En la actualidad el trabajo de un auxiliar administrativo ha pasado de estar sentado delante de una máquina de escribir y llevar las tareas de archivo y control documental de manera manual a realizar el 99% de su tarea frente a un ordenador.

Todo se controla desde el ordenador y las horas que un auxiliar administrativo pasa frente a una pantalla de ordenador se han multiplicado por mil. Cada vez

son más las horas que debemos pasar frente a un ordenador para poder realizar todas las tareas que el trabajo demanda, que exponemos nuestros ojos a la luz de las pantallas, que forzamos nuestras muñecas al escribir durante horas o usar un ratón para hacer cientos de miles de clics.

Por ello debemos aprender a sentarnos correctamente adoptando posturas corporales que palién los efectos negativos que puedan ocasionarnos una mala postura, a enfrentarnos a las pantallas, a la distancia adecuada y a la altura necesaria. Todo ello, para evitar sufrir lesiones en nuestro cuerpo.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

Mostrar que la tecnología se ha convertido en nuestro aliado y nos ha facilitado el trabajo en muchos campos.

Como objetivo secundario:

Usar la tecnología para poner a disposición de cualquier paciente su historia clínica o gestionar una cita.

Definir las consecuencias negativas de trabajar delante de un ordenador, para establecer las pautas que mitiguen los efectos que provocan.

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

Debemos tener en cuenta que nuestras muñecas, nuestros ojos están sometidos a un esfuerzo continuo. Nuestra postura al sentarnos frente a un ordenador, que debe ser adecuada. Los problemas más frecuentes con los que se encuentra el

auxiliar administrativo y en general, cualquier trabajador que realice su jornada laboral frente a un ordenador, son, entre otros:

- Los ojos son, habitualmente, los más afectados por el uso continuado de las pantallas. Terminamos la jornada laboral con los ojos irritados o con la típica sensación de sequedad.

Deberemos ajustar los niveles de brillo y contraste del monitor, intentar mantener una distancia adecuada respecto del monitor, siendo la manera correcta que la parte superior del monitor esté alineada con tus ojos, siendo también importante además que la fuente de luz no caiga directamente en la pantalla.

- La fatiga visual, tener la sensación de que los ojos te duelen literalmente. Los ojos están controlados por músculos y estos también se resienten.

Para evitarlo debemos hacer descansos frecuentes y para ello con cerrar los ojos durante unos minutos es suficiente. Otra técnica para descansar los ojos en la Regla 20-20-20, que consiste en, cada veinte minutos, mirar durante veinte segundos un objeto situado a veinte pies, esto es, unos seis metros.

- El sedentarismo es otra consecuencia negativa de estar sentado frente a un ordenador en jornadas laborales de ocho horas. Un estilo de vida sedentario tiene consecuencias graves para la salud, como la obesidad, problemas de circulación, etc.

Hacer pausas frecuentes, dando un pequeño paseo por la oficina. Se suele recomendar hacer pausas de cinco minutos cada hora de trabajo, junto a un estilo de vida más activo. Una alimentación más equilibrada y acorde con nuestro trabajo. No es la misma, la energía consumida por una persona cuyo trabajo requiera actividad con una persona que pasa la mayor parte de su jornada laboral sentada delante de un ordenador.

- Las malas posturas, y no es que estemos mucho tiempo sentados, sino en cómo estamos sentados. Una postura correcta a la hora de sentarnos es mantener la espalda recta con un ángulo de 90 grados, respecto de los muslos.

Los muslos deben tener un ángulo de 90 grados con respecto a las pantorrillas. Los pies deben poder apoyarse completamente en el suelo o en un reposapiés. Los brazos deben estar en ángulo recto respecto a la mesa y con los antebrazos apoyados frente al teclado. Pequeños gestos que hagan que nuestra jornada laboral no repercuta en nuestra salud.

- Los movimientos repetitivos, que inconscientemente realizamos cuando estamos sentados frente a un ordenador, dando lugar a posturas forzadas, a lesiones como el síndrome del túnel carpiano. Podemos para paliar estos problemas apoyar todo el antebrazo en la mesa, realizar movimientos suaves sin demasiada fuerza, hacer pausas frecuentes.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, debemos intentar paliar en la medida de nuestras posibilidades los efectos negativos de trabajar frente a un ordenador durante horas y procurar seguir unas pautas que minimicen el riesgo que ello puede provocar en nuestra salud.

Se estima que una persona promedio pasa de seis a ocho horas de su día frente a un ordenador. La sociedad actual gira en torno a la digitalización y por tanto en torno a esta máquina. Trabajas con un ordenador, te entretienes con un ordenador, te comunicas con un ordenador.

El uso prolongado del ordenador puede ocasionar, como ya hemos visto, lesiones que no son notables a primera vista, sino que estas tienen un carácter progresivo y básicamente son producto de un abuso del tiempo dedicado y un escaso descanso.

Es hora de reflexionar un poco, conocer algunas de las consecuencias de permanecer mucho tiempo frente a las computadoras y en consecuencia, intentar adoptar rutinas que nos ayuden a mitigar esos efectos negativos.

6 Bibliografía

- Granados Y. Telcel: Servicios multimedia. PC World 2002
- http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322003000100007
- Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social.

Capítulo 71

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES A REALIZAR EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

ENRIQUE DIAZ-TENDERO

CATALINA VALENCIA MORENO

GEMA VALENCIA MORENO

SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO

FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS

1 Introducción

El celador es una persona cuyas funciones incluyen la protección o el control del cumplimiento de las normas y el mantenimiento del orden o la realización de otras funciones de apoyo dentro de una institución pública. La satisfacción de los pacientes y sus familias se determina en función de sus expectativas y de la realidad del servicio recibido. Al llegar a las instalaciones, el guardia de seguridad es a menudo la primera persona con la que entran en contacto y la preparación adecuada es esencial para que la persona de contacto cause una buena impresión. La formación de los supervisores debe estar orientada a desempeñar distintas funciones en los distintos puestos de la cartera de supervisores. Estos puestos de trabajo son: Jefe de planta, mezzanine, cuidados intensivos, sala de urgencias, atención de urgencias, atención psiquiátrica, farmacia, quirófano, rehabilitación,

autopsia, urgencias de rescate, almacén y lavandería. En el pasado en el cuidado de la salud había muchos conceptos erróneos sobre quiénes son los guardias de seguridad y qué funciones cumplen, pero hoy en día estamos muy equivocados porque los guardias de seguridad son la clave principal en el cuidado de la salud porque es la persona que transporta a cada paciente de un lugar a otro, quien transporta al paciente. el primero en hacerse cargo cuando llegan a urgencias, lo lleva a los exámenes necesarios y transporta las muestras, se encarga de trasladar a los muertos a la morgue, etc. Es clave para cualquier servicio y, por lo tanto, debe tener su lugar en la atención médica.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir funciones de seguimiento del celador que son comunes para todos los puestos, configurando así las tareas a realizar en cada ubicación concreta.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones generales de monitoreo para todas las ubicaciones incluyen:

- Se asegurarán de que los pacientes no abusen del mobiliario y la ropa del establecimiento, evitando destruirlos o instruyéndolos en el uso y manejo de cortinas, persianas y equipo en general.
- Cuidarán constantemente el orden y el silencio en la medida de lo posible en todas las organizaciones bajo su control.
- Informarán a su jefe inmediato de cualquier daño o irregularidad que encuentren durante la limpieza y mantenimiento del edificio y materiales. Existen otras funciones del jefe, comunes a todos los cargos, aunque no reguladas por la ley, pero derivadas del ejercicio profesional:
- Si el guardia de seguridad realiza sus servicios en la puerta de entrada, nunca se perderá una puerta de entrada en particular. “Él no permitirá que nadie a quien

no se le permita quedarse. - Prohibir personas con expresiones sucias, disruptivas o ebrias. - En caso de conflicto con invitados o intrusos, la seguridad requerirá la presencia de personal de seguridad. - No permitir la entrada de personas con alimentos y bebidas. - Vigilará la apertura y cierre de los accesos, controlará el fuego tanto dentro como fuera del edificio (hospital, clínica). - Supervisará el alta de los pacientes que tengan que confirmar el alta o aceptar dejar el Establecimiento (en caso de no confirmarlo, comunicarlo a su superior inmediato). La práctica profesional también muestra que el trato de las enfermeras a los familiares de los pacientes debe ser amable, respetuoso y cortés. Esta atención a los familiares puede consistir principalmente en brindarles información sobre horarios de atención, ubicaciones, normas del establecimiento y presentación de quejas y sugerencias. Y nunca, eso sí, recogidos en la medida requerida, no estarán obligados a opinar sobre el diagnóstico, las pruebas y el tratamiento, y especialmente sobre la notificación de pronósticos. Las funciones específicas para cada puesto se detallan a continuación:

1. Cuidado de las plantas:

- Asistirán al personal médico en el traslado y transporte de pacientes encamados por enfermedad que requieran un tratamiento especial. - En casos especiales, el baño y la limpieza se realizarán en pacientes varones encamados o incapaces de hacerlo por sí mismos bajo la supervisión del paciente. - El afeitado para pacientes masculinos debe manejarse en la posición adecuada, en ausencia de barbero. - Bañar a los pacientes masculinos cuando no puedan seguir las instrucciones por sí mismos. - En casos especiales, ayudar en la colocación y retirada de la cuña de recogida de residuos. - Ayudar a envolver a un paciente muerto. - Verificar y mantener el correcto funcionamiento de la silla de ruedas, IV. - No permitir el ingreso de más personas autorizadas al recinto y deberá dejarlas salir a la hora prevista. - evitar cualquier acción perjudicial para el paciente o el orden del Instituto, fumar en la habitación, sentarse en la cama. 2. Protección de entropiso:

- Derive a los pacientes para un examen o asesoramiento adicional, no los deje solos hasta que sean atendidos. También son responsables de la documentación que acompaña al paciente, evitando que nadie la manipule. - Transferir el cuerpo a la morgue. - Manipular o almacenar comunicaciones orales, documentos, correspondencia u objetos encomendados por superiores. - Revisar el tanque de oxígeno diariamente. - Velarán en el turno convenido. 3. Maestro de UCI:

- Respeta los estándares básicos de higiene y desinfección para evitar duplicar, reducir o infusión. - Mantenga el uniforme siempre limpio, siempre use una falda dentro del departamento de cuidado especial y, en algunos casos de zapatos, máscaras, guantes y sombreros. - Transportar siempre al paciente con personal

médico y de enfermería para realizar pruebas diagnósticas que no se puedan realizar en la unidad de cuidados intensivos. La traducción no debe durar más de 7 minutos. 4. Rescate en ambulancia:

- Recepción y apoyo de pacientes al servicio de urgencias mediante vehículos personales y ambulancias. - Transportar al paciente en silla de ruedas, camilla,...
- Avisar al personal médico cuando llegue el paciente -
- Apoyar al personal médico en todas las tareas asignadas. - Debe ser flexible en respuesta a situaciones potencialmente cambiantes. El celador de emergencia:
- Controlar el acceso a los servicios de consultoría.
- Notificación de lugar, fecha y hora de consulta. No establece plazos.
- El transporte de pacientes no puede ser realizado por ellos mismos.
- Apoyar al personal médico con tratamiento y pequeñas intervenciones cuando sea necesario

5 Discusión-Conclusión

Después de revisar diverso material, tanto reglamentario como el que se desprende de la práctica profesional, así como de Protocolos de actuación y Normas de Régimen Interno. Debemos destacar las funciones y tareas antes descritas para que el personal celador pueda ofrecer una atención de calidad, tanto a los usuarios como al personal sanitario.

Después de observar el servicio de este hospital hemos desglosado el papel fundamental que realiza el celador como uno más dentro de cualquier servicio, ya sea urgencias, consultas, unidad de vigilancia intensiva (UVI), planta, quirófano, partos, etc. El celador es una de las personas claves dentro de un hospital ya sea público o privado. El celador es la pieza clave de la sanidad.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
2. Orden del 5 de Julio de 1971. Estatuto de Personal no Sanitario.
3. Acuerdo del Consejo de Ministros del 29 junio de 1990 (aprobado por resolución de 17/07/1990).
4. Resolución de 22 de mayo de 1981 de la Dirección General de INSALUD (ahora INGESA).
5. Funciones del celador en la atención sanitaria. M.^a Ángeles Tejado Alamillo, Blanca Rodríguez Ortuño, Ana Redondo Crespo. Ed.: lulu.com.

6. Manual básico del celador de la Agencia Valenciana de Salud. Demetrio Alonso Llorca. Ed. club universitario.
7. El celador y el trabajo en equipo. M.^a Ángeles Tejado Alamillo, Blanca Rodríguez Ortuño, Ana Redondo Crespo. Ed.

Capítulo 72

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ENRIQUE DIAZ-TENDERO

CATALINA VALENCIA MORENO

GEMA VALENCIA MORENO

SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO

FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS

1 Introducción

Las personas recurren cada vez que se encuentran mal a los Servicios de Urgencias del hospital para recibir atención por parte del médico, por lo que es fundamental diferenciar entre lo que es una urgencia y una emergencia. Las Urgencias por obligación deben de disponer de todos los recursos necesarios para garantizar una atención máxima a los usuarios que acuden a dicho servicio. En el servicio de

Urgencias podemos encontrar a distintos tipos de profesionales (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, etc.) que van a ejercer un trabajo diferente cada uno de ellos en dicho servicio. La figura del celador es muy importante en este servicio, ya que tiene que tener que desempeñar unas funciones muy específicas en Urgencias. Cuando un paciente acude a Urgencias a la primera persona que ve es al celador, además va a tener que pasar por:

- Mostrador de recepción de emergencias.

- El Servicio de Triage.
 - Boxes.
 - Boxes de pacientes con Covid-19.
 - Sala de observación.
 - Sala de exploración.
 - Sala de espera donde los familiares o acompañantes esperaran al paciente.
- En Urgencias, las principales funciones que va a desempeñar el celador son las siguientes:
- Recoger a los pacientes que van al hospital en ambulancia, como aquellos que llegan solos a Urgencias.
 - El celador será el encargado de transportar al paciente, ya sea en silla de ruedas o en la camilla.
 - Si el estado del paciente es grave, el celador avisará al médico para que este haga su trabajo lo antes posible.
 - El celador se va a encargar de tener suficientes camillas y sillas para los usuarios que llegan al servicio de Urgencias.
 - El celador se encargará del control de servicio de emergencias.
- Por último, el celador también ayudará a otras profesiones (TCAE, enfermeros, médicos...).

2 Objetivos

Dar a conocer a partir de un caso clínico cuáles son las principales funciones del celador en el Servicio de Urgencias.

3 Caso clínico

Paciente de 45 años de edad, casado y con dos hijos mayores de edad de 18 y 20 años cada uno, un día es trasladado al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Ceuta tras sufrir una quemadura en uno de los miembros superiores de su cuerpo cuando se encontraba haciendo una barbacoa para el cumpleaños de su hijo mayor. Tras sufrir el accidente, el paciente es trasladado por un miembro de su familia al servicio de Urgencias, en la puerta de este servicio lo recogerá el celador que se encargará de llevar al paciente al box correspondiente para que lo evalúen y valoren las quemaduras que presenta el paciente. Tras valorar la quemadura, el personal sanitario decide que la mejor opción es curar un poco la herida e ingresar al paciente en planta para realizar un injerto el día siguiente en la zona donde ha sufrido la quemadura. Al día siguiente y en menos de 24 horas,

el paciente entra en quirófano y se le realiza el injerto en el miembro superior afectado, tras realizarle el injerto el paciente pasa unas cuantas horas en la REA hasta que se despierta y se le da algo de tolerancia. Una vez que el paciente se despierta y ha tolerado el personal sanitario, avisan a los celadores para que lleven de nuevo al paciente a su habitación, una vez allí el paciente deberá tener el miembro donde se le ha practicado el injerto en reposo y sin hacer ningún tipo de esfuerzo hasta que el facultativo que lo intervino le dé el alta y autorización para moverlo poco a poco. Cuando el paciente recibe el alta, se le dará también una cita para revisión.

4 Discusión-Conclusión

El celador del servicio de urgencias es la primera persona con la que tienen contacto todos los pacientes que llegan a Urgencias por un problema grave de salud y su presencia en dicho servicio es fundamental para los pacientes. En este servicio es muy importante el papel que juegan los celadores diariamente, ya que van a tener realizar funciones de apoyo al resto de los profesionales sanitarios (TCAE, enfermeros, médicos, etc.) que trabajan en este servicio, para así conseguir que la atención a los pacientes sea buena y la actividad que se desarrolle en el servicio de urgencias de la mejor manera posible.

5 Bibliografía

1. Tema 27. Actuación del Celador en el Servicio De Urgencias [Internet]. Celadores online de instituciones sanitarias. Encontrado en: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-27-actuacion-del-celador-enel.html?m=1>.

Capítulo 73

FUNCIONES PROPIAS DEL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE QUIRÓFANO

ENRIQUE DIAZ-TENDERO

CATALINA VALENCIA MORENO

GEMA VALENCIA MORENO

SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO

FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS

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 de 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 área quirúrgica.

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

1. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm.
2. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema>.
3. <https://www.seap.es/>.

Capítulo 74

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

LAURA GARCÍA RECIO

ALEJANDRO PIÑERO REINA

AFRICA VÁZQUEZ ORTEGA

1 Introducción

La zona de urgencias es el lugar que se ubica junto a la entrada del hospital, dicha zona puede disponer de una entrada propia que se separa fácilmente del resto del hospital, permitiendo un fácil acceso a los pacientes que necesitan una atención inmediata por parte de los profesionales sanitarios.

A la hora de atender a personas que acuden al servicio de urgencia por diversos motivos, es importante distinguir entre una emergencia y una urgencia. Una emergencia es cuando nos encontramos frente a una situación crítica, lo que significa que el paciente tiene requiere atención inmediata mientras que una urgencia es una situación que representa un riesgo para el paciente y la atención al paciente no debe demorarse más de 24 a 48 horas.

El celador que trabaja en el Servicio de Urgencias va a desarrollar las siguientes funciones:

- El celador se encargará de recibir y transportar al paciente hasta el lugar correspondiente.
- El celador tendrá la función de controlar a todas las personas que entran y salen del Servicio de Urgencias.

- Transportar toda la documentación desde el Servicio de Urgencias hasta el lugar donde se le diga.
- Ayudar a otros profesionales (auxiliares, enfermeros, médicos) en las labores que estos necesiten ayuda.
- Trasladar a los pacientes a Planta, Rx u otro Servicio del Hospital.

2 Objetivos

El objetivo que se pretende con este capítulo de libro es conocer que funciones desempeña el celador en el Servicio de Urgencias.

3 Caso clínico

Paciente de 45 años de edad, casado y con dos hijos de 19 y 22 años de edad, que es trasladado al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Ceuta tras sufrir un disparo de bala en la pierna derecha, tras llegar a la puerta de Urgencias la ambulancia, el celador del Servicio de Urgencias ayuda al personal de la ambulancia a bajar al paciente y lo traslada hasta el interior del Servicio de Urgencias donde será atendido por los profesionales sanitarios. Una vez dentro del Servicio de Urgencia, el personal sanitario se encargará de extraerle la bala que tiene el paciente en su pierna derecha, administrarle una bolsa de sangre, ya que ha perdido mucha sangre a través de la pierna y de coserle la herida. Tras sacarle la bala y curarle la herida de la pierna derecha al paciente, este permanecerá en observación durante 24-48 horas y posteriormente será trasladado a planta por el celador. Tras permanecer las primeras 48 horas en observación y sin sufrir ningún tipo de problema, los médicos llaman a los celadores del Servicio de Urgencias para que recojan al paciente de Observación y lo trasladen a planta. Tras llegar a la planta se le asignará una habitación y se le entregará toda la documentación a los auxiliares.

Tras permanecer 2 meses en el hospital, el paciente recibe el alta domiciliaria por parte de los facultativos, estos le recomiendan que debe hacer fisioterapia dos días por semana y no hacer movimientos bruscos con el pie derecho. Tras recibir el alta domiciliaria el paciente, el celador será la persona encargada de recoger al paciente en una sillita de ruedas y llevarlo hasta la puerta del hospital.

4 Discusión-Conclusión

El celador que trabaja en el Servicio de Urgencias de un Hospital va a desempeñar una gran variedad de funciones en dicho Servicio, algunas de estas funciones que va a realizar el celador son las siguientes: recibir al paciente, transportar al paciente, trasladar la documentación, controlar a todas las personas que salen y entran al Servicio de Urgencias, ayudar a otros profesionales que trabajan en el Servicio de Urgencias, etc. En conclusión y para finalizar, podemos decir que por todas estas razones y muchas más es fundamental señalar la importancia que tiene la presencia del celador en el Servicio de Urgencias de los Hospitales.

5 Bibliografía

Sicepa. El Papel del Celador en el Servicio de Urgencias Hospitalarias [Internet]. II Congreso Virtual SICEPA - USIPA "2022: Sanidad, un trabajo en equipo". Encontrado en: <https://congresosicepa.com/papel-celador-urgencias/>.

Capítulo 75

EL SÍNDROME DEL BURNOUT EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

MARGARITA LLEDO CARRASCO

LUBNA MOHAMED MOHAMED AAKEL

LORENA CONSOLACIÓN BERNAL SIERRA

1 Introducción

Debido a los tiempos en los que vivimos, en los que la falta de tiempo en muchas ocasiones y la falta de paciencia y empatía en otras tantas se dan la mano generando un estrés cada vez mas apreciable en una gran parte de la sociedad y en especial en ciertos puesto de trabajos a los que demandan gran cantidad de información que en numerosas veces no pueden ser satisfechas generando una serie de conflictos en las relaciones tanto personales como laborales.

Cuando estos conflictos y junto con sus consecuencias se trasladan al ámbito del trabajo se genera un Síndrome llamado Burnout.

Una manera sencilla y rápida de poder explicar que es el Síndrome de Burnout es el efecto que produce en nuestro cuerpo ciertas cantidades de estrés ocasionadas a largo de un determinado tiempo y de manera continuada, llegando a poder producir daños tanto mentales como físicos en la salud de los trabajadores quien los sufra.

Así podemos reseñar que aquellos puestos y trabajadores mas expuestos a este síndrome son aquellos que realizan principalmente su actividad de cara al publico con lo que ello conlleva respecto a demanda de atención y servicios al público

con las consecuencias de desgaste psicológico y emocional que pueden llegar a producir.

Si todo lo anteriormente se llega a producir en numerosas ocasiones generara una serie de efectos negativos con el consecuente desgaste en la salud y estado de animo en los profesionales que estén desarrollando estos puestos, así mismo afectara de manera negativa en su entorno tanto laboral como personal.

Algunos de los efectos que podrán sufrir los trabajadores en el ámbito de la salud con este síndrome son:

- Desgana y falta de atención a los pacientes, enfermos y usuarios de los servicios de salud.
- Falta de productividad.
- Ausentismo laboral junto con posibles periodos de baja.
- Mala relaciones con compañeros dentro del ámbito laboral.

Tras todo lo anteriormente mencionado no podemos dejar pasar por alto los numerosos problemas que generan este síndrome dentro del ámbito profesional y sobre todo en aquellos profesionales que lo sufren en su día a día y por el cual no pueden desarrollar su actividad profesional de manera correcta.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capitulo es generar conciencia de los numerosos efectos negativos que producen no solo en aquellos que lo sufren sino en el resto de los miembros de la comunidad sanitaria como son los compañeros, usuarios y pacientes.

3 Caso clínico

Auxiliar Administrativo de 29 años que lleva ejerciendo su puesto laboral en el departamento de pediatría de un gran centro de salud. El cual realiza su actividad laboral atendiendo diariamente a los padres que acuden para pasar consultas con los distintos profesionales que forman parte del departamento.

Normalmente la atención a estos la realizan 3 auxiliares, pero por motivos de bajas llevan varios meses con problemas de personal, estando desde hace varias semanas nuestro auxiliar se encuentra solo en su puesto ya que sus otros 2 compañeros están ausentes por motivos de salud. Esta situación esta generando un desgaste continuado en su estado emocional ya que se ve en numerosas ocasiones desbordado antes el gran volumen de usuarios que se encuentra cada día junto

al constante sonar de los teléfonos que le hacen que no pueda dar el servicio que se merecen los pacientes.

Ante la situación actual y junto con las quejas recibidas por parte de los usuarios, se lo hace saber a sus superiores, pero ante sus peticiones estos le hacen saber que en la actualidad no es posible poner personal de apoyo ya que no disponen de ningún compañero mas que pueda ayudarlo. Todo esto le están generando una gran cantidad de estrés debido a toda la presión que está sufriendo: llamadas, atención directa, problemas con los ordenadores. Esto le están haciendo entrar en un constante estado de ansiedad que no sabe durante cuánto más tiempo va a poder soportar esta situación.

Pasan los días y se siente incapaz de seguir trabajando ya que ha tenido varios cuadros de ansiedad en su jornada laboral por lo que esta sopesando la idea de recibir ayuda profesional.

Tras esto acude a su médico y antes los signos que le describe que sufre le da la baja médica durante unos días hasta que se encuentre mejor y pueda volver a reincorporarse a su puesto de trabajo.

Podemos concluir tras valorar lo pasado con nuestro auxiliar, que en la mayoría de las veces este síndrome se ocasiona por consecuencias ajenas a quien lo sufre pero que por desgracia se esta convirtiendo en un problema gran actualidad en la sociedad de hoy en día, por lo que tendríamos que ser más empático con aquellas personas que son víctimas de él.

Tras una semana se reincorpora a su puesto con la noticia de que por fin tiene apoyo de 2 nuevos compañeros en el departamento.

4 Discusión-Conclusión

Como conclusión tenemos que llegar a profundizar por qué se generan todas estas causas, así como podemos llegar a evitar que se originen haciendo una reflexión sobre el compañerismo, la empatía y la solidaridad que nos ayuden a que no se generen situaciones de estrés, sobrecargas de trabajo, sobreinformación y demás problemas que nos encontramos a diario en los puestos de trabajo de atención al público.

Por lo que tendremos que ofrecer herramientas de ayuda como son pausas para descanso, mejoras en la organización y coordinación, horarios flexibles... que ayudaran a no sufrir este síndrome de Burnout.

Siendo esto misión de todos no solo como trabajadores y usuarios sino como sociedad, siendo mas sensibles y justo ante aquellos que puedan sufrirlo.

5 Bibliografía

-Mouzo J. Cuánto Pesa El Estrés Laboral en la salud mental: Del burnout a la depresión El País. 2022. Disponible en: <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2022-07-05/cuanto-pesa-el-estres-laboral-en-tu-salud-mental-del-burnout-a-la-depresion.html>.

Capítulo 76

CONTROL DE CALIDAD DE EQUIPOS DE ULTRASONIDOS

MARINA GUTIÉRREZ RUIZ

1 Introducción

La imagen ecográfica es una prueba de diagnóstico por imagen que utiliza ondas sonoras (ultrasonidos) para crear imágenes de órganos, tejidos y estructuras del interior del cuerpo. También puede mostrar partes del cuerpo en movimiento, por ejemplo, el latido del corazón o el flujo de la sangre por los vasos sanguíneos.

El ecógrafo funciona mediante un dispositivo denominado transductor que genera ultrasonidos basándose en el fenómeno físico llamado efecto piezoelectro, que consiste en que al comprimirse algunos materiales pueden generar una diferencia de potencial eléctrico en su superficie y, por lo tanto, corriente eléctrica. Este efecto sucede también a la inversa, de manera que al aplicársele electricidad a los mismos en forma de corriente alterna, generan unas vibraciones que producen ultrasonidos. En el ecógrafo el material piezoeléctrico se encuentra en el cabezal, el cual realiza tanto las funciones de generar ondas ultrasónicas como de recibirlas al rebotar estas en los tejidos que tienen diferente impedancia acústica, para luego volver a convertirlas en corriente eléctrica, que el aparato transforma en imágenes.

Cuando la imagen se degrada bruscamente, se detecta fácilmente por el radiólogo. Sin embargo, si la pérdida de calidad de imagen ocurre gradualmente, puede pasar inadvertida para el usuario que trabaja con el equipo diariamente. Así pues, surge la necesidad de establecer un programa de garantía de calidad que incluya controles periódicos de la imagen ecográfica para poder detectar errores y evitar que estos afecten a las imágenes clínicas.

2 Objetivos

El objetivo del trabajo es exponer los parámetros básicos de imagen de los ecógrafos (uniformidad, zona muerta, profundidad de penetración, punto focal, distancias, resolución y detección de masas) y los procedimientos que se utilizan para efectuar un seguimiento sistemático o control de calidad de su estado de funcionamiento y las tolerancias aplicables.

3 Metodología

La búsqueda de información sobre los equipos de ultrasonidos y su control de calidad se ha llevado a cabo mediante la revisión bibliográfica de libros y artículos destacables de la rama de la Física Médica y sus aplicaciones en medicina.

4 Resultados

Para la realización del control de calidad de un equipo de ecografía es necesario un maniquí que simule el comportamiento del tejido blando frente a los ultrasonidos (en velocidad y atenuación). En particular, se va a estudiar el maniquí CIRS 40, el cual está elaborado con un material sólido y elástico (Zerdine™) que no se ve afectado por la temperatura y simula el tejido hepático humano. Dispone de diversos objetos de prueba para la evaluación de la uniformidad, la resolución axial y lateral, la profundidad de penetración y la zona muerta en dos diferentes fondos de 0.5 y 0.7 dB/cm/MHz.

La uniformidad es la capacidad para representar con el mismo brillo en pantalla, ecos de la misma magnitud y profundidad. Para su evaluación, se selecciona la profundidad máxima y utilizando, si es posible, la opción multifoco o el foco que optimice la imagen, se alinea la sonda hasta que todos los objetos de prueba aparezcan maximizados y se observa la apariencia general del maniquí.

La resolución de campo próximo evalúa la distancia desde la cara frontal de la zona hasta el eco identificable más cercano. Esta región, donde no se obtiene información útil se denomina “zona muerta” y depende del instrumento. Para su valoración, se obtiene una imagen a la profundidad mínima y con la focalización más próxima a la superficie y se cuenta el número de objetos que se ven y se resta este del número total de objetos de prueba para obtener el tamaño de la zona muerta.

Para la profundidad de penetración se utilizan la profundidad, la potencia y la ganancia máximas y, la multifocalización o el foco que optimice la imagen, y se

cuenta el número de puntos del patrón vertical que se ven.

Las distancias vertical y horizontal a lo largo del eje del haz y su perpendicular se usan para medir áreas, volúmenes, profundidades y tamaños de objetos por lo que deben estar bien calibradas. Utilizando la profundidad máxima y el foco que optimice la imagen, se miden las distancias con el calibre electrónico y se comparan con la distancia teórica del maniquí.

La resolución se define como la capacidad de un sistema para resolver o detectar como distintos dos objetos que están muy próximos. En la dirección del haz se llama axial y la perpendicular se llama lateral. La resolución axial es proporcional a la longitud del pulso ultrasónicos y la resolución lateral mejora con el estrechamiento del haz. Utilizando las profundidades y focalizaciones más próximas al patrón de resolución axial o lateral se alinea la sonda hasta que sus objetos se vean con máxima intensidad y se examina para determinar cuál es el número de objetos del patrón que son resueltos.

La detección de masas es la capacidad del sistema para detectar estructuras quísticas (dispersión menor que el fondo) y estructuras tumorales (dispersión mayor que el fondo). Los equipos tienden a representar estas estructuras más pequeñas de los que son y con bordes irregulares en lugar de lisos por lo que se desea que estas deformaciones sean mínimas. Utilizando la profundidad máxima y la opción multifoco que optimice la imagen del patrón de masas, se cuenta el número de objetos visibles (perfectamente distinguibles del fondo y de forma circular).

Se toman referencias iniciales de todos los parámetros para unas condiciones de adquisición concretas y se comprueba su estabilidad en el tiempo mediante controles periódicos anuales y tras cualquier modificación o reparación que afecte a la imagen. Se considera que la calidad de imagen diagnóstica del ecógrafo se mantiene óptima si se cumplen las tolerancias establecidas en el Protocolo Español de Control de Calidad en Radiodiagnóstico [2].

5 Discusión-Conclusión

Los errores en las medidas y la calidad de imagen ecográfica pueden degradarse paulatinamente y pasar desapercibidos a los ojos del usuario dando lugar a un diagnóstico erróneo. En consecuencia, surge la necesidad de establecer un procedimiento objetivo que verifique el correcto funcionamiento del equipo.

Los controles de calidad de los equipos de ecografía para diagnóstico en medicina son fundamentales para asegurar que se mantiene una calidad de imagen óptima a lo largo del tiempo y para detectar posibles defectos del equipo (cristales piezoeléctricos, sonda ecográfica...). Por lo general, el radiofísico hospitalario es

el responsable de implantar el programa de control de calidad aplicable a los ecógrafos.

Dado que la ecografía es una técnica altamente dependiente del usuario hace importante y necesaria la colaboración del radiólogo, junto con el radiofísico hospitalario, en los controles de calidad. Esto es especialmente relevante durante el primer control, en el cual se seleccionan los parámetros que optimizan la calidad de imagen para establecer la referencia.

6 Bibliografía

1. M. Alonso et al., Control de calidad ecógrafos, Radiología 2005; 47(2): 73-7.
2. SEFM-SEPR-SERAM, Protocolo Español de Control de Calidad en Radiodiagnóstico, Rev. 2011, pp. 267-274.
3. T.M. Fuertes, Implementación y puesta en marcha de un programa de control de calidad en ecografía. Un traje multidisciplinar., Rev. Fis. Med. 2013; 14(1), pp. 29-38.

Capítulo 77

ESTUDIO SÍNDROME DE STURGE-WEBER

NAVILA AHMED AHMED

RUTH ANTON RODRIGUEZ

1 Introducción

En esta divulgación vamos a analizar una patología conocida como síndrome de Sturge-Weber. Es una enfermedad que afecta principalmente a niños y una de sus principales manifestaciones son manchas en la parte superior del cráneo, ataques epilépticos entre otros síntomas.

Suele presentarse también en forma de angiomas y es una enfermedad perteneciente a las facomatosis.

Cuando un niño presenta síntomas relacionados con esa enfermedad, debe avisar se prometo al pediatra y posteriormente al neurólogo para seguir el avance, desarrollo y paliar sus posteriores efectos.

Para detectar si un niño tiene esa enfermedad, deben detectarse primero si tiene las manchas en la parte posterior de la cabeza y el cuero cabelludo. El examen se realiza con un escáner regular de MRI, en el cual se inyecta una dosis de gadolinio. Este tipo de enfermedad no es hereditaria ni congénita. Suele ocurrir generalmente durante la etapa del embarazo, entre las 6 y las 9 semanas. Su manifestación principal es una Red de venas que permanece unida en el cerebro en lugar de separarse y no se han detectado hechos o pruebas que determinen que es debido al estado de salud de la madre durante el embarazo.

Por último en esta introducción, debemos destacar que esta enfermedad comprende una serie de malformaciones en el sistema nervioso.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta divulgación es dar a conocer esta enfermedad, la cual es muy presente en los niños y ver como puede afectar durante el embarazo y las etapas posteriores después del parto y desarrollo del niño.

3 Metodología

Para la realización del presente artículo, hubo que consultar a diferentes especialistas en neurología infantil y profundizar muchísimo en esta singular patología para desentrañar los principales datos, los principales rasgos y cómo los niños que sufren de esta enfermedad se pueden ver afectados.

4 Resultados

El SSW ocurre esporádicamente, no es una enfermedad genética ni hereditaria.

Comienza en la etapa temprana del embarazo, cuando el bebé se desarrolla en la matriz (de las 6 a las 9 semanas de embarazo). Los tejidos que forman la piel y el cerebro están estrechamente relacionados. Se cree que es debido al desarrollo de una red de venas que permanece sobre la superficie del cerebro en lugar de separarse. Se desconoce por qué ocurre esto, y no se puede atribuir a las condiciones de vida de la madre durante el embarazo.

Introducción:

En esta divulgación vamos a analizar una patología conocida como síndrome de Sturge-Weber. Es una enfermedad que afecta principalmente a niños y una de sus principales manifestaciones son manchas en la parte superior del cráneo, ataques epilépticos entre otros síntomas.

Suele presentarse también en forma de angiomas y es una enfermedad perteneciente a las facomatosis.

Cuando un niño presenta síntomas relacionados con esa enfermedad, debe avisar se prometo al pediatra y posteriormente al neurólogo para seguir el avance, desarrollo y paliar sus posteriores efectos.

Para detectar si un niño tiene esa enfermedad, deben detectarse primero si tiene las manchas en la parte posterior de la cabeza y el cuero cabelludo. El examen se realiza con un escáner regular de MRI, en el cual se inyecta una dosis de gadolinio.

Este tipo de enfermedad no es hereditaria ni congénita. Suele ocurrir generalmente durante la etapa del embarazo, entre las 6 y las 9 semanas.

Su manifestación principal es una Red de venas que permanece unida en el cerebro en lugar de separarse y no se han detectado hechos o pruebas que determinen que es debido al estado de salud de la madre durante el embarazo.

5 Discusión-Conclusión

Si se observan manchas de nacimiento en la cabeza o en el cuero cabelludo del niño, es aconsejable realizarle un escáner MRI Gadolinio para confirmar el diagnóstico. Consiste en un escáner regular de MRI, realizado tras una inyección de gadolinio (esto hace que las venas se vean mejor en el escáner).

Una vez que el diagnóstico ha sido confirmado deberá llevar seguimiento médico por un pediatra y un neurólogo pediátrico.

El SSW ocurre esporádicamente, no es una enfermedad genética ni hereditaria.

Comienza en la etapa temprana del embarazo, cuando el bebé se desarrolla en la matriz (de las 6 a las 9 semanas de embarazo). Los tejidos que forman la piel y el cerebro están estrechamente relacionados. Se cree que es debido al desarrollo de una red de venas que permanece sobre la superficie del cerebro en lugar de separarse.

6 Bibliografía

www.medlineplus.gov

www.clinicamayo.org