

I LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA Y HOSPITALARIA



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

I Lecciones en Salud Comunitaria y Hospitalaria



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

I Lecciones en Salud Comunitaria y Hospitalaria

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: 978-84-19560-16-2

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES RELACIONADAS CON MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA MATÍAS FERRÁN ESCOBEDO MARTÍNEZ, ENRIQUE BARBEITO CASTRO, SONSOLES JUNQUERA OLAY Y SONSOLES OLAY GARCIA	3
2	SOP: SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO ANGELA MARIA BOLADO TIZON Y ELIA FUNES RUIZ	27
3	RADIACIONES IONIZANTES EN EL ÁMBITO MÉDICO MARINA GUTIÉRREZ RUIZ	31
4	FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA MARIA SALINAS BARIAIN	37
5	ENFERMERÍA Y SU DESARROLLO CON LOS PACIENTES CON HIPOTERMIA PERIOPERATORIA CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA, LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA, VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO, ANWAR MARTINEZ MOHAMED Y JORGE APARICIO CABAÑAS	41
6	ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES QUE PADECEN VIOLENCIA DE GÉNERO EN SALUD PÚBLICA CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA, LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA, VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO, ANWAR MARTINEZ MOHAMED Y JORGE APARICIO CABAÑAS	47

7	ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR ONCOLÓGICO Y SU IMPORTANCIA CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA, LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA, VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO, ANWAR MARTINEZ MOHAMED Y JORGE APARICIO CABAÑAS	51
8	TRATAMIENTO DOMICILIARIO EN CASOS LEVES DE BROQUIOLITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS SAIOA URIA URIARTE, JUNE ETXEBERRIA ERAUSKIN Y ELENA ELIZONDO VILA	55
9	TERAPIA CON CÉLULAS CAR-T NURIA AGUILERA PEREZ	61
10	ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN LA ANOREXIA NERVIOSA ROBERTO SERRANO MARTÍN, JORGE SERRANO MARTÍN Y MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN	65
11	ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE UN ADENOCARCINOMA HEPÁTICO JORGE SERRANO MARTÍN, ROBERTO SERRANO MARTÍN Y MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN	69
12	ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE UN ADENOCARCINOMA GÁSTRICO JORGE SERRANO MARTÍN, ROBERTO SERRANO MARTÍN Y MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN	73
13	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ Y JOSE ANTONIO MARUGAN AGUADERO	77
14	ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS AL PACIENTE PORTADOR DE CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ Y JOSE ANTONIO MARUGAN AGUADERO	81

15 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA RECOLECCIÓN DE ORINA EN BEBÉS Y NIÑOS	
NATALIA MARINE LOFVALL DURAND, DELIA GONZÁLEZ PÉREZ, CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ, EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ Y ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN	85
16 ENFERMERIA ANTE LAS PACIENTES CON DIABETES EN EL EMBARAZO	
NATALIA MARINE LOFVALL DURAND, DELIA GONZÁLEZ PÉREZ, CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ, EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ Y ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN	89
17 DESARROLLO POR ENFERMERÍA DE LA RELEVANCIA EN SALUD DE LAS VACUNAS	
NATALIA MARINE LOFVALL DURAND, DELIA GONZÁLEZ PÉREZ, CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ, EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ Y ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN	93
18 VALORES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA	
MARÍA COMINO ROBLES, LAURA COMINO ROBLES, BEATRIZ HERAS CASTILLO, LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO Y ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ	99
19 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO	
MARÍA COMINO ROBLES, LAURA COMINO ROBLES, BEATRIZ HERAS CASTILLO, LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO Y ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ	103
20 VALORACIÓN NUTRICIONAL EN ENFERMERÍA ANTE DIFERENTES PACIENTES	
MARÍA COMINO ROBLES, LAURA COMINO ROBLES, BEATRIZ HERAS CASTILLO, LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO Y ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ	107
21 ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL PACIENTE DONANTE POTENCIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	
MARIA ESTER CABEZUELO RODRÍGUEZ	111

22	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN: PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO	115
23	EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO	121
24	INFLUENCIA DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS SOBRE CONDUCTAS SALUDABLES EN LOS CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES MARÍA DEL MAR FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, JUDIT CACHERO RODRIGUEZ Y RUBÉN MARTÍN PAYO	127
25	CONOCIENDO LA VIOLENCIA MARIA NATIVIDAD ALLER ESCALANTE	135
26	TIPOLOGÍAS DE ENEMA O IRRIGACIONES DE EVACUACIÓN Y SU APLICACIÓN POR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ, MÓNICA ROMÁN LUNA, SANDRA PABLO VÁZQUEZ, MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGO	139
27	INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO DE NECESIDADES EN (ELA) ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MÓNICA ROMÁN LUNA, TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ, SANDRA PABLO VÁZQUEZ, MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGO	143
28	TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN LUCÍA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, SARA FARPÓN MARTÍNEZ Y ANDREA FERNANDEZ FRAIZ	147
29	INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO DEL INFARTO CEREBRAL O ACCIDENTE CEREBROVASCULAR 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	151

- 30 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES**
LAURA GARCIA NICOLAS, FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO, ANA EVA ORTIZ MARTINEZ, ASCENSION DEL OLMO MARIN Y GEMA ORTEGA SÁNCHEZ 155
- 31 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PROCESO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA**
LAURA GARCIA NICOLAS, FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO, ANA EVA ORTIZ MARTINEZ, ASCENSION DEL OLMO MARIN Y GEMA ORTEGA SÁNCHEZ 159
- 32 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS ÚLCERAS DE PRESIÓN**
LAURA GARCIA NICOLAS, FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO, ANA EVA ORTIZ MARTINEZ, ASCENSION DEL OLMO MARIN Y GEMA ORTEGA SÁNCHEZ 163
- 33 **LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA, MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO, ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA, JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO Y ULPIANA PINAR PINAR 167
- 34 **EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA ASEPSIA QUIRÚRGICA**
MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA, MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO, ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA, JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO Y ULPIANA PINAR PINAR 171
- 35 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALUD MENTAL**
MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA, MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO, ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA, JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO Y ULPIANA PINAR PINAR 175

36	UNA FUNCIÓN BÁSICA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: LA HIGIENE DEL PACIENTE VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS, BEATRIZ COLLADO RUIZ, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO, CELIA CALERO MATAS Y GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA	179
37	EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL ACOMPAÑAR EL PROCESO DEL DUELO VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS, BEATRIZ COLLADO RUIZ, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO, CELIA CALERO MATAS Y GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA	185
38	PREVENIR LAS CAÍDAS DEL USUARIO Y EL TCAE VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS, BEATRIZ COLLADO RUIZ, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO, CELIA CALERO MATAS Y GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA	189
39	GESTIÓN RESIDUOS SANITARIOS MONTSERRAT GONZALEZ SANTIAGO	193
40	ÚLCERAS POR PRESIÓN ANAY LÓPEZ PULIDO Y BRENDA ASSIS SILVA	197
41	HIGIENE POSTURAL EN EL TRABAJO, ERGONOMÍA MONTSERRAT GONZALEZ SANTIAGO	201
42	ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CAMBIOS POSTURALES ELENA GARCIA FERNANDEZ DE MARCOS	205
43	EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ELENA GARCIA FERNANDEZ DE MARCOS	209
44	AYUDA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO ELENA GARCIA FERNANDEZ DE MARCOS	213
45	TURNICIDAD EN EL SECTOR HOSPITALARIO MONTSERRAT GONZALEZ SANTIAGO	217

46	ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL ANAY LÓPEZ PULIDO Y BRENDA ASSIS SILVA	221
47	CUIDADO DEL PACIENTE ENCAMADO BÁRBARA ARGÜELLES ACEVEDO	225
48	CASO CLÍNICO: CORRECCIÓN DE PROLAPSO GENITAL ELIA FUNES RUIZ Y ANGELA MARIA BOLADO TIZON	229
49	LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PARITORIO CAROLINA MESURO BAO	233
50	EPILEPSIA. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ALMA MARÍA CRUZ GÓMEZ	237
51	ESCLEROSIS MÚLTIPLE. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ALMA MARÍA CRUZ GÓMEZ	241
52	FIBROMIALGIA. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ALMA MARÍA CRUZ GÓMEZ	245
53	CAÍDAS EN RESIDENCIAS DE MAYORES ELIA FUNES RUIZ Y ANGELA MARIA BOLADO TIZON	249
54	TETRAPLEJIA. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ALMA MARÍA CRUZ GÓMEZ	253
55	ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA DESCRITA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ALMA MARÍA CRUZ GÓMEZ	257
56	ALZHEIMER. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ALMA MARÍA CRUZ GÓMEZ	261

57	PSICOLOGÍA POSITIVA COMO PROFESIÓN SANITARIA IRENE PONZ MARTÍNEZ	265
58	CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA POR LOS FISIOTERAPEUTAS PARA PAUTAR EJERCICIO TERAPÉUTICO DURANTE EL EMBARAZO BEATRIZ PUERTA RUBIO	269
59	IMPORTANCIA DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO HIPOPRESIVO EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA FISIOTERAPIA EN EL SUELO PÉLVICO BEATRIZ PUERTA RUBIO	273
60	EJERCICIO TERAPÉUTICO. PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES A TENER EN CUENTA POR EL FISIOTERAPEUTA BEATRIZ PUERTA RUBIO	279
61	DETECCIÓN DEL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA TAMAR BLANCA SERRANO	285
62	VACUNACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO CARLOTA ÁLVAREZ CARBAJAL	289
63	EL IMPORTANTE PAPEL DEL CELADOR AL RESPECTO DE CAÍDAS EN PACIENTES INGRESADOS ALMUDENA RODRÍGUEZ ELEZ	293
64	SERVICIOS DE ASISTENCIA POR EL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA PILAR CUADRADO OTERO	297
65	EL CELADOR FUNCIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA MARIA ISABEL MADRIGAL COBO, MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON, MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN, LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO Y ÁNGEL NOTARIO GARRIDO	301

66	EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	
	MARIA ISABEL MADRIGAL COBO, MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON, MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN, LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO Y ÁNGEL NOTARIO GARRIDO	305
67	EL CELADOR EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA	
	MARIA ISABEL MADRIGAL COBO, MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON, MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN, LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO Y ÁNGEL NOTARIO GARRIDO	309
68	EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN UN HOSPITAL DE DIA	
	MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA, CARMEN PALACIOS SALINAS, MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS, JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON Y CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ	313
69	EL CELADOR Y SU RELACIÓN CON EL ENFERMO MENTAL	
	MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA, CARMEN PALACIOS SALINAS, MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS, JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON Y CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ	317
70	EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE REHABILITACION	
	MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA, CARMEN PALACIOS SALINAS, MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS, JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON Y CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ	321
71	PREVENCIÓN DEL PERSONAL ELECTRICISTA CONTRA INCENDIOS EN EL ÁMBITO SANITARIO HOSPITALARIO	
	EDUARDO GARCIA DONATE, CARLOS LÓPEZ MUÑOZ, FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO, PEDRO JOSE CORTES MOLINA Y RUBÉN CAVA	325

72	EL PERSONAL ELECTRICISTA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SU INFLUENCIA EN LA CONFIABILIDAD DE LOS SISTEMAS Y EQUIPOS SANITARIOS EDUARDO GARCIA DONATE, CARLOS LÓPEZ MUÑOZ, FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO, PEDRO JOSE CORTES MOLINA Y RUBÉN CAVA	329
73	EL PERSONAL ELECTRICISTA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS MEDIDAS EN EL USO DE ESCALERAS DE MANO EN HOSPITALES EDUARDO GARCIA DONATE, CARLOS LÓPEZ MUÑOZ, FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO, PEDRO JOSE CORTES MOLINA Y RUBÉN CAVA	333
74	EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPIS) EN LA SANIDAD FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ IGLESIAS	339
75	PERSONAL SANITARIO ABORDA LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y SU PREVENCIÓN FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ IGLESIAS	343
76	ESTRÉS LABORAL EN LA SANIDAD FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ IGLESIAS	347
77	EL PLANCHADOR/A , FASES DE LA ROPA CUANDO LLEGA A LA ZONA LIMPIA MANUEL GALDÓN GARVÍ, ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ, CORTES MARTINEZ TOLEDO, ANTONIA HENRY PULIDO Y MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ	351
78	EL PLANCHADOR/A, FACTORES PARA ELEGIR EL EQUIPAMIENTO NECESARIO DE LA ZONA DE LAVANDERÍA MANUEL GALDÓN GARVÍ, ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ, CORTES MARTINEZ TOLEDO, ANTONIA HENRY PULIDO Y MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ	355

79 EL PLANCHADOR/A Y EL PROCESAMIENTO DE LA ROPA EN EL ÁREA LIMPIA EN EL CALANDRAJE DE LA ROPA PLANA	
MANUEL GALDÓN GARVÍ, ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ, CORTES MARTINEZ TOLEDO, ANTONIA HENRY PULIDO Y MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ	359
80 LA IMPORTANCIA DE LA FIGURA DEL CELADOR EN LA ESFERA DE LA SALUD	
CATALINA VALENCIA MORENO, GEMA VALENCIA MORENO, SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO, FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS Y ENRIQUE DIAZ-TENDERO	363
81 EL CELADOR EN PLANTA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SUS FUNCIONES	
CATALINA VALENCIA MORENO, GEMA VALENCIA MORENO, SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO, FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS Y ENRIQUE DIAZ-TENDERO	367
82 FUNCIONES Y PAPEL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	
CATALINA VALENCIA MORENO, GEMA VALENCIA MORENO, SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO, FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS Y ENRIQUE DIAZ-TENDERO	371
83 EL ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	
PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO, NURIA GARCÍA DIAZ, PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT, MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ Y M. DOLORES CORRAL LOPEZ	375
84 LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA GESTIONADA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	
PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO, NURIA GARCÍA DIAZ, PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT, MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ Y M. DOLORES CORRAL LOPEZ	379

85 LA MULTICULTURALIDAD Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO, NURIA GARCÍA DIAZ, MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ, M. DOLORES CORRAL LOPEZ Y PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT	383
86 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-MANJAVACAS, CARMEN PALACIOS SALINAS Y CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ	389
87 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA PLANTA HOSPITALARIA ALEJANDRO PIÑERO REINA, AFRICA VÁZQUEZ ORTEGA Y LAURA GARCÍA RECIO	393
88 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA HOSPITALARIA MARGARITA RAMOS MARTÍNEZ, MARÍA DEL CARMEN REINA GAMERO Y JUANA PÉREZ DURÁN	397
89 ROL DEL CELADOR EN URGENCIAS MUNIR MOHAMED ALI	401
90 VERIFICACIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL FRENTE A RADIACIONES IONIZANTES MARINA GUTIÉRREZ RUIZ	405
91 ACELERADORES DE PARTÍCULAS LINEALES UTILIZADOS EN RADIOTERAPIA MARINA GUTIÉRREZ RUIZ	409
92 ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN LOS CENTROS DE SALUD LAURA LIZCANO BARREIRA	417
93 EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO ANTE LA SOLEDAD DE LOS PACIENTES ANCIANOS LAURA LIZCANO BARREIRA	421

Capítulo 1

OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES RELACIONADAS CON MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

MATÍAS FERRÁN ESCOBEDO MARTÍNEZ

ENRIQUE BARBEITO CASTRO

SONSOLES JUNQUERA OLAY

SONSOLES OLAY GARCIA

1 Introducción

1.1 ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica, de carácter inflamatorio y crónico. Presenta predilección por las articulaciones, siendo la membrana sinovial la primera estructura comprometida. Con posterioridad se extiende a los elementos colindantes con alteración del cartílago, ligamentos, cápsula y hueso. (1).

La etiología de la AR es desconocida. Se acepta que posiblemente exista una exposición ambiental o factor desencadenante que actúe en pacientes predispuestos.

Se conocen datos acerca de diferentes agentes tóxicos, sexuales, ambientales, infecciosos y de predisposición genética, que pueden favorecer su aparición(2). La prevalencia global de la AR se sitúa entre el 0,5% - 1% en población adulta. En cuanto al sexo la mayor incidencia es en mujeres con una edad comprendida entre los 50 y 60 años(3)(4) .

Los signos y síntomas cardinales de la AR son el dolor y tumefacción de las articulaciones afectas, con especial predilección por las de las manos y con un carácter simétrico. Además, se manifiesta mediante síntomas generales como fatiga, malestar general, rigidez matutina, debilidad, limitación funcional y depresión(1)(5).

Actualmente se reconoce que el desarrollo de la AR incluye 6 fases cuya nomenclatura y definición intentó homogeneizar el Grupo de Trabajo de los Factores de Riesgo de AR de la Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología (EULAR) en 2012 (6).

El tratamiento de la AR debe ir dirigido a controlar todas las manifestaciones y consecuencias de la enfermedad incluyendo el control de la inflamación, las secuelas estructurales y las comorbilidades de la misma(7)(8). De forma resumida estos son los fármacos más empleados: Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (9)(10), Glucocorticoides (11)(12)(13)(14)(15) y Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) (16)(17).

1.2 OSTEOPOROSIS:

La osteoporosis (OP) se define como un trastorno esquelético sistémico caracterizado por una pérdida de masa ósea y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, con el consecuente incremento de la fragilidad y mayor susceptibilidad a las fracturas (18). La prevalencia aumenta con la edad desde el 15% para las edades comprendidas entre 50 y 59 años hasta una prevalencia mayor al 80% para las mujeres con una edad superior a 80 años (19) y en varones mayores de 50 años la prevalencia de osteoporosis es de un 8% (20). El tratamiento para la osteoporosis puede incluir desde cambios al estilo de vida (la dieta y rutina de ejercicio) hasta la necesidad de tratamiento médico con antirresortivos (aminobisfosfonatos y/o anticuerpos monoclonales).

1.3 BISFOSFONATOS

Los bisfosfonatos (BFs) son análogos estables no metabolizables de pirofosfatos inorgánicos (PFI). Presentan una elevada afinidad por el hueso y su principal

capacidad es la inhibición de la función osteoclástica (21)(22)(23) (24)(25)(26).

Bisfosfonatos por vía oral (VO):

La absorción es realizada por difusión pasiva en el estómago y en el intestino. Esta se verá disminuida cuando el fármaco es administrado con las comidas, especialmente con la presencia de calcio. Por ello se recomienda que la administración del medicamento sea, al menos 30 minutos antes del desayuno y solo con agua (27) y su biodisponibilidad es de un 0,7%

Bisfosfonatos por vía intravenosa (IV):

Estos bisfosfonatos presentan una biodisponibilidad del 70%. Este es captado por el hueso, especialmente por aquellas áreas en las que se esté produciendo un mayor remodelado óseo en el momento de su administración(28)(29)(30)(31)

Los BF han revelado pocos efectos adversos significativos. Estos medicamentos son bien tolerados por los pacientes, aunque su administración con una frecuencia muy baja, puede producir algunos efectos negativos de los cuales tenemos que destacar la osteonecrosis de los maxilares(30)(32).

1.4 DENOSUMAB

Es un anticuerpo monoclonal cien por cien humano de la subclase IgG2 anti RANKL. Este anticuerpo impide el acoplamiento del RANKL con su receptor RANK, responsable de la activación del factor nuclear NF- κ B en las células de estirpe osteoclástica (33).La estructura química del denosumab podría dividirse en dos partes (34):Dos cadenas pesadas simétricas y Dos cadenas ligeras simétricas (de la subclase kappa)

La acción del denosumab radica en la alta afinidad y especificidad por RANKL impidiendo que se ligue a su receptor en la membrana de los osteoclastos inmaduros (proceso de maduración y activación) o en los maduros (alargamiento de su vida media) bloqueando su función y acortando su tiempo de vida(33) (35) (36) , inhibiendo así la resorción ósea.

La administración del medicamento es por vía subcutánea (SC) en el muslo, abdomen o la parte posterior del brazo (37) con una biodisponibilidad del entorno al 78% y su farmacocinética es no lineal, al igual que otros anticuerpos monoclonales humanos (38).

De entre todos los adversos asociados a la administración de este medicamento (25) (34) (39) , nos centraremos exclusivamente en las osteonecrosis de los maxilares relacionadas con medicamentos la cual abordaremos en el siguiente

apartado

1.5 OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES RELACIONADAS CON MEDICAMENTOS (MRONJ)

La MRONJ es un concepto acuñado por la AAOMS (40) y definida como una patología que presenta tres premisas indispensables(40): 1.Historia de tratamiento actual o anterior con agentes antirresortivos o antiangiogénicos. 2. Hueso necrótico expuesto o no expuesto con una fístula intraoral o extraoral en la región maxilofacial o cervicofacial que persiste por más de 8 semanas. 3. Ausencia de antecedentes de radioterapia en la región maxilofacial.

La etiología de la MRONJ no está totalmente esclarecida, pero la mayor parte de la literatura a este respecto establece que la relación entre la osteonecrosis y el empleo de determinados medicamentos se debe principalmente a: 1. Supresión del recambio óseo (40) (27) (41) 2. Procesos inflamatorios e infecciosos (40) (41) (42) 3. Propiedades antiangiogénicas (40) (43) (44).

La MRONJ presenta una serie de manifestaciones características que la hacen fácilmente reconocible por su clínica. Aun así, es necesario la solicitud las pruebas complementarias para llevar a cabo el diagnóstico diferencial con otras patologías. Dentro de la clínica de la MRONJ las manifestaciones más frecuentes que encontramos son (40) (45) : 1.Dolor; 2. Supuración a través de la una fístula intra o extraoral; 3.Exposición de hueso necrótico; 4. Odontalgia de causa no justificada. 5. hipoestesia o parestesia.

Para confirmar el diagnóstico es preciso solicitar diferentes estudios complementarios que nos puedan ayudar a ratificar el diagnóstico de presunción como son el estudio histopatológico (46), el estudio microbiológico (Cultivo y Antibiograma) (47) y los estudios de imagen (ortopantomografía (OPG) y Tomografía Computarizada (TC) (48)(49))

Con el creciente número de casos de MRONJ en el 2006 Ruggiero et al (50) publicaron la primera clasificación de la enfermedad por estadios. Posteriormente en el 2009 este mismo autor junto con la AOOMS actualizó la clasificación incluyendo nuevos tipos de pacientes, quedando actualizada hasta nuestros días (47).Cada estadio precisará de un plan de tratamiento diferente e individualizado(40)

2 Objetivos

Objetivo Principal:

Definir un perfil epidemiológico del paciente con artritis reumatoide y osteonecrosis de los maxilares relacionadas con medicamentos.

Objetivos Secundarios: a) Identificar el comportamiento evolutivo de las osteonecrosis en los enfermos con artritis reumatoide b) Determinar su frecuencia de presentación en el contexto de las osteonecrosis medicamentosas no oncológicas.

3 Metodología

Para dar respuesta a los objetivos planteados se realizó una revisión sistemática de la literatura, siguiendo el protocolo del sistema PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses)(51).

1. Criterios de inclusión

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos relacionados con pacientes con AR y MRONJ
- Tipo de estudios: Hemos considerado la inclusión de artículos diseñados como:
 - estudios retrospectivos y/o prospectivos
 - case report
 - series de casos
 - revisiones sistemáticas sobre el tema
- Información que debían aportar los artículos seleccionados:
Todos debían aportar un conjunto de variables indispensables, las cuales fueron divididas en 3 bloques:

Descripción de las variables del bloque epidemiológico:

- Autores y año de publicación
- Número de pacientes
- Sexo
- Edad
- Corticoterapia como tratamiento de la AR
- Patología concomitante

Descripción de las variables bloque antirresortivo:

- Enfermedad que motivo el tratamiento antirresortivo
- Fármaco antirresortivo
- Vía de administración
- Tiempo de exposición al fármaco (meses)

Descripción de las variables del bloque osteonecrosis:

- Factor desencadenante de la MRONJ
- Estadio (AAOMS 2014)
- Localización
- Fractura mandibular
- Tratamiento médico
- Tratamiento quirúrgico
- Evolución

- Idioma: Los artículos seleccionados debían estar escritos en lengua inglesa.

-Años de inclusión: Enero de 2006 a Diciembre de 2021.

2. Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica (Enero 2022) en las base de datos PubMed utilizando los términos de búsqueda:

Rheumatoid arthritis [MeSH Terms] AND Osteonecrosis [MeSH Terms] OR Avascular osteonecrosis [MeSH Terms] OR Osteonecrosis of the jaw [MeSH Terms] OR MRONJ [MeSH Terms] OR ONJ [MeSH Terms] OR BONJ [MeSH Terms] OR ARONJ [MeSH Terms] OR BRONJ [MeSH Terms] Bisphosphonate [MeSH Terms] OR diphosphonate [MeSH Terms] OR Antiresorptive [MeSH Terms] OR Denosumab [MeSH Terms]

3. Selección de los estudios y recogida de datos

Inicialmente se eliminaron: a) Artículos repetidos; b) Artículos anteriores a 2006 c) Artículos de lengua no inglesa; d) Artículos con pacientes < 18 años

Posteriormente, de forma independiente dos revisores (M.C.M y G.S.S.), a través de la lectura del título y del resumen, realizaron la segunda selección de los artículos que potencialmente reunían los criterios de inclusión. Finalmente, estos trabajos fueron leídos y analizados en toda su extensión para su inclusión o exclusión en la revisión bibliográfica. En el caso de que no hubiese acuerdo de inclusión/exclusión de un artículo este se sometía a un tercer revisor (M.F.E.M).

4 Análisis de los datos

Toda la información obtenida de las diferentes variables, debidamente codificada, fue introducida en una base de datos, empleando para su manejo el programa estadístico R Development Core Team (Viena, Austria). Todo el estudio estadístico corrió a cargo de la Unidad de Consultoría Estadística de la Universidad de Oviedo.

4 Resultados

La búsqueda inicial en las bases de datos PubMed identificó un total de 1086 artículos. Tras la aplicación de los criterios de inclusión y posterior lectura del título y del resumen se excluyeron 1051 artículos. De los 35 artículos seleccionados para su lectura, 14 fueron descartados por no presentar información relevante sobre la MRONJ y AR. Finalmente tras la lectura de la bibliografía de los 21 artículos seleccionados para la revisión, añadió un artículo que cumplía con los criterios de inclusión. El total de trabajos revisados fue de 22 artículos. (52)(53)(54)(55)(56)(57)(58)(59)(60)(61)(62)(63)(64)(65)(66)(67)(68)(69)(70)(71)(72)(73)

4.1 BLOQUE DEMOGRÁFICO

El total de pacientes incluidos en la revisión fue de 41 con una edad media de 68,7 años, siendo el sexo femenino el más predominante. Las enfermedades concomitantes más frecuentes que presentaban los sujetos fueron la diabetes y la hipertensión arterial (5 pacientes respectivamente). La corticoterapia como tratamiento complementario de los FAME en la AR fue prescrito en el 95,1% de los enfermos. La osteoporosis fue la única enfermedad (100% de los casos) por la cual los médicos prescriptores indicaron el uso de fármacos antirresortivos.

4.2 BLOQUE ANTIRRESORTIVO

El antirresortivo más utilizado fue el alendronato (oral) , ya sea en monoterapia (64% de los pacientes) como en terapia combinada con otros antirresortivos (2,4% combinado con ibandronato oral y 2,4% combinado con denosumab subcutáneo). El risendronato (oral) y minodronato (oral) ocuparon el segundo y tercer lugar como antirresortivos más utilizados (12,2% y 7,3% de los pacientes respectivamente) (figura 4.2). El tiempo medio de duración de la terapia antirresortiva hasta el momento del diagnóstico de la MRONJ fue de 52,2 meses.

4.3 BLOQUE MRONJ

Como cabe esperar el 100% de los pacientes desarrollaron una MRONJ, siendo el desencadenante más frecuente la cirugía oral (exodoncia) en un 63,4% de los casos, seguida de la cirugía implantológica 12,2% de los casos. Tenemos que mencionar que casi en el 10% de los sujetos incluidos en esta revisión, los autores de los artículos no mencionan el desencadenante de la MRONJ.

El estadio más habitual encontrado en los enfermos en el momento del diagnóstico de la MRONJ fue el estadio II (34,1% de los casos) seguido del III y del I (24,4 % y 7,3% respectivamente). Al igual que en el apartado anterior 11 pacientes (26,8%

del total) no refieren el estadio de la MRONJ.

La mandíbula fue la región anatómica más frecuente donde se desarrolló la MRONJ (61%) seguida del maxilar superior (34,1%). La afectación de de ambos maxilares se reconoció en el 4,9%. La fractura mandibular como una complicación grave del desarrollo de la patología se objetivó en un total de 3 pacientes (7,3% del total).

El 58,5% de los pacientes recibieron como tratamiento médico de la MRONJ antibioterapia, a la cual se asoció enjuagues con clorhexidina (CHX) en el 46,3% de los sujetos. En 15 pacientes (36,6% del total) los autores no mencionan si recibieron algún tratamiento médico.

Con relación al tratamiento quirúrgico cabe mencionar que fue muy heterogéneo debido a que no hay un protocolo claro para proceder ante estos enfermos. Aun así, la secuestrectomía sola o en combinación con otros procedimientos quirúrgicos fue el tratamiento más empleado por los especialistas (7 pacientes como único tratamiento y 9 pacientes en combinación)

La evolución de la patología fue favorable en el 65,9% de los pacientes, sin embargo cabe destacar que en un 24,4% los autores no detallan esta variable (casos perdidos: 10) por lo que el total de la muestra cuya evolución es detallada fue de 31 pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Tras la presente revisión sistemática podemos establecer que, en el momento actual, no existe ningún estudio aleatorizado, controlado, ensayo clínico prospectivo que evalúe el riesgo de osteonecrosis medicamentosa de los maxilares en pacientes con artritis reumatoide. A falta de estos datos, en el presente trabajo se realizó una revisión crítica de la literatura para investigar el estado actual de la epidemiología de los pacientes con MRONJ y artritis reumatoide. Determinar la prevalencia de MRONJ en pacientes con artritis reumatoide, considerando solo el número bruto de casos de MRONJ en pacientes con artritis reumatoide, resultaría inapropiado. Sin embargo, la cuantificación del porcentaje de MRONJ en artritis reumatoide en relación con el total de las MRONJ no oncológicas podría darnos una aproximación sobre la cuestión.

Los bisfosfonatos (BF) y otros antirresortivos están mundialmente reconocidos como primera opción para la prevención y el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica, la osteoporosis inducida por la administración de esteroides o idiopática, la enfermedad de Paget, la hipercalcemia maligna, el mieloma múltiple

y las metástasis óseas asociadas con la mama, la próstata, el pulmón y otros tumores sólidos. A finales del año 2003, una carta en la revista *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* (26) describió a 36 pacientes que desarrollaron en los maxilares una osteonecrosis después de recibir BP. Todos ellos presentaban hueso necrótico doloroso y en el 78% de los casos, la necrosis se asoció con antecedentes de extracción dental y el restante número de casos pareció surgir espontáneamente.

A fines de 2004, Ruggiero et al (25) informaron sobre 63 casos de osteonecrosis asociada a BP recogidos durante un período de 26 meses en dos hospitales americanos. Todos los pacientes del grupo oncológico estaban recibiendo quimioterapia y/o corticoides a dosis importantes. Siete pacientes fueron diagnosticados de osteoporosis y no tenían antecedentes de tratamiento con agentes quimioterapéuticos o corticoides. 54 de los 63 pacientes habían sufrido una extracción dentaria reciente en el área patológica, mientras que los 9 pacientes restantes tenían una exposición ósea espontánea. La duración informada del tratamiento con BP en esta serie varió entre los 6 a 48 meses, aunque no se especificó el tiempo de tratamiento para cada paciente de forma individual.

Estos primeros estudios ya dejaban una clara evidencia del mayor riesgo de osteonecrosis medicamentosa en los pacientes oncológicos (1,5 % y el 15 %) con respecto a los que reciben el tratamiento por una osteoporosis u otras patologías no oncológicas, (1/10.000–1/100.000) (40)(74)

Los BF y otros antirresortivos se usan comúnmente en pacientes con artritis reumatoide para el tratamiento y/o prevención de la osteoporosis (idiopática o inducida por esteroides). En la presente revisión se constata que la osteoporosis fue la indicación que justificó la administración de los BF en todos los pacientes revisados. Sobre esta cuestión podríamos plantearnos el siguiente interrogante: ¿la prevalencia de la osteoporosis es mayor entre los pacientes con artritis reumatoide que la población general? A este respecto podemos reconocer que la osteoporosis es una enfermedad esquelética sistémica frecuente con una prevalencia en la población general que varía entre el 9 y el 38% para mujeres y del 1 al 8% en varones(75). Se estima que la prevalencia de la osteoporosis es superior al 30% en pacientes con artritis reumatoide (76).

En consecuencia, la artritis reumatoide es una condición inflamatoria que predispone a los pacientes a desarrollar osteoporosis. Esta inflamación sistémica derivada de la enfermedad, el uso de glucocorticoides y los autoanticuerpos de la artritis reumatoide participan multifactorialmente en la aparición de la osteo-

porosis. De otra parte de los 41 pacientes de la presente revisión solo cuatro eran varones. Por tanto epidemiológicamente lo mismo que la osteoporosis, la artritis reumatoide es una patología que afecta mayoritariamente a las mujeres, tal y como se reconoce en la literatura (77)(78)

La mayor parte de la información recogida en la presente revisión procede de casos aislados o de pequeñas series de casos. Solo las casuísticas más consistentes nos permiten aproximar una respuesta al siguiente interrogante ¿existe una asociación singular entre las osteonecrosis de los maxilares y la artritis reumatoide? A este respecto en Francia, algunos autores (65) refirieron que el 53,3% de las osteonecrosis no oncológicas (ONNO) se presentaban en pacientes con artritis reumatoide. En la población general francesa, la prevalencia de osteoporosis (9,7%) es mucho mayor que la prevalencia de artritis reumatoide (0,3%), por lo que el porcentaje de pacientes con osteonecrosis y artritis reumatoide en este estudio resulta desproporcionado. De otra parte un reciente trabajo en Korea del Sur (79) nos indica que la incidencia de MRONJ en pacientes con osteoporosis (164.926 nuevos usuarios de BP y 164.926 controles pareados por edad y sexo) seguidos durante 4 años fue de 20,9 y 6,9 por 100.000 habitantes para los grupos BP y control, respectivamente. El padecer artritis reumatoide era un factor de riesgo independiente para el desarrollo de la MRONJ.

Por lo tanto las variables: ingesta del bisfosfonato, sexo femenino, mayor frecuencia de osteoporosis e inflamación sistémica propias de la AR, justificarían una mayor prevalencia de ONMO en pacientes con artritis reumatoide. No obstante, la influencia de otros factores no debe ser desdeñada.

Las limitaciones del presente estudio derivan del reducido número de casos revisados, la falta de uniformidad en la información recogida por los diferentes autores, los problemas metodológicos a la hora de diseñar las diferentes revisiones y en la falta de consenso internacional sobre el tratamiento individual que estos pacientes deben recibir. No obstante, la información recopilada nos permite alcanzar algunas conclusiones:

- 1.Desde un punto de vista epidemiológico los pacientes con artritis reumatoide que desarrollan una osteonecrosis de los maxilares relacionada con medicamentos, suelen ser mujeres de 68 años de edad que recibieron esteroides y alendronato durante más de 4 años. Todas ellas tienen osteoporosis y como antecedente de la exposición ósea (preferentemente en la mandíbula) refieren haber sufrido una cirugía dentoalveolar. La evolución tras el tratamiento no es predecible.

2. Los pacientes con artritis reumatoide parecen tener un mayor riesgo de osteonecrosis medicamentosa por su elevada incidencia de osteoporosis y la inflamación sistémica inherente a la enfermedad.

3. Al menos un 7,3% de los pacientes con artritis reumatoide y osteonecrosis de los maxilares por medicamentos presentaron una fractura de mandíbula durante su proceso evolutivo.

6 Bibliografía

1. Kelley and Firestein's Textbook of Rheumatology 2-Volume Set [Internet]. [cited 2022 Mar 26]. Available from: <https://www.eu.elsevierhealth.com/kelley-and-firesteins-textbook-of-rheumatology-2-volume-set-9780323316965.html>
2. McInnes IB, Schett G. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. *N Engl J Med*. 2011;365:2205–19.
3. Gibofsky A. Overview of epidemiology, pathophysiology, and diagnosis of rheumatoid arthritis. *Am J Manag Care*. 2012;18:295–302.
4. Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatol Oxf Engl*. 2002;41:88–95.
5. Vandenbroucke JP, Hazevoet HM, Cats A. Survival and cause of death in rheumatoid arthritis: a 25-year prospective followup. *J Rheumatol*. 1984;11:158–61.
6. Gerlag DM, Raza K, van Baarsen LGM, Brouwer E, Buckley CD, Burmester GR et al. EULAR recommendations for terminology and research in individuals at risk of rheumatoid arthritis: report from the Study Group for Risk Factors for Rheumatoid Arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2012;71:638–41.
7. Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis*. 2017;76:960–77.
8. Sanmartí R, García-Rodríguez S, Álvaro-Gracia JM, Andreu JL, Balsa A, Cáliz R et al. 2014 update of the Consensus Statement of the Spanish Society of Rheumatology on the use of biological therapies in rheumatoid arthritis. *Reumatol Clin*. 2015;11:279–94.
9. Chai J. Peptic Ulcer Disease [Internet]. 2011 [cited 2022 Mar 26]. Available from: <https://www.intechopen.com/books/225>

10. Antman EM. Evaluating the Cardiovascular Safety of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. *Circulation*. 2017;135:2062–72.
11. Huscher D, Thiele K, Gromnica-Ihle E, Hein G, Demary W, Dreher R et al. Dose-related patterns of glucocorticoid-induced side effects. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:1119–24.
12. Wolfe F, Caplan L, Michaud K. Treatment for rheumatoid arthritis and the risk of hospitalization for pneumonia: associations with prednisone, disease-modifying antirheumatic drugs, and anti-tumor necrosis factor therapy. *Arthritis Rheum*. 2006;54:628–34.
13. Buttgereit F, da Silva J a. P, Boers M, Burmester GR, Cutolo M, Jacobs J et al. Standardised nomenclature for glucocorticoid dosages and glucocorticoid treatment regimens: current questions and tentative answers in rheumatology. *Ann Rheum Dis*. 2002;61:718–22.
14. Da Silva J a. P, Jacobs JWG, Kirwan JR, Boers M, Saag KG, Inês LBS et al. Safety of low dose glucocorticoid treatment in rheumatoid arthritis: published evidence and prospective trial data. *Ann Rheum Dis*. 2006;65:285–93.
15. Van der Goes MC, Jacobs JWG, Boers M, Andrews T, Blom-Bakkers M a. M, Buttgereit F et al. Monitoring adverse events of low-dose glucocorticoid therapy: EULAR recommendations for clinical trials and daily practice. *Ann Rheum Dis*. 2010;69:1913–9.
16. Park W, Hrycaj P, Jeka S, Kovalenko V, Lysenko G, Miranda P et al. A randomised, double-blind, multicentre, parallel-group, prospective study comparing the pharmacokinetics, safety, and efficacy of CT-P13 and innovator infliximab in patients with ankylosing spondylitis: the PLANETAS study. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:1605–12.
17. Yoo DH, Hrycaj P, Miranda P, Ramiterre E, Piotrowski M, Shevchuk S, et al. A randomised, double-blind, parallel-group study to demonstrate equivalence in efficacy and safety of CT-P13 compared with innovator infliximab when coadministered with methotrexate in patients with active rheumatoid arthritis: the PLANETRA study. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:1613–20.
18. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy, March 7-29, 2000: highlights of the conference. *South Med J*. 2001 Jun;94(6):569–73.
19. Postmenopausal Osteoporosis - PubMed [Internet]. [cited 2022 Mar 26]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27223157/>
20. Prevalence and trends in low femur bone density among older US adults: NHANES 2005-2006 compared with NHANES III - PubMed [Internet]. [cited 2022 Mar 26]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19580459/>

21. Russell RGG, Xia Z, Dunford JE, Oppermann U, Kwaasi A, Hulley PA, et al. Bisphosphonates: an update on mechanisms of action and how these relate to clinical efficacy. *Ann N Y Acad Sci.* 2007;1117:209–57.
22. Rogers MJ, Gordon S, Benford HL, Coxon FP, Luckman SP, Monkkonen J, et al. Cellular and molecular mechanisms of action of bisphosphonates. *Cancer.* 2000;88:2961–78.
23. Bellido T, Plotkin LI. Novel actions of bisphosphonates in bone: preservation of osteoblast and osteocyte viability. *Bone.* 2011;49:50–5.
24. Frith JC, Mönkkönen J, Blackburn GM, Russell RG, Rogers MJ. Clodronate and liposome-encapsulated clodronate are metabolized to a toxic ATP analog, adenosine 5'-(beta, gamma-dichloromethylene) triphosphate, by mammalian cells in vitro. *J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res.* 1997;12:1358–67.
25. Ruggiero SL, Mehrotra B, Rosenberg TJ, Engroff SL. Osteonecrosis of the jaws associated with the use of bisphosphonates: a review of 63 cases. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2004;62:527–34.
26. Marx RE. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2003;61:1115–7.
27. Frith JC, Mönkkönen J, Auriola S, Mönkkönen H, Rogers MJ. The molecular mechanism of action of the antiresorptive and antiinflammatory drug clodronate: evidence for the formation in vivo of a metabolite that inhibits bone resorption and causes osteoclast and macrophage apoptosis. *Arthritis Rheum.* 2001;44:2201–10.
28. Rogers MJ. New insights into the molecular mechanisms of action of bisphosphonates. *Curr Pharm Des.* 2003;9:2643–58.
29. Lavigne SE, Gutenkunst LS, Williams KB. Effects of tartar-control dentifrice on tooth sensitivity: a pilot study. *J Dent Hyg JDH.* 1997;71:105–11.
30. Russell RGG. Bisphosphonates: the first 40 years. *Bone.* 2011;49:2–19.
31. Polymeri AA, Kodovazenitis GJ, Polymeris AD, Komboli M. Bisphosphonates: Clinical Applications and Adverse Events in Dentistry. *Oral Health Prev Dent.* 2015;13:289–99.
32. Drake MT, Clarke BL, Khosla S. Bisphosphonates: mechanism of action and role in clinical practice. *Mayo Clin Proc.* 2008;83:1032–45.
33. McClung MR, Lewiecki EM, Cohen SB, Bolognese MA, Woodson GC, Moffett AH et al. Denosumab in postmenopausal women with low bone mineral density. *N Engl J Med.* 2006;354:821–31.
34. Cummings SR, San Martin J, McClung MR, Siris ES, Eastell R, Reid IR, et al. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteo-

porosis. *N Engl J Med*. 2009;361:756–65.

35. Hsu H, Lacey DL, Dunstan CR, Solovyev I, Colombero A, Timms E et al. Tumor necrosis factor receptor family member RANK mediates osteoclast differentiation and activation induced by osteoprotegerin ligand. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1999;96:3540–5.

36. Lacey DL, Timms E, Tan HL, Kelley MJ, Dunstan CR, Burgess T, et al. Osteoprotegerin ligand is a cytokine that regulates osteoclast differentiation and activation. *Cell*. 1998;93:165–76.

37. Bekker PJ, Holloway DL, Rasmussen AS, Murphy R, Martin SW, Leese PT et al. A single-dose placebo-controlled study of AMG 162, a fully human monoclonal antibody to RANKL, in postmenopausal women. 2004. *J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res*. 2005;20:2275–82.

38. Liu L. Antibody glycosylation and its impact on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of monoclonal antibodies and Fc-fusion proteins. *J Pharm Sci*. 2015;104:1866–84.

39. Morizio P, Burkhart JJ, Ozawa S. Denosumab: A Unique Perspective on Adherence and Cost-effectiveness Compared With Oral Bisphosphonates in Osteoporosis Patients. *Ann Pharmacother*. 2018;52:1031–41.

40. Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, Goodday R, Aghaloo T, Mehrotra B, et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw—2014 update. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2014;72:1938–56.

41. Hoefert S, Schmitz I, Tannapfel A, Eufinger H. Importance of microcracks in etiology of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: a possible pathogenetic model of symptomatic and non-symptomatic osteonecrosis of the jaw based on scanning electron microscopy findings. *Clin Oral Investig*. 2010;14:271–84.

42. Aguirre JJ, Akhter MP, Kimmel DB, Pingel JE, Williams A, Jorgensen M, et al. Oncologic doses of zoledronic acid induce osteonecrosis of the jaw-like lesions in rice rats (*Oryzomys palustris*) with periodontitis. *J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res*. 2012;27:2130–43.

43. Hu K, Olsen BR. Vascular endothelial growth factor control mechanisms in skeletal growth and repair. *Dev Dyn Off Publ Am Assoc Anat*. 2017;246:227–34.

44. Yamashita J, McCauley LK. Antiresorptives and osteonecrosis of the jaw. *J Evid-Based Dent Pract*. 2012;12:233–47.

45. Bagan JV, Jimenez Y, Murillo J, Hernandez S, Poveda R, Sanchis JM et al. Jaw osteonecrosis associated with bisphosphonates: multiple exposed areas and its relationship to teeth extractions. Study of 20 cases. *Oral Oncol*. 2006;42:327–9.

46. Junquera L, Gallego L, Pelaz A. Multiple myeloma and bisphosphonate-related osteonecrosis of the mandible associated with dental implants. *Case Rep Dent*. 2011;2:568246.
47. Ruggiero SL, Dodson TB, Assael LA, Landesberg R, Marx RE, Mehrotra B et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws–2009 update. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2009;67:2–12.
48. Nicolatou-Galitis O, Schiødt M, Mendes RA, Ripamonti C, Hope S, Drudge-Coates L et al. Medication-related osteonecrosis of the jaw: definition and best practice for prevention, diagnosis, and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2019;127:117–35.
49. Zirk M, Buller J, Zöller JE, Heneweer C, Kübler N, Lentzen MP. Volumetric analysis of MRONJ lesions by semiautomatic segmentation of CBCT images. *Oral Maxillofac Surg*. 2019;23:465–72.
50. Ruggiero SL, Fantasia J, Carlson E. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: background and guidelines for diagnosis, staging and management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006;102:433–41.
51. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 2015;4:1.
52. Khamaisi M, Regev E, Yarom N, Avni B, Leitersdorf E, Raz I et al. Possible association between diabetes and bisphosphonate-related jaw osteonecrosis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007;92:1172–5.
53. Yarom N, Yahalom R, Shoshani Y, Hamed W, Regev E, Elad S. Osteonecrosis of the jaw induced by orally administered bisphosphonates: incidence, clinical features, predisposing factors and treatment outcome. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA*. 2007;18:1363–70.
54. Malden NJ, Pai AY. Oral bisphosphonate associated osteonecrosis of the jaws: three case reports. *Br Dent J*. 2007;203:93–7.
55. Grana J, Mahia IV, Meizoso MOS, Vazquez T. Multiple osteonecrosis of the jaw, oral bisphosphonate therapy and refractory rheumatoid arthritis (Pathological fracture associated with ONJ and BP use for osteoporosis). *Clin Exp Rheumatol*. 2008;26:384–5.
56. Bocanegra-Pérez S, Vicente-Barrero M, Sosa-Henríquez M, Gebaguer Blanco A, Knezevic M, Castellano-Navarro JM. [Osteonecrosis of the jaw secondary to oral alendronate: Report of three cases]. *Rev Med Chil*. 2009;137:275–9.
57. Junquera L, Gallego L, Cuesta P, Pelaz A, de Vicente JC. Clinical experiences

with bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws: analysis of 21 cases. *Am J Otolaryngol*. 2009;30:390–5.

58. Junquera L, Gallego L, Pelaz A, Olay S. Oral bisphosphonates-associated osteonecrosis in rheumatoid arthritis. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal*. 2009;14:292-294.

59. Park W, Kim NK, Kim MY, Rhee YM, Kim HJ. Osteonecrosis of the jaw induced by oral administration of bisphosphonates in Asian population: five cases. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA*. 2010;21:527–33.

60. Mehanna P, Goddard R. Bisphosphonate associated osteonecrosis: an unusual case. *Aust Dent J*. 2010;55:311–3.

61. Conte Neto N, Bastos A de S, Chierici-Marcantonio RA, Marcantonio E. Is rheumatoid arthritis a risk factor for oral bisphosphonate-induced osteonecrosis of the jaws? *Med Hypotheses*. 2011;77:905–11.

62. Ebker T, Rech J, von Wilmowsky C, Neukam FW, Stockmann P. Fulminant course of osteonecrosis of the jaw in a rheumatoid arthritis patient following oral bisphosphonate intake and biologic therapy. *Rheumatol Oxf Engl*. 2013;52:218–20.

63. Chiu WY, Lee JJ, Tsai KS. Atypical femoral fractures shortly after osteonecrosis of the jaw in a postmenopausal woman taking alendronate for osteoporosis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98:723-726.

64. Longato L, Cavalli L, Marcucci G, Metozzi A, Giusti F, Brandi ML et al. Osteonecrosis of the jaw in a patient with rheumatoid arthritis treated with an oral aminobisphosphonate: a clinical case report. *Clin Cases Miner Bone Metab Off J Ital Soc Osteoporos Miner Metab Skelet Dis*. 2013;10:139–41.

65. Lescaille G, Coudert AE, Baaroun V, Javelot MJ, Cohen-Solal M, Berdal A et al. Osteonecrosis of the jaw and nonmalignant disease: is there an association with rheumatoid arthritis? *J Rheumatol*. 2013;40:781–6.

66. Nomura T, Shibahara T, Uchiyama T, Yamamoto N, Shibui T, Yakushiji T et al. Bisphosphonate-related osteonecrosis of jaw (BRONJ) in Japanese population: a case series of 13 patients at our clinic. *Bull Tokyo Dent Coll*. 2013;54:117–25.

67. Alsalleeh F, Keippel J, Adams L, Bavitz B. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of jaw reoccurrence after methotrexate therapy: a case report. *J Endod*. 2014;40:1505–7.

68. Manzon L, Ettorre E, Viscogliosi G, Ippoliti S, Filiaci F, Ungari C et al. Bisphosphonate therapy and osteonecrosis of the jaw complicated with a temporal abscess in an elderly woman with rheumatoid arthritis: a case report. *Clin Interv Aging*. 2014;9:1409–13.

69. Mori M, Koide T, Matsui Y, Matsuda T. A case of early detection of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. *Indian J Pharmacol.* 2015;47:334–5.
70. Furuya T, Maeda S, Momohara S, Taniguchi A, Yamanaka H. Dental treatments, tooth extractions, and osteonecrosis of the jaw in Japanese patients with rheumatoid arthritis: results from the IORRA cohort study. *J Bone Miner Metab.* 2017;35:344–50.
71. Furukawa S, Oobu K, Moriyama M, Kawano S, Sako S, Hayashida JN et al. Oral Methotrexate-related Lymphoproliferative Disease Presenting with Severe Osteonecrosis of the Jaw: A Case Report and Literature Review. *Intern Med Tokyo Jpn.* 2018;57:575–81.
72. Mathai PC, Andrade NN, Aggarwal N, Nerurkar S, Kapoor P. Low-dose methotrexate in rheumatoid arthritis: a potential risk factor for bisphosphonate-induced osteonecrosis of the jaw. *Oral Maxillofac Surg.* 2018;22:235–40.
73. Schwaneck EC, Streit A, Krone M, Hartmann S, Müller-Richter U, Kübler AC et al. Osteoporosis therapy in patients with inflammatory rheumatic diseases and osteonecrosis of the jaw. *Z Rheumatol.* 2020;79:203–9.
1. Kelley and Firestein's Textbook of Rheumatology 2-Volume Set [Internet]. [cited 2022 Mar 26]. Available from: <https://www.eu.elsevierhealth.com/kelley-and-firesteins-textbook-of-rheumatology-2-volume-set-9780323316965.html>
2. McInnes IB, Schett G. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. *N Engl J Med.* 2011;365:2205–19.
3. Gibofsky A. Overview of epidemiology, pathophysiology, and diagnosis of rheumatoid arthritis. *Am J Manag Care.* 2012;18:295–302.
4. Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatol Oxf Engl.* 2002;41:88–95.
5. Vandenbroucke JP, Hazevoet HM, Cats A. Survival and cause of death in rheumatoid arthritis: a 25-year prospective followup. *J Rheumatol.* 1984;11:158–61.
6. Gerlag DM, Raza K, van Baarsen LGM, Brouwer E, Buckley CD, Burmester GR et al. EULAR recommendations for terminology and research in individuals at risk of rheumatoid arthritis: report from the Study Group for Risk Factors for Rheumatoid Arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2012;71:638–41.
7. Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis.* 2017;76:960–77.

8. Sanmartí R, García-Rodríguez S, Álvaro-Gracia JM, Andreu JL, Balsa A, Cáliz R et al. 2014 update of the Consensus Statement of the Spanish Society of Rheumatology on the use of biological therapies in rheumatoid arthritis. *Reumatol Clin*. 2015;11:279–94.
9. Chai J. Peptic Ulcer Disease [Internet]. 2011 [cited 2022 Mar 26]. Available from: <https://www.intechopen.com/books/225>
10. Antman EM. Evaluating the Cardiovascular Safety of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. *Circulation*. 2017;135:2062–72.
11. Huscher D, Thiele K, Gromnica-Ihle E, Hein G, Demary W, Dreher R et al. Dose-related patterns of glucocorticoid-induced side effects. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:1119–24.
12. Wolfe F, Caplan L, Michaud K. Treatment for rheumatoid arthritis and the risk of hospitalization for pneumonia: associations with prednisone, disease-modifying antirheumatic drugs, and anti-tumor necrosis factor therapy. *Arthritis Rheum*. 2006;54:628–34.
13. Buttgereit F, da Silva J a. P, Boers M, Burmester GR, Cutolo M, Jacobs J et al. Standardised nomenclature for glucocorticoid dosages and glucocorticoid treatment regimens: current questions and tentative answers in rheumatology. *Ann Rheum Dis*. 2002;61:718–22.
14. Da Silva J a. P, Jacobs JWG, Kirwan JR, Boers M, Saag KG, Inês LBS et al. Safety of low dose glucocorticoid treatment in rheumatoid arthritis: published evidence and prospective trial data. *Ann Rheum Dis*. 2006;65:285–93.
15. Van der Goes MC, Jacobs JWG, Boers M, Andrews T, Blom-Bakkens M a. M, Buttgereit F et al. Monitoring adverse events of low-dose glucocorticoid therapy: EULAR recommendations for clinical trials and daily practice. *Ann Rheum Dis*. 2010;69:1913–9.
16. Park W, Hrycaj P, Jeka S, Kovalenko V, Lysenko G, Miranda P et al. A randomised, double-blind, multicentre, parallel-group, prospective study comparing the pharmacokinetics, safety, and efficacy of CT-P13 and innovator infliximab in patients with ankylosing spondylitis: the PLANETAS study. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:1605–12.
17. Yoo DH, Hrycaj P, Miranda P, Ramiterre E, Piotrowski M, Shevchuk S, et al. A randomised, double-blind, parallel-group study to demonstrate equivalence in efficacy and safety of CT-P13 compared with innovator infliximab when coadministered with methotrexate in patients with active rheumatoid arthritis: the PLANETRA study. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:1613–20.
18. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy, March 7-29, 2000: highlights of the conference. *South Med J*. 2001

Jun;94(6):569–73.

19. Postmenopausal Osteoporosis - PubMed [Internet]. [cited 2022 Mar 26]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27223157/>
20. Prevalence and trends in low femur bone density among older US adults: NHANES 2005-2006 compared with NHANES III - PubMed [Internet]. [cited 2022 Mar 26]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19580459/>
21. Russell RGG, Xia Z, Dunford JE, Oppermann U, Kwaasi A, Hulley PA, et al. Bisphosphonates: an update on mechanisms of action and how these relate to clinical efficacy. *Ann N Y Acad Sci.* 2007;1117:209–57.
22. Rogers MJ, Gordon S, Benford HL, Coxon FP, Luckman SP, Monkkonen J, et al. Cellular and molecular mechanisms of action of bisphosphonates. *Cancer.* 2000;88:2961–78.
23. Bellido T, Plotkin LI. Novel actions of bisphosphonates in bone: preservation of osteoblast and osteocyte viability. *Bone.* 2011;49:50–5.
24. Frith JC, Mönkkönen J, Blackburn GM, Russell RG, Rogers MJ. Clodronate and liposome-encapsulated clodronate are metabolized to a toxic ATP analog, adenosine 5'-(beta, gamma-dichloromethylene) triphosphate, by mammalian cells in vitro. *J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res.* 1997;12:1358–67.
25. Ruggiero SL, Mehrotra B, Rosenberg TJ, Engroff SL. Osteonecrosis of the jaws associated with the use of bisphosphonates: a review of 63 cases. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2004;62:527–34.
26. Marx RE. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2003;61:1115–7.
27. Frith JC, Mönkkönen J, Auriola S, Mönkkönen H, Rogers MJ. The molecular mechanism of action of the antiresorptive and antiinflammatory drug clodronate: evidence for the formation in vivo of a metabolite that inhibits bone resorption and causes osteoclast and macrophage apoptosis. *Arthritis Rheum.* 2001;44:2201–10.
28. Rogers MJ. New insights into the molecular mechanisms of action of bisphosphonates. *Curr Pharm Des.* 2003;9:2643–58.
29. Lavigne SE, Gutenkunst LS, Williams KB. Effects of tartar-control dentifrice on tooth sensitivity: a pilot study. *J Dent Hyg JDH.* 1997;71:105–11.
30. Russell RGG. Bisphosphonates: the first 40 years. *Bone.* 2011;49:2–19.
31. Polymeri AA, Kodovazenitis GJ, Polymeris AD, Komboli M. Bisphosphonates: Clinical Applications and Adverse Events in Dentistry. *Oral Health Prev Dent.* 2015;13:289–99.
32. Drake MT, Clarke BL, Khosla S. Bisphosphonates: mechanism of action and

role in clinical practice. *Mayo Clin Proc.* 2008;83:1032–45.

33. McClung MR, Lewiecki EM, Cohen SB, Bolognese MA, Woodson GC, Moffett AH et al. Denosumab in postmenopausal women with low bone mineral density. *N Engl J Med.* 2006;354:821–31.

34. Cummings SR, San Martin J, McClung MR, Siris ES, Eastell R, Reid IR, et al. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med.* 2009;361:756–65.

35. Hsu H, Lacey DL, Dunstan CR, Solovyev I, Colombero A, Timms E et al. Tumor necrosis factor receptor family member RANK mediates osteoclast differentiation and activation induced by osteoprotegerin ligand. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1999;96:3540–5.

36. Lacey DL, Timms E, Tan HL, Kelley MJ, Dunstan CR, Burgess T, et al. Osteoprotegerin ligand is a cytokine that regulates osteoclast differentiation and activation. *Cell.* 1998;93:165–76.

37. Bekker PJ, Holloway DL, Rasmussen AS, Murphy R, Martin SW, Leese PT et al. A single-dose placebo-controlled study of AMG 162, a fully human monoclonal antibody to RANKL, in postmenopausal women. 2004. *J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res.* 2005;20:2275–82.

38. Liu L. Antibody glycosylation and its impact on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of monoclonal antibodies and Fc-fusion proteins. *J Pharm Sci.* 2015;104:1866–84.

39. Morizio P, Burkhart JI, Ozawa S. Denosumab: A Unique Perspective on Adherence and Cost-effectiveness Compared With Oral Bisphosphonates in Osteoporosis Patients. *Ann Pharmacother.* 2018;52:1031–41.

40. Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, Goodday R, Aghaloo T, Mehrotra B, et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw—2014 update. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2014;72:1938–56.

41. Hoefert S, Schmitz I, Tannapfel A, Eufinger H. Importance of microcracks in etiology of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: a possible pathogenetic model of symptomatic and non-symptomatic osteonecrosis of the jaw based on scanning electron microscopy findings. *Clin Oral Investig.* 2010;14:271–84.

42. Aguirre JI, Akhter MP, Kimmel DB, Pingel JE, Williams A, Jorgensen M, et al. Oncologic doses of zoledronic acid induce osteonecrosis of the jaw-like lesions in rice rats (*Oryzomys palustris*) with periodontitis. *J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res.* 2012;27:2130–43.

43. Hu K, Olsen BR. Vascular endothelial growth factor control mechanisms in

skeletal growth and repair. *Dev Dyn Off Publ Am Assoc Anat.* 2017;246:227–34.

44. Yamashita J, McCauley LK. Antiresorptives and osteonecrosis of the jaw. *J Evid-Based Dent Pract.* 2012;12:233–47.

45. Bagan JV, Jimenez Y, Murillo J, Hernandez S, Poveda R, Sanchis JM et al. Jaw osteonecrosis associated with bisphosphonates: multiple exposed areas and its relationship to teeth extractions. Study of 20 cases. *Oral Oncol.* 2006;42:327–9.

46. Junquera L, Gallego L, Pelaz A. Multiple myeloma and bisphosphonate-related osteonecrosis of the mandible associated with dental implants. *Case Rep Dent.* 2011;2:568246.

47. Ruggiero SL, Dodson TB, Assael LA, Landesberg R, Marx RE, Mehrotra B et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws—2009 update. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2009;67:2–12.

48. Nicolatou-Galitis O, Schiødt M, Mendes RA, Ripamonti C, Hope S, Drudge-Coates L et al. Medication-related osteonecrosis of the jaw: definition and best practice for prevention, diagnosis, and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2019;127:117–35.

49. Zirk M, Buller J, Zöller JE, Heneweer C, Kübler N, Lentzen MP. Volumetric analysis of MRONJ lesions by semiautomatic segmentation of CBCT images. *Oral Maxillofac Surg.* 2019;23:465–72.

50. Ruggiero SL, Fantasia J, Carlson E. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: background and guidelines for diagnosis, staging and management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;102:433–41.

51. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev.* 2015;4:1.

52. Khamaisi M, Regev E, Yarom N, Avni B, Leitersdorf E, Raz I et al. Possible association between diabetes and bisphosphonate-related jaw osteonecrosis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007;92:1172–5.

53. Yarom N, Yahalom R, Shoshani Y, Hamed W, Regev E, Elad S. Osteonecrosis of the jaw induced by orally administered bisphosphonates: incidence, clinical features, predisposing factors and treatment outcome. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA.* 2007;18:1363–70.

54. Malden NJ, Pai AY. Oral bisphosphonate associated osteonecrosis of the jaws: three case reports. *Br Dent J.* 2007;203:93–7.

55. Grana J, Mahia IV, Meizoso MOS, Vazquez T. Multiple osteonecrosis of the jaw, oral bisphosphonate therapy and refractory rheumatoid arthritis (Pathological

fracture associated with ONJ and BP use for osteoporosis). *Clin Exp Rheumatol*. 2008;26:384–5.

56. Bocanegra-Pérez S, Vicente-Barrero M, Sosa-Henríquez M, Gebaguer Blanco A, Knezevic M, Castellano-Navarro JM. [Osteonecrosis of the jaw secondary to oral alendronate: Report of three cases]. *Rev Med Chil*. 2009;137:275–9.

57. Junquera L, Gallego L, Cuesta P, Pelaz A, de Vicente JC. Clinical experiences with bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws: analysis of 21 cases. *Am J Otolaryngol*. 2009;30:390–5.

58. Junquera L, Gallego L, Pelaz A, Olay S. Oral bisphosphonates-associated osteonecrosis in rheumatoid arthritis. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal*. 2009;14:292–294.

59. Park W, Kim NK, Kim MY, Rhee YM, Kim HJ. Osteonecrosis of the jaw induced by oral administration of bisphosphonates in Asian population: five cases. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA*. 2010;21:527–33.

60. Mehanna P, Goddard R. Bisphosphonate associated osteonecrosis: an unusual case. *Aust Dent J*. 2010;55:311–3.

61. Conte Neto N, Bastos A de S, Chierici-Marcantonio RA, Marcantonio E. Is rheumatoid arthritis a risk factor for oral bisphosphonate-induced osteonecrosis of the jaws? *Med Hypotheses*. 2011;77:905–11.

62. Ebker T, Rech J, von Wilmowsky C, Neukam FW, Stockmann P. Fulminant course of osteonecrosis of the jaw in a rheumatoid arthritis patient following oral bisphosphonate intake and biologic therapy. *Rheumatol Oxf Engl*. 2013;52:218–20.

63. Chiu WY, Lee JJ, Tsai KS. Atypical femoral fractures shortly after osteonecrosis of the jaw in a postmenopausal woman taking alendronate for osteoporosis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98:723–726.

64. Longato L, Cavalli L, Marcucci G, Metozzi A, Giusti F, Brandi ML et al. Osteonecrosis of the jaw in a patient with rheumatoid arthritis treated with an oral aminobisphosphonate: a clinical case report. *Clin Cases Miner Bone Metab Off J Ital Soc Osteoporos Miner Metab Skelet Dis*. 2013;10:139–41.

65. Lescaille G, Coudert AE, Baaroun V, Javelot MJ, Cohen-Solal M, Berdal A et al. Osteonecrosis of the jaw and nonmalignant disease: is there an association with rheumatoid arthritis? *J Rheumatol*. 2013;40:781–6.

66. Nomura T, Shibahara T, Uchiyama T, Yamamoto N, Shibui T, Yakushiji T et al. Bisphosphonate-related osteonecrosis of jaw (BRONJ) in Japanese population: a case series of 13 patients at our clinic. *Bull Tokyo Dent Coll*. 2013;54:117–25.

67. Alsalleeh F, Keippel J, Adams L, Bavitz B. Bisphosphonate-associated os-

teonecrosis of jaw reoccurrence after methotrexate therapy: a case report. *J Endod.* 2014;40:1505–7.

68. Manzon L, Ettorre E, Viscogliosi G, Ippoliti S, Filiaci F, Ungari C et al. Bisphosphonate therapy and osteonecrosis of the jaw complicated with a temporal abscess in an elderly woman with rheumatoid arthritis: a case report. *Clin Interv Aging.* 2014;9:1409–13.

69. Mori M, Koide T, Matsui Y, Matsuda T. A case of early detection of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. *Indian J Pharmacol.* 2015;47:334–5.

70. Furuya T, Maeda S, Momohara S, Taniguchi A, Yamanaka H. Dental treatments, tooth extractions, and osteonecrosis of the jaw in Japanese patients with rheumatoid arthritis: results from the IORRA cohort study. *J Bone Miner Metab.* 2017;35:344–50.

71. Furukawa S, Oobu K, Moriyama M, Kawano S, Sako S, Hayashida JN et al. Oral Methotrexate-related Lymphoproliferative Disease Presenting with Severe Osteonecrosis of the Jaw: A Case Report and Literature Review. *Intern Med Tokyo Jpn.* 2018;57:575–81.

72. Mathai PC, Andrade NN, Aggarwal N, Nerurkar S, Kapoor P. Low-dose methotrexate in rheumatoid arthritis: a potential risk factor for bisphosphonate-induced osteonecrosis of the jaw. *Oral Maxillofac Surg.* 2018;22:235–40.

73. Schwaneck EC, Streit A, Krone M, Hartmann S, Müller-Richter U, Kübler AC et al. Osteoporosis therapy in patients with inflammatory rheumatic diseases and osteonecrosis of the jaw. *Z Rheumatol.* 2020;79:203–9.

74. Anastasilakis AD, Pepe J, Napoli N, Palermo A, Magopoulos C, Khan AA et al. Osteonecrosis of the Jaw and Antiresorptive Agents in Benign and Malignant Diseases: A Critical Review Organized by the ECTS. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022;107:1441–60.

75. Wade SW, Strader C, Fitzpatrick LA, Anthony MS, O'Malley CD. Estimating prevalence of osteoporosis: examples from industrialized countries. *Arch Osteoporos.* 2014;9:182.

76. Hauser B, Riches PL, Wilson JF, Horne AE, Ralston SH. Prevalence and clinical prediction of osteoporosis in a contemporary cohort of patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Oxf Engl.* 2014;53:1759–66.

77. Adami G, Saag KG. Osteoporosis Pathophysiology, Epidemiology, and Screening in Rheumatoid Arthritis. *Curr Rheumatol Rep.* 2019;21:34.

78. Lian L, Wang JX, Xu YC, Zong HX, Teng YZ, Xu SQ. Sarcopenia May Be a Risk Factor for Osteoporosis in Chinese Patients with Rheumatoid Arthritis. *Int J Gen Med.* 2022;15:2075–85.

79. Kim SH, Lee YK, Kim TY, Ha YC, Jang S, Kim HY. Incidence of and risk for osteonecrosis of the jaw in Korean osteoporosis patients treated with bisphosphonates: A nationwide cohort-study. *Bone*. 2021;143:115650.

Capítulo 2

SOP: SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO

ANGELA MARIA BOLADO TIZON

ELIA FUNES RUIZ

1 Introducción

El síndrome del ovario poliquístico (SOP) es un trastorno en el cual la mujer tiene los niveles muy altos de hormonas (andrógenos). Se pueden dar muchos problemas a causa de este aumento en las hormonas, como son:

- Irregularidades en la menstruación.
- Infertilidad.
- Problemas de la piel, como acné y aumento de vello (hirsutismo).
- Pequeños folículos en los ovarios (quistes).
- Resistencia a la insulina (riesgo de diabetes).

El síndrome está unido a cambios en los niveles hormonales que dificultan a los ovarios la liberación de óvulos.

En muchas mujeres con SOP, los óvulos no se liberan, permanecen en los ovarios rodeados por una pequeña cantidad de líquido. Este ovario afectado puede agrandar su tamaño ligeramente. Puede haber muchos de ellos. Sin embargo, no todas las mujeres que padecen esto tendrán ovarios de este aspecto.

Las mujeres que tienen esta afección tienen ciclos de ovulación irregulares, lo que puede conllevar a casos como la infertilidad.

Los otros síntomas de este trastorno se deben a los niveles altos de hormonas masculinas.

Suele aparecer sobre los 20-30 años, aunque en algunas ocasiones se detecta en la adolescencia.

Es importante conocer el diagnóstico, así como el tratamiento adecuado para mejorar en lo posible la calidad de vida de la paciente.

2 Objetivos

- Conocer los criterios diagnósticos de esta enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Esta enfermedad es un trastorno hormonal muy común en mujeres en edad reproductiva.

Estas mujeres suelen tener periodos menstruales irregulares, o niveles excesivos de andrógenos (hormonas masculinas). Los ovarios pueden acumular cantidades pequeñas de líquidos (folículos) y no dejar que se liberen los óvulos con normalidad.

La exactitud de esta causa es totalmente desconocida.

El diagnóstico y tratamiento temprano pueden reducir enfermedades asociadas como la diabetes tipo 2 y problemas de corazón.

Sus signos y síntomas pueden variar en cada persona.

El diagnóstico se realiza cuando experimentas al menos dos de estos signos:

- Los periodos menstruales son totalmente irregulares (menos de nueve periodos menstruales al año), con más de 35 días entre un periodo menstrual y otro, y menorragia (periodos que son anormales y muy abundantes).
- Exceso de andrógenos; los niveles altos de las hormonas masculinas pueden causar signos, como exceso de vello facial y corporal (hirsutismo) y, en ocasiones, acné grave y calvicie.

- Cantidad de folículos en los ovarios alrededor de los óvulos, lo que haría que este agrandara su tamaño y no lo dejara de funcionar con total normalidad(a esto se le denomina ovarios poliquísticos).

Estos síntomas suelen afectar aún más si la mujer obesa o su peso está por encima del indicado.

Entre las complicaciones del SOP se encuentran:

- La infertilidad (menor probabilidad de quedarse embarazada).
- Diabetes gestacional o alta presión arterial.
- Acumulación de grasa en el hígado causando una Esteatohepatitis no alcohólica.
- Diabetes tipo 2 o pre-diabetes.
- Elevación de la presión arterial, de los niveles de glucosa en sangre y niveles de colesterol o triglicéridos, que pueden desencadenar en problemas cardíacos.
- Depresión, ansiedad, problemas del sueño y trastornos alimenticios.
- Sangrados uterinos anormales.
- La obesidad está asociada a este trastorno.

5 Discusión-Conclusión

En caso de padecer este síndrome, siempre tener controlado:

- si es un ovario poliquístico asintomático se debe llevar a cabo una vigilancia rutinaria, si, por lo contrario, está asociado a dolores importantes de regla, acné, subida de peso, hirsutismo o cualquiera de los síntomas relacionados con esta enfermedad se suele prescribir tratamiento hormonal para reducir los quistes, disminuir el dolor, regular el periodo y regular estos síntomas procedentes del aumento de los niveles de la testosterona.

En el síndrome de ovario poliquístico el tratamiento debe comenzar por un control diabético, ya que está relacionado con la obesidad, preferiblemente este control debe ser llevado a cabo por un endocrinólogo.

6 Bibliografía

1. <http://ve.scielo.org/pdf/rvdem/v12n2/art06.pdf>.
2. <https://medlineplus.gov/>.
3. <http://medlineplus.org>.

Capítulo 3

RADIACIONES IONIZANTES EN EL ÁMBITO MÉDICO

MARINA GUTIÉRREZ RUIZ

1 Introducción

La radiación es la propagación de partículas fundamentales (electrones, protones, fotones, neutrones) a través del espacio en forma de onda electromagnética. Se propagan a la velocidad de la luz y no son perceptibles al ojo humano, excepto la luz visible. Cuando la emisión de energía de la radiación es muy elevada, las partículas son capaces de ionizar los átomos de la materia que atraviesan y es lo que se conoce como radiación ionizante. En consecuencia, la radiación ionizante puede estar formada por fotones (rayos X o rayos gamma) o por partículas (electrones, neutrones, protones, partículas alfa). La interacción de la radiación con la materia se produce a nivel subatómico y dado que a este nivel de organización la materia, en esencia, está vacía, la radiación ionizante es capaz de atravesar los materiales, o en su caso, a las personas, lo cual va a tener importantes aplicaciones en el ámbito médico.

Las principales vías de obtención de radiación son: fuentes radiactivas y generadores de radiación. Las fuentes radiactivas son emisores de radiación (alfa, beta o gamma) por sí mismos hasta convertirse en átomos estables. Dentro de este grupo, se clasifican según el modo de presentación de la sustancia en encapsuladas (incorporadas en materias sólidas o encerradas en envolturas inactivas para evitar su dispersión, como por ejemplo, semillas) y no encapsuladas (líquidos o gases). Los generadores de radiación son dispositivos que generan y aceleran partículas cargadas para la emisión de un haz de partículas cargadas o

no cargadas. Pertenecen a esta categoría los equipos con tubo de rayos X y los aceleradores de electrones lineales y el ciclotrón.

2 Objetivos

El objetivo del trabajo es estudiar las aplicaciones más relevantes de las radiaciones ionizantes en el ámbito médico u hospitalario.

3 Metodología

La búsqueda de información sobre las aplicaciones de las radiaciones ionizantes en el ámbito de la medicina se ha llevado a cabo mediante la revisión bibliográfica de libros y artículos destacables de la rama de la Física Médica y sus aplicaciones.

4 Resultados

Las radiaciones ionizantes son una herramienta fundamental tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de enfermedades. Permiten tanto obtener imágenes del interior de las personas, como tratar ciertas enfermedades (cáncer) debido al efecto de la radiación a dosis altas de destruir células tumorales. En el ámbito hospitalario, varias especialidades médicas utilizan las radiaciones ionizantes como herramienta de trabajo fundamental. En Radiodiagnóstico, los rayos X permite obtener imágenes anatómicas para diagnosticar enfermedades o alteraciones de los órganos y tejidos del cuerpo; en Medicina nuclear se introducen radioisótopos en el organismo para obtener una imagen funcional del organismo y así diagnosticar o tratar enfermedades; en Radioterapia se utilizan diferentes tipos de radiación (electrones, fotones, protones...) para tratar distintos tipos de cáncer.

Uso diagnóstico.

En Radiodiagnóstico, la fuente de radiación corresponde con el tubo de rayos X que incorporan los equipos (equipos de radiografía convencional, mamógrafos, equipos dentales, tomógrafos computacionales o TC). Los rayos X proporcionan información básicamente anatómica, basada en la diferente atenuación de la radiación por los tejidos. Se obtienen imágenes planares (radiografía de extremidades), que resuelven bien las estructuras de alta y baja atenuación (hueso y aire) pero no tan bien el tejido blando, e imágenes volumétricas (TC de abdomen)

que resuelven problemas de superposición de estructuras y presentan una mayor resolución de contraste.

Los equipos de rayos X, usados para radiografía, pueden ser fijos o móviles. Los equipos de radiografía fijos están instalados en salas blindadas con plomo u hormigón. Típicamente, se localizan en las salas de los servicios de radio-diagnóstico o los servicios de urgencias. Los equipos de radiografía portátiles se desplazan a las dependencias donde están los pacientes a los que no se les puede mover (pacientes ingresados, UCI, quirófanos, neonatos...). Dentro de este grupo cabe destacar los equipos portátiles y los arcos quirúrgicos. En este caso, existe cierta probabilidad de que tanto el personal y como pacientes cercanos puedan recibir pequeñas dosis de radiación por lo que, en ocasiones, deben protegerse con equipos de protección individual (delantales plomados, protectores de tiroides o cristalinos...).

En Medicina Nuclear no se utilizan generadores de radiación sino que se emplean fuentes radiactivas ligadas a un fármaco, denominados radiofármacos. Se introducen en el organismo (inyección endovenosa, ingestión oral o inhalación gaseosa) y se distribuyen selectivamente a través de los órganos permitiendo realizar el seguimiento de la actividad de dicho órganos mediante imágenes (información funcional). Los equipos que detectan y registran la distribución del radiofármaco formando una imagen se denominan gammacámaras. Estos dispositivos no emiten radiación sino que únicamente la detectan.

Dada la gran sensibilidad en la detección de las radiaciones ionizantes, esta se usa en análisis clínicos bien para el marcaje de ADN como para medir concentraciones muy bajas de diferentes biomoléculas (marcadores tumorales, hormonas...)

Uso terapéutico.

Las radiaciones ionizantes en terapia pueden usarse bien como herramienta principal o agente terapéutico o bien como herramienta auxiliar para el guiado del procedimiento.

Las radiaciones ionizantes son el agente terapéutico principal en Radioterapia externa, Braquiterapia o terapia metabólica. En Radioterapia, se instalan equipos que proporcionan dosis elevadas de radiación para el tratamiento de cáncer y otras enfermedades (ver figura). Las máquinas pueden ser generadores de radiación de alta energía (radioterapia convencional) o fuentes radiactivas encapsuladas (braquiterapia). En radioterapia convencional, los pacientes se tratan mediante los aceleradores de partículas lineales, equipos de alta energía que producen haces de rayos X y electrones que inciden sobre el tumor. En Braquiterapia, las fuentes radiactivas son encapsuladas (hilos o semillas) y se administran interna-

mente al paciente con el fin de que queden en contacto con el tumor. El paciente se convierte en fuente de radiación hasta que se retira el implante o decaen hasta niveles aceptables. Son típicamente utilizadas para el cáncer de próstata, ginecológicos o de piel.

En Medicina Nuclear, las fuentes radiactivas suelen ser de tipo no encapsuladas y se administran al paciente en una cantidad terapéutica en forma líquida. De esta forma, el paciente se convierte en fuente emisora de radiación durante cierto periodo de tiempo hasta que la sustancia radiactiva se elimina hasta un nivel aceptable. Una aplicación típica es el tratamiento de hipertiroidismo o cáncer diferenciado de tiroides con el radioisótopo I-131.

5 Discusión-Conclusión

Las radiaciones ionizantes se obtienen de fuentes radiactivas naturales o de generadores de radiación y son una herramienta fundamental para especialidades médicas como Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear, teniendo fundamentalmente dos usos: diagnóstico y terapia. Pueden utilizarse como herramienta o agente terapéutico principal o como herramienta auxiliar a otros procedimientos. Por ejemplo, en radioterapia convencional es agente principal para tratar tumores de pulmón, cabeza y cuello, vejiga, mama y en braquiterapia para el cáncer de próstata o el cáncer de cérvix. Las radiaciones ionizantes se utilizan como herramienta auxiliar principalmente en el guiado de intervenciones ortopédicas (arco quirúrgico) para tratar fracturas y articulaciones y en operaciones de radiología intervencionista para tratar patologías del sistema cardiovascular (estenosis, aneurismas, embolias) en las que se usan rayos X para visualizar y guiar el avance de catéteres por el árbol vascular (angiógrafo).

Sin embargo, deberán tenerse en cuenta los riesgos asociados al uso de radiaciones ionizantes tanto para el paciente como para los trabajadores expuestos. Por ello, es importante la formación en protección radiológica para aquellos profesionales que debido a sus labores están implicados en procedimientos que involucren este tipo de radiaciones.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 1029/2022, de 20 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección de la salud contra los riesgos derivados de la exposición a las radiaciones ionizantes.
2. AAPM 53, 1. Radiation information for hospital personal.

3. CSN, www.csn.es.

Capítulo 4

FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

MARIA SALINAS BARIAIN

1 Introducción

Desde hace varias décadas, UNICEF (Fondo de Naciones Unidad para la Infancia) y la OMS (Organización Mundial de la Salud) han desarrollado diversos programas sobre la lactancia materna con el objetivo de llegar a toda la población mundial.

La alimentación con leche materna debe iniciarse al nacer y cada bebe marcará su ritmo y frecuencia dependiendo de sus necesidades.

Sabemos que la lactancia materna es muy beneficiosa para los recién nacidos. Entre sus beneficios encontramos multitud de ventajas para el lactante y su madre, incluyendo la gratificación emocional del “piel con piel”, la prevención de afecciones crónicas, así como el desarrollo de la protección inmunológica.

Es incuestionable la superioridad de la leche materna como fuente nutricional en la alimentación del recién nacido. Los expertos recomiendan mantener lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.

Sin embargo, a pesar de las recomendaciones de la OMS y de que amamantar es un acto imprescindible para la supervivencia humana, una gran parte de la población materna abandona mucho antes de lo que quisiera por diferentes motivos. Las cifras a nivel mundial muestran que solo algo menos de la mitad de las madres da lactancia materna exclusiva hasta el medio año de vida.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión es detectar los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

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

Podemos obtener diversos factores que influyen negativamente en el desarrollo de la lactancia materna eficaz.

Las principales causas de abandono son la pérdida de peso del bebé o ganancia de peso insuficiente, la falta de información por parte del personal sanitario durante la gestación, así como la mastalgia y la falta de tiempo por la incorporación de la madre al trabajo.

Una de las causas más comunes de abandono, es por hipogalactia. Sin embargo, la mayoría de las veces que se habla de baja producción de leche materna, suele basarse en percepciones subjetivas.

En este mismo sentido, la decisión directa de interrumpir el amamamiento en la mayoría de las veces es de la propia mujer. Observamos causas de abandono precoz relacionadas con las características socioculturales de la madre: edad materna, etnia, hijos previos, y nivel educativo. Además, la incorporación al trabajo es una de las causas más predominantes.

Encontramos causas de abandono relacionadas con el propio bebé y el entorno hospitalario: uso de productos comerciales, haber dado a luz en un hospital grande, mala praxis hospitalaria, tetinas biberones, chupetes, enfermedad neonatal o maternal, embarazo no controlado por matrona, cesárea, prematuridad, bajo peso al nacer e incluso ser un recién nacido varón.

Por el contrario, son factores de buen pronóstico para el seguimiento de la lactancia materna el parto eutócico, haber decidido previamente al momento del parto dar lactancia materna, tener un nivel educativo medio alto, haber recibido educación sobre lactancia materna por parte de sanitarios durante la preparación

al parto y postparto inmediato, tener mayoría de edad, no haber dado biberón los primeros días de vida y haber transcurrido poco tiempo desde el parto y el contacto piel con piel.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, el abandono de la lactancia materna exclusiva puede repercutir en el estado de salud de la madre y de su bebé. Por ello, es necesario identificar en cada caso las causas que pueden repercutir en la madre para abandonar la lactancia materna y posteriormente prevenirlo.

La decisión de amamantar o de dar el biberón a su bebé es algo muy personal. Tener en claro las ventajas y los inconvenientes de cada método puede ayudar a decidir qué es mejor para la madre y para su bebé.

Finalmente para combatir la gran presión de la industria comercial y los distintos condicionantes socioeconómicos que influyen sobre la lactancia materna, se requiere una potenciación e integración de políticas sanitarias, con el objetivo de implementar la promoción, protección y educación para la salud.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lactancia materna exclusiva [internet]. Ginebra: OMS; 2013.
2. Ruiz Poyato Pablo, Martínez Galiano Juan Miguel. Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. Ene. [Internet]. 2014 [citado 2022 Dic 13] ; 8(2).
3. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. Revista ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. 2013. 59(3):254-257.
4. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna: guía para profesionales. Ergon. Madrid 2004.
5. Gorrita Pérez RR, Terrazas Saldaña A, Brito Linares D, Ravelo Rodríguez Y. Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Rev Cubana Pediatr [internet]. 2015 [citado 16 nov 2021]; 87(3):285-94.
6. González García Isahiris, Hoyos Mesa Annette Julia, Torres Cancino Indira Isel, González García Isbet, Romeo Almanza Daniel, de León Fernández Maria Candelaria. Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Policlínico José L. Dubrocq. Año 2015. Rev.Med.Electrón.

Capítulo 5

ENFERMERÍA Y SU DESARROLLO CON LOS PACIENTES CON HIPOTERMIA PERIOPERATORIA

CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA

LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA

VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO

ANWAR MARTINEZ MOHAMED

JORGE APARICIO CABAÑAS

1 Introducción

La importancia de la seguridad de nuestros pacientes en el ámbito quirúrgico ha impulsado muchos proyectos encaminados a un mejor control y eficacia clínica de variables que impiden o modulan los resultados de las técnicas quirúrgicas y están directamente relacionadas con ellas. Se han propuesto varios métodos para mantener la temperatura corporal, uno de los cuales implica la administración intravenosa de nutrientes durante el período perioperatorio, lo que puede reducir la pérdida de calor a través del aumento del metabolismo y luego aumentar la termogénesis. La presencia de una estrategia de calefacción es más común que el control de la temperatura. Esto sugiere que la protección térmica de los pacientes se hacía a ciegas, desconociendo su temperatura. Todos los resultados de este estudio son alarmantes por los efectos secundarios asociados a la hipotermia y por

el hecho de que los anestesiólogos reconocen la importancia de prevenir y corregir la hipotermia no intencionada en el quirófano, especialmente en pacientes de alto riesgo o sometidos a cirugía mayor. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Manejo del Dolor –SEDAR– manteniendo un interés constante en la variable que define claramente el desenlace de nuestros procesos clínicos, se desarrolla hipotermia no intencional en todos los pacientes sometidos a anestesia y cirugía.

2 Objetivos

- Describir los métodos de calentamiento utilizados por el personal de enfermería para evitar la pérdida de calor corporal en el periodo perioperatorio.
- Detallar los mecanismos corporales que influyen en la aparición de hipotermia.
- Enumerar las consecuencias que tiene la hipotermia perioperatoria en los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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

Método de calentamiento:

Calefacción pasiva: Técnica de aislamiento para evitar o minimizar la pérdida de calor. - Efecto sobre la temperatura ambiente: La temperatura en el quirófano es el factor más importante que afecta la pérdida de calor debido a la radiación y la convección de la piel y la evaporación del campo quirúrgico. La temperatura del quirófano debe ser de 24 °C durante el inicio y hasta que el paciente esté listo y cubierto. Aislamiento Pasivo: La forma más fácil de reducir la pérdida de calor a través de la piel es aplicar aislamiento pasivo a su superficie. Las mantas de algodón son el aislante más común en cualquier quirófano. Calentamiento activo: métodos para asegurar la transferencia de calor. Ventilación obligatoria: calentar al paciente con ventilación mecánica es un método ampliamente aceptado para

prevenir la hipotermia debido a su eficacia bien documentada, bajo costo y facilidad de uso. Estos incluyen un calentador eléctrico, chimenea y manta. Suele ser una combinación de papel y plástico y la mayoría son desechables, por lo que no se pueden reutilizar debido al riesgo potencial de contaminación de la piel asociado a esta práctica. Bajo ninguna circunstancia se debe aplicar la corriente de aire caliente directamente sobre la piel del paciente sin una manta, ya que la concentración continua de gran flujo de aire a alta temperatura sobre una pequeña

área de piel puede causar quemaduras graves. El principal factor que afecta el flujo de calor es el gradiente de temperatura: cuanto menor es la temperatura corporal, mayor es el gradiente y mayor el flujo de calor (es decir, cuanto más eficiente es el sistema de ventilación mecánica en pacientes hipotérmicos), y cuanto mayor es la temperatura corporal, mayor el gradiente más reducido. , y cuanto más alto es, menos eficiente es el sistema de aire forzado. El sistema de suministro de calor y drenaje no solo transfiere calor al cuerpo, sino que también reduce a cero la pérdida de calor del área cubierta. Los sistemas de calefacción por soplado se utilizan comúnmente para la calefacción activa. De hecho, son más efectivos para prevenir la hipotermia. Los pacientes tratados con estos sistemas salen del quirófano en promedio 1,5 °C más que con otros métodos de calentamiento. La principal desventaja de la ventilación forzada es la distribución desigual del calor dentro de la manta: el área más alejada de la entrada recibe menos calor que el área más cercana. - Líquido de calefacción. Se estima que la administración intravenosa de 1 litro de cristales a temperatura ambiente en el quirófano reducirá la temperatura corporal en 0,25, aunque estos datos dependen de muchos factores como el tamaño corporal, la temperatura corporal, la temperatura ambiente, el flujo sanguíneo a los tejidos, capacidad de construcción del cuerpo. Tasa de transferencia de calor y calor. El principal problema con la mayoría de los calentadores de líquidos es que la temperatura al final de la línea IV no coincide con la temperatura especificada por el paciente. El calentamiento de líquidos no sustituye a los sistemas descritos anteriormente. Es eficaz en combinación con la ventilación mecánica, pero no es suficiente para prevenir la hipotermia o restablecer rápidamente la anemia, por lo que no debe utilizarse como único método para calentar a los pacientes. - Calentamiento de fluidos de irrigación de cavidades corporales, por ejemplo en cirugía urológica. Existen calentadores especiales (tecnológicamente similares a los calentadores de fluidos intravenosos) para infundir fluidos a temperatura corporal y con flujo que se utilizan comúnmente en este tipo de cirugía. El calentamiento activo tiene un efecto clínicamente positivo en el paciente. Esto redujo el riesgo de complicaciones cardíacas y circulatorias graves

en un estudio de pacientes con enfermedades cardíacas y circulatorias graves, pero la evidencia aún no es concluyente. El calentamiento activo reduce la tasa de infección y las complicaciones de las heridas postoperatorias. Este efecto se demostró en dos estudios muy amplios en pacientes sometidos a cirugía abdominal.

En un estudio, el calentamiento artificial se usó solo antes de la cirugía y en otro, se usó intraoperatoriamente. Los pacientes tratados con el sistema de recalentamiento activo tenían aproximadamente un tercio más de riesgo de escalofríos o escalofríos postoperatorios en comparación con los que recibieron el tratamiento de control. El confort térmico del paciente aumentó en comparación con la intervención de control. La incubación, por otro lado, tuvo poco o ningún efecto sobre el riesgo de muerte, pérdida de sangre o la necesidad de transfusión de sangre. No hubo diferencia en el número de ataques cardíacos no fatales, ansiedad o dolor en comparación con los grupos de control. Las pruebas en la revisión no nos permitieron determinar qué sistema de calefacción es mejor. Sin embargo, un estudio con bajo riesgo de sesgo mostró mejores resultados cuando el recalentamiento sistémico se extendió al período preoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal mayor. Solo pudimos obtener información limitada de los informes de investigación sobre los efectos secundarios. En algunos casos, no se informaron efectos secundarios durante el estudio. Los aminoácidos intravenosos pudieron mantener la temperatura corporal de los participantes medio grado más alta que la del grupo de control. Esta diferencia fue estadísticamente significativa al final de la cirugía, pero no en otros momentos. Sin embargo, la relevancia clínica de este hallazgo sigue siendo incierta. Tampoco está claro si los aminoácidos contribuyen al riesgo de temblor y si los nutrientes parenterales proporcionan otros beneficios o daños debido a la falta de datos cualitativos sobre estos hallazgos.

5 Discusión-Conclusión

Evitar la hipotermia de los pacientes es fundamental para conseguir una recuperación postoperatoria adecuada, consiguiendo reducir las molestias postquirúrgicas, así como complicaciones, por ejemplo, infecciones en la herida quirúrgica. En cuanto a los tipos de mecanismos para mantener al paciente en normocromía, son más efectivos el calentamiento activo frente al pasivo. Utilizar mantas de calor y fluidos a temperatura corporal, tanto para su uso intravenoso, como para irrigación de cavidades, es eficaz ayudando a mantener al paciente a una temperatura óptima.

Es labor de enfermería preparar y disponer de los mecanismos necesarios, ayu-

dando así a acortar los tiempos de recuperación e incluso la estancia hospitalaria.

6 Bibliografía

1. De Mattia, A.L; Barbosa M. H; de Freitas Filho, J.P; De Mattia Rocha, A; Costa Pereira, N.H. Infusión venosa calentada en el control de la hipotermia durante el período intraoperatorio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.21 no.3 Ribeirão Preto June 2013.
2. Da Silva Feu Santos, R.M; De Fatima Santana Ferreira Boin, I; Aparecida Arivabene, C; Araújo Cintra, E; Agostini Torres, N; Nogueira Duarte, H. Estudio clínico aleatorizado comparando métodos de calentamiento activo para prevención de hipotermia intraoperatoria en gastroenterología. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.27 Ribeirão Preto 2019 Epub Jan 17, 2019.
3. J. M. Campos Suárez, J. M. Zaballos Bustingorri. Hipotermia intraoperatoria no terapéutica: causas, complicaciones, prevención y tratamiento. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2003; 50: 135-144.
4. J.M. Calvo Vecino, R; Casans Francés, J Ripollés Melchor, C; Marín Zaldívar, M. Gómez Ríos, A. Pérez Ferrer, J.M. Zaballos Bustingorri, A. Abad Gurumeta. Clinical practice guideline. Unintentional perioperative hypothermia. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*, Volume 65, Issue 10, December 2018, Pages 564-588
5. Warttig S, Anderson P, Lewis SR, Smith AF. Intravenous nutrients for preventing inadvertent perioperative hypothermia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD009906.
6. Echeverry-Marín PC, Rincón-Valenzuela DA, Monroy-Charry AG, Ruiz-Villa JO, Higuera-Redondo G, Rubio-Elorza JH. Survey about attitudes on perioperative temperature monitoring and thermal protection in Colombia. *Rev Colomb Anesthesiol.* 2016; 44:282-291.
7. García Romero. M. G; Cuidados de Enfermería para la prevención de complicaciones por hipotermia en la etapa postoperatoria inmediata en pacientes del hospital regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno, 2017. Repositorio institucional UNA-PUNO. Puno Perú. 2017.
8. Santos Regina Maria da Silva Feu, Boin Ilka de Fatima Santana Ferreira, Caruy Cristina Aparecida Arivabene, Cintra Eliane de Araújo, Torres Nathalia Agostini, Duarte Hebert Nogueira. Estudio clínico aleatorizado comparando métodos de calentamiento activo para prevención de hipotermia intraoperatoria en gastroenterología. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* Epub Jan 17, 2019.

9. Simón Payo, I; Gonzalo Martín, J. J. Controlar la hipotermia perioperatoria, un desafío para garantizar la vida. Repositorio documental Gredos. Salamanca. 2018.
10. Piedad C. Echeverry-Marina, David A. Rincón-Valenzuela, Andrés G. Monroy-Charry, Joaquín O. Ruiz-Villad, Gustavo Higuera-Redondo y Jorge H. Rubio-Elorza. Encuesta de actitudes sobre vigilancia de la temperatura y protección térmica perioperatoria en Colombia. *Rev colomb anestesiología*. 2016;44(4):282–291.
11. Maima Coz, M. L; Trejo Ramirez, O. S; EFECTIVIDAD DEL CALENTAMIENTO DE LÍQUIDOS ENDOVENOSOS PARA REDUCIR LA HIPOTERMIA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS EN LA FASE INTRAOPERATORIA. UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER. 2019. Lima- Perú.
12. Costa Pereira, N. H; De Mattia, A. L. Complicaciones postoperatorias relacionadas con la hipotermia intraoperatoria. *Enfermería Global*. 2019; 55: 270-284.
13. Madrid, E; Urrutia, G; Roqué i Figuls, M; Pardo-Hernandez, H; Campos, JM; Paniagua, P; Maestre, L; Alonso-Coello, P. Active body surface warming systems for preventing complications caused by inadvertent perioperative hypothermia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD009016.

Capítulo 6

ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES QUE PADECEN VIOLENCIA DE GÉNERO EN SALUD PÚBLICA

CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA

LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA

VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO

ANWAR MARTINEZ MOHAMED

JORGE APARICIO CABAÑAS

1 Introducción

La violencia de género es una forma de comportamiento social que refleja las tradiciones culturales de las sociedades patriarcales y es parte de la construcción social real en estas sociedades. Una resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (1994) incluyó la violencia de género: y la amenaza de tal comportamiento, la privación de libertad forzada o arbitraria, ya sea en la vida pública o privada”.

Si la violencia es un acto sexual, tendrá un mayor impacto psicológico en la vida de la mujer y un mayor impacto negativo en la salud de la mujer. Las necesidades específicas de estas mujeres son multidimensionales, por lo que se deben considerar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales cuando se necesitan

intervenciones en salud. Por ello, es necesario adoptar un modelo de atención integral para participar activamente en todo el personal de los servicios de salud. La mayoría de los centros de salud han establecido acuerdos para emprender acciones contra la agresión sexual. Trasladar al paciente a urgencias del hospital, denunciarlo ante el juzgado, la actuación realizada por el forense, ginecólogo, médico de familia, etc. Sin embargo, hay margen de mejora en algunos aspectos, que serán de gran apoyo para la víctima y para en cierta medida El trauma adicional involucrado en la recopilación de información sobre la agresión que sufrieron puede minimizarse.

2 Objetivos

- Informar sobre la necesidad de utilizar estrategias de atención específicas y especializadas para mujeres víctimas de violencia de género y / o sexual.
- Insistir en la necesidad de tomar acuerdos de acción para las víctimas de violencia sexual.
- Promover la formación de todos los profesionales sanitarios y no sanitarios para que actúen de la forma más beneficiosa y menos dañina para las mujeres en caso de agresión.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de violencia de género, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: violencia, sanidad, maltrato, entorno sanitario, etc.

4 Resultados

La violencia de género es un factor importante en el deterioro de la salud, porque las agresiones físicas, mentales y sexuales pueden traer pérdidas físicas y psicológicas a las mujeres, sus hijas e hijos, y en ocasiones son irreparables. Debemos de promover la formación de todos los profesionales sanitarios y no sanitarios para que actúen de la forma más beneficiosa y nociva para las mujeres sea menos dañina en caso de que sufran agresión.

Los centros de salud son la clave para detectar, cuidar y monitorear la violencia de género. En la consulta se planteará el maltrato de diversas formas, o de forma no explícita (malestar físico, excesiva frecuencia, somatización); agudo (lesión física, abuso sexual), trastornos del comportamiento o molestias en la salud sexual y reproductiva. Hay que tener en cuenta que cualquier forma de violencia de género repercutirá en todos los aspectos de la salud: física, psicológica, sexual, reproductiva y social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que la violencia de género es un factor importante en el deterioro de la salud para las personas maltratadas, porque las agresiones físicas, mentales y sexuales pueden traer pérdidas físicas y psicológicas a las mujeres, sus hijas e hijos, y en ocasiones son irreparables. La mujer perdió gradualmente su autoestima y perdió la esperanza de cambiar la situación, aumentando su sentimiento de sumisión y miedo al agresor. Para los abusados, esto demostrará que su estrategia funciona. Todo esto dificulta que las mujeres terminen su relación. Por eso, cuando una mujer busca ayuda, siempre debe recibir un apoyo concreto para cambiar su situación, respetar su decisión en lugar de culparla.

Para ser consciente del peligro en el que se encuentra, es importante comprender que la violencia continuará y seguirá aumentando, y no podrá corregir el comportamiento del atacante. Por lo tanto, en el caso de detección de violencia de género, si las mujeres tienen hijas e hijos, es necesario tener en cuenta que necesitan una atención especial por parte del sistema de salud, y el personal pediátrico también debe jugar un papel de gran relevancia. Coordinar con profesionales de trabajo social en el equipo médico integrado.

Es importante contar con herramientas metodológicas para abordar la violencia de género, capacitación y acompañamiento o seguimiento continuo, coordinación y trabajo en equipo interdisciplinario y desarrollo de estrategias, autoconciencia y autocuidado, para que el impacto emocional de tratar a las víctimas de abuso no afecte negativamente la toma de decisiones de la víctima o el equilibrio emocional del profesional.

Debemos de adoptar medidas para prevenir posibles situaciones de conflicto entre profesionales y usuarios entre las que se pueden incluir:

1. Proteger a los profesionales y usuarios a través de los materiales disponibles y los medios creados por el hombre y utilizar ayuda externa cuando sea necesario.
2. Formar profesionales en habilidades comunicativas y manejo de conflictos.
3. Ofrecer a los usuarios información clara, cercana y comprensible, basada en la confianza mutua.
4. Minimizar la burocracia para no confundir e irritar a los pacientes.

Siempre que haya una buena gestión de los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo también es una parte esencial para mejorar las funciones de apoyo al personal.

5 Discusión-Conclusión

Se han logrado avances en la violencia contra la mujer, pero aún se necesitan campañas de concienciación y capacitación para todos los trabajadores de la salud. Cada nivel de atención requiere una formación diferente, y las acciones formativas se ajustan a cada categoría profesional, pero no olvides que todas estas formaciones deben ir en la misma dirección: la no victimización de la víctima. Un punto muy importante es que podemos invocar la Ley No 7/2019 en el artículo 64 de 29 de marzo, que menciona el trato del personal médico en cada centro con reciprocidad mutua y respeto a las normas de funcionamiento y convivencia establecidas.

Teniendo en cuenta todos los factores anteriores, puede ser útil que las agencias gubernamentales lleven a cabo campañas de promoción y concienciación para todos los ciudadanos para enfatizar e influir en la importancia más importante de sus responsabilidades para con los profesionales de la salud.

6 Bibliografía

1. Mohamad Kitaneh; Motasem Hamdan. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *J Emerg Nurs.* 2012;26(3):210–5.
2. Castellón D, María A. Hostigamiento laboral: Amenaza permanente para Enfermería. *Enferm Glob.* 2012;11(4):120–36.
3. Martínez Isasi S, García Zurita A, Felipez Agrelo I, Castro Dios DJ. Violencia sufrida y percibida por el personal de Enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña. *Enferm Glob.* 2015;14(3):219–29.
4. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo [Internet]. 2007. 1–33 p. Available from: http://www.trabajo.pr.gov/prosha/download/PROSHA_029_Violencia_Lugar_Trabajo.pdf.
5. Constitución de la República del Ecuador. CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008. Incluye Reformas [Internet]. 2008;1–136. Available from: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf Ley Organica de la Salud. Ley organica de salud – Ecuador. Plataforma Prof Investig Jurídica.

Capítulo 7

ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR ONCOLÓGICO Y SU IMPORTANCIA

CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ ORTEGA

LUIS FERNÁNDEZ ORTEGA

VIRGINIA BELDAD MARTÍN SERRANO

ANWAR MARTINEZ MOHAMED

JORGE APARICIO CABAÑAS

1 Introducción

Enfermería es el equipo médico que se encarga de suministrar los medicamentos necesarios para evitar el dolor a las personas con cáncer.

Existe evidencia de que el dolor de los pacientes con cáncer es intenso y, por lo tanto, puede tener graves consecuencias para el paciente. En general, el dolor tiende a desarrollarse de forma crónica, con agudizaciones y crisis de diverso origen y, por regla general, con un componente emocional y angustioso adicional. Si bien existen herramientas terapéuticas para un buen control de la mayoría de los dolores relacionados con el cáncer, se ha demostrado que estos pacientes no experimentan ningún dolor. Sin duda, las enfermeras juegan un papel importante en el manejo adecuado del dolor, tanto en atención primaria como en el hospital. Esto involucra muchas áreas, como la evaluación de la fuente y la

gravedad del dolor, y la atención de seguimiento adecuada. Este artículo analiza las principales escalas de dolor, los tratamientos farmacológicos disponibles en la actualidad, las estrategias para su uso y algunas recomendaciones de dosificación. En conclusión, mientras que el conocimiento y el compromiso de las enfermeras con el manejo del dolor por cáncer está aumentando, la evaluación del dolor, el enfoque individual del paciente y el uso preciso de analgésicos están aumentando.

2 Objetivos

Identificar y mejorar el conocimiento de las enfermeras sobre el dolor oncológico para brindar una atención de calidad a los pacientes con este tipo de dolor.

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

Antes de iniciar el tratamiento se debe realizar una evaluación adecuada con tres objetivos bien definidos: evaluación del dolor del paciente, evaluación de la eficacia del tratamiento con implantes y revisión de eventos adversos. La información del propio paciente (autoinforme) es la mejor manera de evaluar el dolor, aunque debe agregarse y confirmarse con los informes de los cuidadores (familiares, allegados, etc.) para tener en cuenta las características del dolor (tipo de dolor, ubicación, distribución, tiempo, etc.), magnitud, tipo y posibles consecuencias para la función del objeto, así como la identificación de otros factores coexistentes. La evaluación del dolor es más compleja que la simple medición del dolor y requiere el uso de parámetros que sirvan como guía rápida y clínica para los profesionales de la salud (tanto médicos como de enfermería). En general, las pruebas de dolor, por exhaustivas que sean, pueden reducir las respuestas de un paciente a cuatro preguntas: qué dolor, dónde, cómo y cuánto duele. La intensidad se puede establecer usando una escala categórica (sin dolor, leve, moderado,

severo, abrumador), numérica, verbal o visual similar de 0 (sin dolor) a 10 (dolor máximo concebible).

Este último es el más utilizado debido a su simplicidad y facilidad de implementación en todo el mundo. La Escala Analógica Visual también tiene la ventaja de que puede utilizarse, además de estimar la intensidad, para medir el alivio del dolor. Debe ir acompañado de indicadores adecuados de sueño, calidad de vida y actividad física (ECOG, Índice Karnowski, EuroQol...)

La valoración del dolor debe ser considerada un parámetro normal de la práctica clínica diaria, considerado el quinto signo vital, y tanto médicos como enfermeras deben participar activamente. Para ello se utilizará una báscula de fácil manejo y un calibrador con escala análoga visual que podrá llevar consigo y notas breves a intervalos regulares con anotaciones diarias de dolor para registrar el desempeño de su variación periódica en la historia del paciente. Este sistema de registro permite que todo el personal médico en contacto con el paciente tenga acceso al conocimiento sobre el dolor y su evolución. En algunos hospitales, este hallazgo se suma a otros protocolos hospitalarios y se considera un beneficio adicional en el manejo adecuado del dolor. Los profesionales de la salud son quizás el personal del hospital mejor capacitado para evaluar el dolor de manera continua y efectiva, y mejor equipados para detectar la posibilidad de nuevos síndromes de dolor, intervenir no solo en la medición del dolor y la respuesta analgésica, sino también en la educación de los pacientes y sus familias sobre el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo enfatizando que el manejo adecuado de este tipo de dolor en enfermeras depende de la aplicación de la medicina y la práctica basadas en la evidencia. En este estudio, la práctica basada en la evidencia se definió como una decisión clínica basada en la mejor evidencia, la experiencia clínica y las preferencias del paciente. Por lo tanto, se espera que las enfermeras tengan los conocimientos y habilidades para poder poner en práctica este tipo de intervención, pero para hacerlo bien, todavía hay dificultades y obstáculos. Las barreras experimentadas por las enfermeras fueron principalmente organizativas y temporales, como la falta de tiempo, la gran carga de trabajo, el uso inadecuado de las intervenciones farmacológicas y la falta de conocimiento y conciencia sobre el manejo del dolor.

6 Bibliografía

1. Dopico Santamariña LM, Hermida Porto L. Manejo del dolor oncológico [monografía en Internet]. Fisterra; 2014 [acceso 8 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/manejo-dolor-oncologico/>.
2. Bartoszczyk DA, Gilbertson-White S. Interventions to nurse-related barriers in cancer pain management. *Oncol Nurs Forum* [revista en Internet]. 2015 [acceso 10 de mayo de 2017]; 42(6): [634-41]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4617595/>.
3. Hochstenbach LMJ, Zwakhlade SMG, Courtens AM, van Kleef M, de Witte LP. Feasability of a mobile and web-based intervention to support self-management in outpatients with cancer pain. *Eur J Oncol Nurs* [revista en Internet]. 2016 [acceso 10 de mayo de 2017]; 23: [97-105]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388916300278>.
4. Pereira DTS, Andrade LL, Agra G, Lopes Costa MM. Conduas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia. *Rev Pesqui Ciud Fundam* [revista en Internet]. 2014 [acceso 10 de mayo de 2017]; 7(1): [1883-90]. Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3578/pdf_1423.
5. Shahriary S, Shiryazdi SM, Shiryazdi SA, Arjomandi A, Haghighi F, Vakili FM et al. Oncology nurses knowledge and attitudes regarding cancer pain management. *Asian Pac J Cancer Prev* [revista en Internet]. 2015 [acceso 10 de mayo de 2017]; 16(17): [7501-06]. Disponible en: http://journal.waocp.org/article_31612_ff9a7164191b1289b7bb3254da173d3a.pdf.
6. Hernán Garrido R. Manejo del dolor en cáncer. *Rev Med Clin Condes* [revista en Internet]. 2013 [acceso 10 de mayo de 2017]; 24(4): [661-666]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinicalascondes-202-articulo-manejo-del-dolor-cancer-S0716864013702050>.

Capítulo 8

TRATAMIENTO DOMICILIARIO EN CASOS LEVES DE BROQUIOLITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

SAIOA URLA URIARTE

JUNE ETXEBERRIA ERAUSKIN

ELENA ELIZONDO VILA

1 Introducción

Las infecciones respiratorias suponen una de las principales causas de demanda asistencial en pacientes pediátricos, especialmente en los meses de otoño e invierno, siendo la bronquiolitis, la causa más frecuente de hospitalización por infección de vías respiratorias bajas en niños menores de dos años (1).

El virus respiratorio sincitial (VRS), causa el 70-80% de los casos de bronquiolitis, aunque hay otros patógenos causantes como el adenovirus, paramixovirus, virus Coxsackie, rinovirus, etc. (2).

En 2020-2021, las medidas físicas frente al COVID-19 (uso de mascarilla, higiene de manos, distancia social, etc.), dieron como resultado un descenso importante en la incidencia de VRS. Sin embargo, durante el año 2022, se han detectado casos de bronquiolitis antes de lo habitual, incluso en primavera (3).

Además, se estima que la propagación del virus es más rápida de lo habitual y que está causando más casos de hospitalización. Todo ello está derivando en una gran preocupación en las instituciones sanitarias (3).

Se cree que esto es debido a que durante la pandemia del Covid-19, la población, tanto niños, como padres, han tenido poco contacto con el VRS y otros virus, y, por tanto, no han podido adquirir inmunidad frente estos virus respiratorios (3). Inicialmente, la bronquiolitis cursa con sintomatología de vías respiratorias altas como rinorrea, tos y estornudos. Puede o no haber fiebre que generalmente no suele ser elevada. Tras 1 - 4 días aparecen irritabilidad, disnea, sibilancias, crepitantes, dificultad respiratoria y rechazo a la alimentación (4). Habitualmente, los casos suelen ser leves y no precisan ingreso hospitalario, siendo suficiente el tratamiento domiciliario con medidas de soporte y seguimiento en atención primaria. No se recomienda el uso rutinario de tratamiento farmacológico (4).

2 Objetivos

- Aportar una visión general de la etiopatología de la bronquiolitis aguda pediátrica.
- Exponer la situación actual y las posibles causas del aumento en el número de casos.
- Definir los cuidados que se deben realizar en el domicilio en casos leves de bronquiolitis en pacientes pediátricos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en distintos soportes electrónicos y manuales, en los que se han consultado artículos, monografías, tesis, guías de práctica clínica, libros, etc.

Para ello, se han consultado bases de datos tanto de ciencias de la salud (PubMed, Biblioteca Cochrane, MedlinePlus) como multidisciplinarias (Google Scholar o Scopus), mediante la combinación de términos DeCS y su correspondiente traducción al inglés (Mesh).

- DeCS: “bronquiolitis”, “pediatría”, “epidemiología”, “síntomatología”, “tratamiento”.
- MeSH: “bronchiolitis”, “pediatrics”, “epidemiology”, “symptomatology”, “treatment”.

Para afinar la búsqueda, se han establecido unos criterios de inclusión como son: artículos originales, idioma castellano e inglés, y antigüedad máxima de 5 años, a excepción de artículos considerados de gran relevancia.

Tras dicha investigación, se han seleccionado los trabajos con mayor trascendencia para la elaboración de este trabajo.

4 Resultados

El diagnóstico de bronquiolitis se basa generalmente en la historia clínica y examen físico. No se recomienda la realización rutinaria de pruebas complementarias, aunque dichas pruebas pueden ser de utilidad en casos determinados (6).

- La pulsioximetría: está indicada para una valoración inicial y el seguimiento clínico de los pacientes con repercusión de la función respiratoria (6).
- Placa de tórax: habitualmente se observan atelectasias y atrapamiento aéreo. Puede ser de utilidad en niños con dificultad respiratoria moderada o grave, para clarificar el diagnóstico o en casos de mala evolución de la enfermedad (8).
- Prueba de detección de virus: se pedirá en bebés menores de tres meses con fiebre sin foco aparente y lactantes con catarro que tengan factores de riesgo (bajo peso al nacer, cardiopatía congénita, inmunodeficiencia, etc.) (8).
- Proteína C reactiva y procalcitonina: puede resultar apropiado para detectar la sobreinfección bacteriana (8).
- Tira de orina, sedimento y urocultivo: se realizará en bebés menores de 2-3 meses con diagnóstico de bronquiolitis aguda y fiebre de 39° que no remite (8). Generalmente el diagnóstico, se llevará a cabo por el facultativo en atención primaria, que, tras examinar al paciente, determinará la gravedad del cuadro. Para ello, se tendrán en cuenta criterios clínicos de gravedad como la cianosis central, taquipnea, aleteo nasal, tiraje intercostal, apneas, saturación de oxígeno menor de 92% y repercusión del estado general (rechazo a la alimentación inferior al 50%, letargia, irritabilidad, etc.) (7,8).

Si se establece que la gravedad es leve, se indicarán una serie de medidas de soporte domiciliarias que los padres deberán llevar a cabo (4,9):

- Mantener la permeabilidad de vía aérea superior mediante aspiración de secreciones nasales y lavados con suero fisiológico a demanda. Esto puede ayudar a evitar complicaciones como la otitis.
- Control de temperatura corporal.
- Administración de fármacos antitérmicos si precisa.
- Evitar exposición a irritantes como el tabaco.
- Mantener postura semiincorporada en todo momento (más de 30°).
- Asegurar una buena hidratación. Si no tolera la toma de líquidos, ofrecer en pequeñas porciones.
- Mantener una temperatura ambiental que no supere los 20°.

- No llevar a la guardería hasta que desaparezcan los síntomas por completo.
- Proporcionar un ambiente tranquilo y relajado.
- Utilizar ropa cómoda y holgada.
- Observar posibles signos de alarma: dificultad respiratoria, coloración azulada de la piel, pausas en la respiración, vómitos o rechazo a los alimentos, agitación o aumento de la frecuencia respiratoria.

Si se observa alguno de estos síntomas acudir a urgencias rápidamente.

El seguimiento lo llevará a cabo el pediatra del centro de salud mediante citas telefónicas o presenciales en función de la gravedad y la evolución del cuadro.

5 Discusión-Conclusión

El número de casos de bronquiolitis aguda en pacientes pediátricos ha aumentado considerablemente en el último año generando preocupación a nivel mundial. Esta situación ha llevado al límite a las áreas de hospitalización pediátrica.

Además, supone una gran preocupación para padres y madres por las graves repercusiones que puede generar en la salud de sus hijos.

Es por ello que es tan importante la prevención y es principalmente desde atención primaria donde habría que educar a todos los padres y/o cuidadores sobre las medidas de prevención oportunas, haciendo especial hincapié en aquellos que tienen hijos menores de 2 años.

Además, si con todo ello no fuera suficiente, habría que indicar cuidadosamente sobre los cuidados domiciliarios que deben realizarse a aquellos que han contraído el virus, para así evitar o disminuir las complicaciones asociadas.

6 Bibliografía

1. Ferreruela R, Coloma T, Tejedor N, Fernando M, Ferrer P. Proceso de atención de enfermería ante un paciente pediátrico con bronquiolitis. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2022 [Consultado 15 Dic 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-ante-un-paciente-pediatrico-con-bronquiolitis/>.
2. Milési C, Baleine J, Cambonie G. Tratamiento de las bronquiolitis agudas del lactante. EMC-Tratado de Medicina [Internet]. 2022 [Consultado 15 Dic 2022]; 26(3). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541022468437?via%3Dihub>.
3. Martínez I, Resin S. Bronquiolitis por el virus respiratorio sincitial: cómo está la situación. The Conversation [Internet]. 2022 [Consultado 16 Dic 2022].

- 20222]. Disponible en: https://repisalud.isciii.es/bitstream/handle/20.500.12105/15234/BronquiolitisVirusRespiratorioSincitial_2022.pdf?sequence=1.
4. García ML, Korta J, Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. *Protoc diagn ter pediatr*. 2017;1:85-102.
5. Pérez J. Bronquitis y bronquiolitis. *Pediatría Integral* [Internet]. 2016 [Consultado 16 Dic 2022]; 20 (1): 28-37. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-01/2016-bronquitis-y-bronquiolitis/>.
6. Benito C, Larriba T, Peón I, Gasca M, Fau R, Maza M. Bronquiolitis aguda en pacientes pediátricos. Artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2022 [Consultado 16 Dic 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/bronquiolitis-aguda-en-pacientes-pediatricos-articulo-monografico/>.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre bronquiolitis aguda. 2010.
8. Dul Mar. Bronquiolitis aguda: ¿Seguimos la evidencia científica?. 17º Congreso de Actualización. *Pediatría 2020*; 15 de Febrero 2020. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2020.
- 9 García FJ, Sánchez P, Mellado E. Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual Clínico de Urgencias Pediátricas.2022.

Capítulo 9

TERAPIA CON CÉLULAS CAR-T

NURIA AGUILERA PEREZ

1 Introducción

La terapia CAR-T se basa en la modificación genética de los linfocitos T autólogos para expresar un antígeno que identifique a las células cancerígenas y las destruya.

Los CAR-T pueden ser autólogos, creados a partir de linfocitos T del paciente o alogénicos, que serían creados a partir de células de un donante.

La mayoría de los CAR-T son autólogos lo que conlleva a la extracción de linfocitos T del paciente mediante aféresis. Después estas células son manipuladas genéticamente y por último se administran al paciente. Previo a la infusión de células tendrá que pasar por un proceso de linfodepleción para permitir que los CAR-T se expandan in vivo.

Con este tratamiento pueden darse toxicidades potencialmente graves lo que obliga a un tratamiento de soporte adecuado y a una monitorización estrecha en entornos controlados.

La rápida proliferación in vivo de las células CAR-T tras su infusión presenta efectos adversos específicos importantes. Se destacan por su frecuencia y peculiaridad síndrome de liberación de citoquinas (SLC) y el síndrome de neurotoxicidad asociada a células inmunoefectoras (ICANS)

El papel de las enfermeras para la detección precoz y el manejo de las toxicidades es fundamental para los pacientes que reciben terapia CAR-T. Por ello es importante la buena formación de todo el quipo implicado en la técnica.

2 Objetivos

Describir los cuidados de enfermería desde la obtención de linfocitos T hasta el manejo de las toxicidades tempranas más frecuentes post-infusión CAR-T.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo científico se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en las bases de datos Google. Se han consultado artículos en la web GETH y en artículos de osakidetza. Palabras clave usadas para la búsqueda han sido: "cuidados enfermería CAR-T", linfodeplectivo, toxicidades CAR-T. Los artículos consultados no han sido filtrados por límite de tiempo y su idioma es el español.

4 Resultados

Consideraciones Generales:

El proceso de Terapia CAR-T incluye seis etapas consecutivas: acogida y valoración, leucoaféresis, producción celular y terapia puente, tratamiento linfodeplectivo, infusión de linfocitos T modificados, seguimiento y vigilancia activa.

1. Obtención de linfocitos T

Se realizará aféresis de la propia sangre del paciente para obtener los linfocitos T que posteriormente serán modificados genéticamente.

2. Fase pre CAR-T: quimioterapia linfodeplectiva

Previo a la infusión de linfocitos T modificados, hay que administrar un tratamiento de quimioterapia que tiene como objetivo eliminar la mayor cantidad posible de linfocitos del paciente.

Existen diferentes esquemas de quimioterapia que se podrán adaptar en función de las características del paciente, tipo de enfermedad, tratamientos previos o recomendaciones específicas de los fabricantes del producto celular.

3. Infusión CAR-T

3.1 El personal de enfermería comprobará la permeabilidad del catéter.

3.2 Premedicar al paciente antes de la infusión según pauta médica. El paciente permanecerá monitorizado durante todo el proceso.

3.3 Se realizará comprobación de la identificación del paciente y el producto celular y se rellenará la hoja de infusión correspondiente.

3.4 Monitorizar constantes vitales antes, durante y al finalizar el procedimiento.

4. COMPLICACIONES POST CAR-T:

Las complicaciones pueden aparecer desde las 24 horas post-infusión hasta 8 semanas después.

Las más frecuentes son:

4.1 Síndrome de liberación de citoquinas

Es la toxicidad más común después de la infusión de la terapia CAR-T

La fiebre es el signo distintivo del SLC y se acompaña de otros síntomas como taquicardia, escalofríos, mialgias, artralgias, malestar óseo y fatiga. También puede presentarse disnea, hipoxia, dificultad respiratoria, coagulopatía y disfunción cardíaca, renal y hepática. Suele aparecer entre el primer día y dos semanas después de la infusión.

Se debe controlar a los pacientes diariamente durante al menos los 10 primeros días tras la infusión para detectar precozmente los signos y síntomas de SLC

4.2 Toxicidad neurológica (ICANS):

La toxicidad neurológica es el segundo evento adverso más común después de la infusión de las células CAR-T. Es un proceso patológico que afecta al sistema nervioso central tras la administración de un tratamiento inmunológico que produce activación de las células T infundidas. Las toxicidades neurológicas causadas por las células CAR-T son diversas, desde leves a muy graves.

Los síntomas pueden incluir: disminución de la atención, desorientación, ansiedad, confusión, temblores, ataxia, afasia, delirio, alucinaciones, deterioro cognitivo, parálisis nerviosa focal, déficits motores o sensoriales, mioclonías, somnolencia, obnubilación, convulsiones, edema cerebral, encefalopatía, etc.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de células CAR-T es un procedimiento de inmunoterapia celular indicado en algunos tumores hematológicos, los más comunes son:

- Leucemia linfoblástica aguda.
- Linfomas no hodgkin.
- Mieloma múltiple.

La aplicación clínica de esta técnica que combina terapia celular y genética se ha demostrado especialmente eficaz en los diagnósticos citados.

Las células T son células del sistema inmunitario que se forman a partir de células madre en la médula ósea. Su función principal es la de proteger al organismo frente a infecciones, pero también pueden combatir contra células cancerígenas. La terapia con células CAR-T consiste en modificar genéticamente estas células inmunes para que sean capaces de destruir de manera más eficaz a las células tumorales.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Protocolo clínico para el manejo de los efectos adversos graves en pacientes tratados con medicamentos que contienen células T CAR (chimeric antigen receptor) anti-CD 19 (CART-19). 8 de mayo 2019. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/20190508_Protocolo_manejo_efectos_adversos_CAR_T.pdf. Último acceso: 18 octubre 2022.
2. Pérez-Simón, J.A. (Coord). Terapia celular con linfocitos CAR-T: presente y futuro. Disponible en <https://farmacosalud.com/wp-content/uploads/2020/10/Terapia-celular-con-linfocitos-CAR-T-presente-y-futuro.pdf>. Último acceso: 18 octubre 2022.
3. Mahmoudjafari Z., Hawks K.G., Hsieh A.A., Plesca D., Gatwood K.S., Culos K.A. American Society for Blood and Marrow Transplantation Pharmacy Special Interest Group Survey on Chimeric Antigen Receptor T Cell Therapy Administrative, Logistic and Toxicity Management Practices in the United States. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2019; 25(1): 26-33.
4. Los-Arcos I., Iacoboni G., Aguilar-Guisado M., et al. Recommendations for screening, monitoring, prevention and prophylaxis of infections in adult and pediatric patients receiving CAR T-cell therapy: a position paper. *Infection*. 2021; 49(2): 215-231.
5. Montoro-Lorite M., Ruíz Pato J. (coord.). Guía de cuidados de Enfermería para Pacientes que reciben Terapia CAR-T. Grupo Español de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular (GETH-TC). 2022. 31-45.

Capítulo 10

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN LA ANOREXIA NERVIOSA

ROBERTO SERRANO MARTÍN

JORGE SERRANO MARTÍN

MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN

1 Introducción

Los llamados trastornos de la conducta alimentaria son aquellas patologías que contienen como características principales un comportamiento que se distorsiona de la alimentación en un punto extremo de preocupación por la imagen y el peso corporal. Aquellos que se encuentran afectados hacen esfuerzos enormes por bajar el peso ponderal y muchos de ellos mantienen durante largas temporadas que tengan problemas de hábitos de la alimentación.

Estos trastornos al mantenerse en el tiempo se cronifican, se representan de forma principal en la anorexia nerviosa. En los últimos veinte años, esta patología se ha argumentado como importante entre los adolescentes y los niños por las nuevas tendencias en la moda y la creación de nuevos estándares de belleza que se unen a patrones nuevos de alimentación que aparecen en redes sociales convirtiendo en blanco fácil a personas con tendencia a padecer este trastorno.

Esta enfermedad tiene una etiología desconocida, se cree que es multifactorial con un fuerte componente de carácter genético influyendo el metabolismo de

la persona, el carácter social de esta, hormonal, sexual, la forma que tenga en expresar los sentimientos y emociones, si presenta o no un historial de abusos y maltratos en la familia o de perfeccionismo familiar sobre todo femenino que pueda convivir con algún tipo de trastorno psiquiátrico de tipo depresivo o de ansiedad o con una personalidad obsesiva compulsiva o la falta de control de impulsos.

2 Objetivos

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

3 Caso clínico

Alicia tiene 23 años, hace 14 meses que viene experimentando una pérdida de peso, ha llegado a bajar por dejado de su índice de masa corporal, su familia está preocupada porque aparte de bajar peso hace ejercicio de forma excesiva y su ingesta de alimentos no la controlan porque siempre come fuera de casa por trabajo, el padre ante la preocupación por la pérdida de peso se ha acercado al lugar de trabajo de Alicia y allí la han dicho que no come, que siempre come en casa y que algunas veces la han visto mascar hielo, que estaban preocupadas por ella, pero ella siempre insiste en que la está cambiando el metabolismo y que su alimentación es correcta, es cierto que como estaba un poco rellenita y se había puesto a dieta lo consideraban normal, ahora todo el mundo estaba a dieta.

En su casa la habían llamado la atención en varias ocasiones y la han obligado a ir a la consulta del psiquiatra, esta niega tener ningún problema, afirma que bajo ningún concepto va a aumentar de peso, que todavía tiene que adelgazar a algunos kilos, la han pillado en la mentira diciendo que come en un sitio y en otro cuando no come en ninguno y se mantiene a base de manzanas que es la única comida que ingiere a lo largo de todo el día.

Ante la presión familiar acepta un ingreso voluntario con un pacto de peso a alcanzar entre la paciente y el centro de media estancia que no alcanza con éxito y abandona siguiendo una terapia y un seguimiento externo errático durante años hasta que consigue alcanzar a los seis años tras un deterioro físico importante de otras enfermedades tomar conciencia de la enfermedad y volver a ingresar voluntariamente, esta vez con buenos resultados.

4 Discusión-Conclusión

El gran problema de esta enfermedad es metal, por eso está denominado dentro de las psicopatologías, dentro del programa de ingreso en la unidad de media estancia, se recomienda el ingreso voluntario, la primera media para que el tratamiento funcione es a base de terapia cognitivo-conductual y de realizar hábitos de conductas alimentarias saludables, hay que recordar a los profesionales que el ingreso se puede realizar por orden judicial si se observa peligro para la vida del paciente, se puede solicitar al juzgado el ingreso del paciente para hidratar y someterle a la obligación de alimentarlo aunque este método es un parche porque no suele funcionar ni a medio ni a largo plazo.

5 Bibliografía

Staudt, M. A., Rojo, N. M., & Ojeda, G. A. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Revisión bibliográfica. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina [Revista en Internet], 156, 24-30.

Capítulo 11

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE UN ADENOCARCINOMA HEPÁTICO

JORGE SERRANO MARTÍN

ROBERTO SERRANO MARTÍN

MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN

1 Introducción

Alrededor de un 10% de los enfermos de cáncer que tienen metástasis cuando acuden a la primera consulta, Es en el hígado uno de los que más comunes donde se encuentra la diseminación de la metástasis de este tipo de tumores. La metástasis de la zona del hígado se puede presentar alrededor de la mitad de los enfermos adultos con algún tipo de neoplasia primaria fuera del hígado. La razón de que este tipo de forma secundaria se encuentre frecuentemente elevada es que este órgano tiene una doble circulación y fenestraciones que tienden a que se facilite que las células malignas se alberguen en el parénquima hepático.

Las metástasis se consideran la causa primera de aquellos tumores con malignidad en el hígado constituyendo una segunda forma de localizarse frecuentemente estas lesiones precedidas únicamente por localizaciones linfonodales. Tienen una representación ya en fases avanzadas y sistémicas de las patologías neoplásicas y solo en algunos casos muy seleccionados algunos tratamientos logra prolongar la vida con éxito y calidad de vida por lo comentado anteriormente,

su doble circulación hace que la supervivencia del paciente esté muy limitada y la vía única de tratamiento sea en la mayoría de los casos los cuidados paliativos o la resección quirúrgica muy localizada.

2 Objetivos

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

3 Caso clínico

Agustín tiene 48 años, hace tres años tuvo un linfoma de Hodgkin del cual después de recibir tratamiento de quimioterapia de 13 sesiones recibió el alta, acude a una revisión por el oncólogo porque se encuentra mal hace un mes, ha encontrado las heces con un color blanquecino y no tiene ganas de comer, el color de su piel tiene un color moreno y el blanco de los ojos ha oscurecido un poco, estos signos son apreciados por el médico de atención primaria que lo deriva al especialista de digestivo con una analítica para adelantar en la que incluye marcadores tumorales de digestivo, le desvía también a la consulta con el oncólogo y la petición para una colonoscopia de carácter urgente. A los tres días se le realiza la colonoscopia previo ingreso hospitalario y preparación de dieta estricta y limpieza con preparado con citrex. En la colonoscopia no se aprecia lesiones en el colon, se recomienda la realización de la realización de pruebas de imágenes con contraste en el mismo quirófano por observarse a la altura del hígado una masa que presiona el intestino grueso presionando este. En la imagen con contraste se puede ver una zona del hígado inflamada y una masa ocupando gran parte de esto prolongándose hacia la totalidad de las colangios. Tras examinar por el radiólogo junto con el especialista de digestivo se decide realizar una incisión para hacer una biopsia analizando en el mismo quirófano por anatomía patológica con resultado de células cancerígenas y un diagnóstico de LOES hepáticas del paciente.

Tras el diagnóstico del adenocarcinoma hepático y la imposibilidad de realizar quimioterapia por los índices tan altos de bilirrubina tan altos que presenta el paciente, se le pauta cuidados paliativos hasta el desenlace final.

4 Discusión-Conclusión

Este tipo de adenocarcinoma suele tener un desenlace no deseable para el paciente y su familia y la mayoría de los diagnósticos tienen un mal pronóstico por lo que es recomendable la presencia de la figura del psicólogo en las dependencias ante el diagnóstico para poder explicarle cuál va a ser el procedimiento de la evolución del paciente y cuál va a ser las pautas de cuidados paliativos que se le pueden brindar en casa o en el hospital a medida de lo que la enfermedad requiera o el paciente prefiera si es posible. También se recomienda el acompañamiento de terapia cognitivo conductual para el paciente y el entorno familiar cercano para sobrellevar la situación que se desenlaza en pocos días.

5 Bibliografía

Senra Armas, L. A., Andara Ramírez, M. T., & Noa Pedroso, G. (2020). Metástasis hepática como forma de presentación de cáncer. *Revista Cubana de Medicina*, 54(1), 27-39.

Capítulo 12

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE UN ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

JORGE SERRANO MARTÍN

ROBERTO SERRANO MARTÍN

MARIO ALBERTO ROLLÓN SIMÓN

1 Introducción

El adenocarcinoma gástrico ocupa el cuarto puesto de cáncer por detrás del adenocarcinoma de pulmón, de el de mama y el de colon a nivel mundial y considerado el segundo en fallecimientos en todo el mundo. En nuestro país es la causa más frecuente después de el de pulmón en los varones y el tercero en las mujeres. La epidemiología asocia el tipo de histología con la localización del tumor. La presencia de *Helicobacter pylori* se considera carcinógeno en primer lugar que se asocia en una localización distal y un tipo de adenocarcinoma que se llama de tipo Lauren. Hay factores genéticos que se asocian a la supresión de la Ecadherina que se involucran en el desarrollo del tipo difuso de cáncer gástrico en una localización más proximal. Sin embargo, en algunos estudios parecen contradictorios porque no se puede llegar a conclusiones asociando estos factores. En la última década se ha incrementado el número de casos de este tipo de adenocarcinoma unido a un cambio en la alimentación en la ingesta de la comida

precocinada y la comida rápida que ha aumentado los valores de vajilla con elementos cancerígenos para calentar de forma rápida la comida en determinados elementos.

2 Objetivos

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

3 Caso clínico

Laura tiene 45 años, viene experimentando una pérdida de peso considerable, pero hasta los 12 kilos no ha acudido a su médico de atención primaria porque tenía sobrepeso y pensaba que la dieta que había iniciado la estaba yendo bien, su médico del centro de salud realiza una analítica con marcadores tiroideos y marcadores ginecológicos por la edad que tiene la paciente y por la retirada del periodo que es el motivo de consulta de la paciente en una primera instancia. El resultado de los análisis refleja anemia, falta de vitamina D y falta de vitamina K, además de una muy alta eosonofilia, siendo el resto de los marcadores normales, se la deriva a medicina interna y a la consulta de ginecología para una exploración.

En la consulta de ginecología, tras análisis y exploración se provoca la falta del periodo a la brusca pérdida de peso y se la insta a que su aparato reproductor funciona perfectamente y su nivel hormonal está dentro de su edad y sigue siendo una mujer fértil sin signos de premenopausia. En medicina interna se la realiza una entrevista clínica en la que la paciente no refleja signos externos a excepción de la pérdida de peso de la que no se tiene constancia anterior en su historia clínica. Se la cita para el día siguiente para realizar una endoscopia de las vías digestivas altas, mediante la cámara al realizar la prueba se observa una necrosis en la zona antro pilórica del gastro lo que se procede al ingreso de la paciente y se procede a su intervención quirúrgica para la resección de toda la zona afectada y parte del duodeno que también se encontraba necrosado, después de la operación y tras la recuperación de la operación se somete la paciente a la quimioterapia en sesiones cada 21 días con un total de 12 cumpliendo con el tratamiento mixto y recibirá revisiones periódicas hasta el alta total del paciente.

4 Discusión-Conclusión

La recomendación del tratamiento para el adenocarcinoma gástrico tiene un protocolo dentro de los dos primeros estadios como ocurre en nuestro caso clínico, la resección de la parte del estómago que pueda salvar la función del aparato digestivo es primordial para mantener la vida del paciente con una calidad de vida durante el tratamiento. Después de la intervención quirúrgica se somete el paciente a sesiones de quimioterapia para reducir el tumor en aquellas zonas que no se puede llegar con la intervención quirúrgica y porque en el sistema digestivo la probabilidad de migrar las células cancerígenas son muy altas y por protocolo se recomienda las sesiones en estándar de quimioterapia.

5 Bibliografía

Gaitán, E. S. (2017). Adenocarcinoma gástrico. Revista Médica Sinergia, 2(1), 13-21.

Capítulo 13

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO

MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

JOSE ANTONIO MARUGAN AGUADERO

1 Introducción

Es muy común que personas de edad avanzada sigan un tratamiento con anticoagulantes puesto que son muchas las indicaciones de uso de este tipo de medicamento, por lo que su utilidad tiene cada vez una mayor incidencia.

Este tipo de tratamiento se sigue en numerosas patologías, además de servir como tratamiento preventivo para prevenir trombosis o embolias en pacientes de riesgo.

Personas que han sufrido una enfermedad tromboembólica venosa (ETV) tienen bastantes posibilidades de sufrirla nuevamente, siendo la prevención farmacológica una medida muy eficaz.

Añadir anticoagulante disminuye o suprime los síntomas del síndrome postrombótico, eludiendo que reaparezca la trombosis.

Con respecto a la respuesta al tratamiento, esta va a depender de múltiples factores individuales de cada individuo como variaciones dietéticas, que el paciente no siga el tratamiento de manera estricta, posibles interacciones farmacológicas, etc.

El autocontrol de la anticoagulación es la herramienta perfecta para que el paciente tenga un control bueno, minimizando así los riesgos tromboembólicos.

Es en Atención Primaria donde se realiza el control del paciente anticoagulado, siendo Enfermería el que tiene un papel fundamental en este cometido, educando

al paciente desde su consulta a que lleve un adecuado autocontrol a través de la información y fomentando la adherencia terapéutica.

Cuando a un paciente se le comunica que tiene que seguir un tratamiento anticoagulante, le surgen numerosas cuestiones, dudas e inseguridades, siendo Enfermería el profesional que debe ofrecer apoyo, orientación y ayuda para que el tratamiento se instaure eficazmente en la vida del paciente.

2 Objetivos

El principal objetivo establecido ha sido analizar la importancia que tienen las intervenciones que realiza el profesional de Enfermería en el paciente anticoagulado.

3 Metodología

Recopilación de información a través de una revisión bibliográfica en bases de datos científicas como Medline, Cuiden y Elsevier. También se ha consultado en el buscador Google Académico.

Se utilizaron una serie de descriptores tales como: enfermería, anticoagulantes, tratamiento, paciente anticoagulado, intervenciones.

4 Resultados

El tratamiento anticoagulante oral (TAO) presenta una mayor dificultad de manejo clínico respecto a otros tipos de medicamentos para enfermedades crónicas, debido a sus características farmacológicas y las numerosas interacciones que tiene con la alimentación. Además, posee una gran variabilidad de respuesta en los pacientes, teniendo numerosas causas que influyen en su efecto, sumado a complicaciones que pueden derivarse de un uso inadecuado.

Para una mejor gestión, se hace necesario la implantación de un modelo de autocontrol desde atención primaria, siendo el profesional de Enfermería el responsable de esta gestión.

Enfermería, con sus diversas intervenciones, ofrecerá al paciente destreza necesaria para que su control capilar sea eficaz, poniendo al alcance del paciente toda la formación adecuada, además de realizar educación sanitaria y poniendo al alcance de él todos los recursos disponibles para que la adhesión y la continuidad del tratamiento anticoagulante sea la mejor.

El autocontrol aporta otros beneficios como una mayor calidad de vida, una disminución de la mortalidad y un menor coste económico para el sistema sanitario. Por su gran complejidad, a este tratamiento se le asocia un plan de cuidados estandarizado y específico, el cual para poder instaurarlo, Enfermería debe valorar previamente a cada paciente, utilizando las herramientas necesarias para que el paciente tenga una respuesta adecuada a su problema de salud.

El hecho de que el paciente disponga de la información adecuada lo protegerá de complicaciones derivadas de una mala gestión de su tratamiento y salud, permitiendo que a través de una correcta información, el paciente pueda tener un mejor y mayor control sobre su enfermedad.

Enfermería debe informar que el tratamiento anticoagulante no es curativo, sino preventivo. De ahí la importancia que el paciente tenga una correcta adhesión terapéutica continuada en el tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Cada día son más los pacientes que inician un tratamiento anticoagulante. La correcta adhesión al tratamiento es una cuestión fundamental, tenido el profesional de Enfermería un peso importante en ello a través de una adecuada educación sanitaria y puesta en marcha de un plan de cuidados estandarizado e individualizado para que el paciente cuente con todas las herramientas necesarias que le ayuden a mantener un correcto autocontrol de su enfermedad y que, tanto la adhesión como la continuidad del tratamiento anticoagulante, sea lo más fácil y estable posible, contribuyendo así a que el paciente tenga una mayor calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Durán Parrondo, C., Rodríguez Moreno, C., Tato Herrero, F., Alonso Vence, N., & Lado Lado, F. L. (2003, July). Anticoagulación oral. In *Anales de medicina interna* (Vol. 20, No. 7, pp. 49-56).
2. Gaspar Escayola, J. I., Menéndez Jándula, B., & Samitier Lerendegui, M. (2008). Guía para el paciente en tratamiento anticoagulante oral. Gobierno de Aragón: Departamento de Salud y Consumo. Zaragoza.
3. González, R. M. G., de Arrate, M. L. M., de León, M. A. D., & Gómez, F. D. (2013). Perfil del paciente anticoagulado y factores que pueden influir sobre el INR en atención primaria. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, (67), 4.

Capítulo 14

ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS AL PACIENTE PORTADOR DE CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA

MARÍA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

JOSE ANTONIO MARUGAN AGUADERO

1 Introducción

La traqueotomía es una técnica muy frecuente que se realiza para conectar la tráquea con el exterior a través de un estoma.

Este procedimiento es muy utilizado en Unidades de Cuidados Intensivos en pacientes que necesitan ventilación mecánica. También se utiliza en pacientes con patologías neurológicas, pulmonares y en cirugías de cabeza o cuello.

Los cuidados de Enfermería en estos pacientes son esenciales, realizando a su vez una labor educativa para que tanto el paciente como su familia puedan mantener el autocuido del traqueotomizado.

Es muy necesario que los cuidados de estos pacientes estén unificados y que se sigan protocolos de actuación para evitar posibles contratiempos.

Enfermería debe aportar unos cuidados individualizados, los cuales se ajusten a las necesidades de cada paciente, puesto que un portador de cánula de traqueotomía puede estar bien en una Unidad de Cuidados Intensivos, en una planta de hospitalización o en su propio domicilio.

Se hace necesario que el profesional de Enfermería cuente con los conocimientos adecuados para brindar unos cuidados asistenciales de calidad y enfocados a las necesidades que presentan este tipo de pacientes, conociendo a su vez las posibles

complicaciones que puedan presentarse y sabiendo resolverlas de la una manera eficaz y efectiva.

2 Objetivos

El objetivo establecido para esta revisión bibliográfica ha sido determinar el manejo que debe tener Enfermería del paciente portador de una cánula de traqueotomía.

3 Metodología

Búsqueda de literatura publicada en bases de datos científicas que tratase de los cuidados de Enfermería en los pacientes portadores de cánula de traqueotomía. Las palabras clave utilizadas fueron: traqueotomía, cánula, cuidados, enfermería. Las publicaciones revisadas quedan reflejadas en la bibliografía.

4 Resultados

Dentro de los principales cuidados de Enfermería en un paciente portador de cánula de traqueotomía están:

- Cambio de cánula: el primer cambio de cánula dependerá del tipo de intervención quirúrgica realizada. Una vez se realice el primer cambio (varía los días según el tipo de traqueotomía), el cambio será diario para las cánulas metálicas y tantas veces como sea necesario dependiendo de las secreciones que presente el paciente y del estado de la piel. Cuando las cánulas son de PVC no se tienen que cambiar a diario excepto si existe algún problema con el neomotapón o en caso de intubación prolongada, siendo el cambio entre un mes y tres meses. La camiseta se debe cambiar por turnos y según las necesidades del paciente. Se sugiere dejar siempre a mano una camiseta y una cánula de repuesto por lo que pudiera suceder.
- Limpieza de cánula y camiseta: tener en cuenta el protocolo preventivo del uso de desinfectantes de cada hospital.
- Limpieza del estoma: limpiar con gasa humedecida en suero fisiológico. Cuando exista enrojecimiento o erosión utilizar povidona yodada o clorexidina.
- Aspiración de secreciones: cuando el paciente esté sometido a ventilación mecánica será necesario realizar la aspiración como mínimo una vez por turno. Cuando el paciente sea autónomo y pueda expectoración por el mismo,

solo se realizará la aspiración en situaciones de necesidad o exista disfagia o disnea. Enfermería debe tener muy en cuenta que la aspiración aumenta las posibilidades de infección.

- Decanulación: debe realizarlo lo antes posible, siempre que las circunstancias y el estado del paciente lo permita. La retirada debe hacerse de manera progresiva. Las partes importantes de este proceso, las cuales Enfermería debe evaluar son la deglución y respiración espontánea, uso de la válvula fonatoria, desinflado del neumotapón y oclusión intermitente de la tráquea.
- Humidificación: es recomendable aplicar aerosolterapia con suero fisiológico o mucolíticos para evitar el aumento de secreciones debido a la poca humedad que recibe el paciente a través del aire inspirado.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que el profesional de Enfermería cuente con los conocimientos necesarios sobre la traqueotomía, los diferentes tipos de cánulas que existen y los cuidados básicos que debe realizarse en un paciente portador de ella.

Enfermería tiene un gran papel en los cuidados de este tipo de pacientes, sobre todo hasta que el individuo alcance un nivel de autonomía adecuado para que pueda relanzarse los autocuidados.

Además, Enfermería debe dar la información sobre las posibles complicaciones que puedan presentarse, contribuyendo a que puedan evitarse a través de un correcto y adecuado manejo de la cánula de traqueotomía y del estoma.

6 Bibliografía

- Calvache, J. A. S., Tesón, N. L., Tesón, A. M. L., & López, P. C. (2003). Cuidados de enfermería en los pacientes con traqueotomía percutánea de Griggs. *Enfermería Clínica*, 13(2), 122-129.
- Che-Morales, J. L., Díaz-Landero, P., & Cortés-Tellés, A. (2014). Manejo integral del paciente con traqueostomía. *Neumología y cirugía de tórax*, 73(4), 254-262.
- Girona, M. R. R., Hernández, I. T., & Fuertes, X. O. (2010). Protocolo de cuidados de enfermería al paciente crítico con traqueotomía. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, (90), 29-32.
- Peláez Palacios, M. D. S., & Feroso Palmero, M. J. (2014). Investigación bibliográfica sobre cuidados de enfermería y seguridad en el paciente con traqueotomía.

Capítulo 15

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA RECOLECCIÓN DE ORINA EN BEBÉS Y NIÑOS

NATALIA MARINE LOFVALL DURAND

DELIA GONZÁLEZ PÉREZ

CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ

EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ

ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN

1 Introducción

Vamos a hablar sobre la forma y como hace el equipo de enfermería para recoger muestras de orinas en pacientes pediátricos. Normalmente cuando los pacientes llegan con fiebre a las instituciones sanitarias y después de un chequeo “rápido” se suelen realizar análisis para ver la procedencia de la infección ,y la recolecta de orina es una de ellas. Así, el personal médico puede necesitar revisar la orina de paciente pediátrico en busca de alguna que otra bacteria .

Cuando el paciente pediátrico no hace sus necesidades por sí solo , se necesita la intervención del equipo de enfermería para coger la muestra y también se le solicita a los padres que hagan este proceso de recolección , según la situación y caso. Si fuese el caso , el personal de enfermería le dirá a los padres cómo deben hacerlo correctamente, ya que es muy importante la limpieza e higienización

mientras se toma la muestra. hay muchos germenos y estas pueden contaminar las pruebas y con ello no poder resolver el problema de salud del paciente o/y puede ocasionar resultados falsos. Por ello es muy importante limpiar bien la zona antes de recoger una muestra de orina.

A menudo este procedimiento se realiza para detectar si hay una infección de las vías urinarias, problemas renales o diabetes. También suele realizarse para un correcto seguimiento de infecciones y tratamientos. El proceso de recogida de orina se puede hacer en casa o en los centros sanitarios .

2 Objetivos

Describir los métodos que hay de obtención de una muestra de orina de un niño.

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 o Scielo.0

4 Resultados

Estos son los 3 métodos para recolectar orina:

- Métodos no invasivos de recolección de orina: este método no invasivo más popular utilizado para niños es la captura limpia. Esto implica tomar una muestra sosteniendo una botella de muestra estéril en la corriente de orina. Las bolsas de recolección de orina y las almohadillas de recolección de orina también se pueden usar para recolectar orina.

- Métodos invasivos de recolección de orina:

Obtener una muestra de orina no contaminada de un recién nacido o un bebé enfermo puede ser difícil. En estas circunstancias, se recomienda el uso de métodos invasivos como la aspiración suprapúbica (SPA) o el cateterismo. Las cuestiones de consentimiento deben solicitarlas a los padres, ya que la aspiración suprapúbica puede conllevar un riesgo, aunque las complicaciones son muy raras.

- Métodos no invasivos versus métodos invasivos:

Se han comparado los métodos no invasivos e invasivos de recolección de orina. La validez del análisis de orina de muestras de una bolsa de recolección de orina y un catéter se exploró en un estudio, se encontró que las muestras obtenidas de la bolsa de recolección de orina eran más sensibles a la prueba con tira reactiva que las de catéter.

Estos son los pasos para recolectar una muestra de orina del paciente pediátrico por enfermería.

1. Hay que explicar lo que se procede a hacer, como limpiar su “parte íntima” y recoger una muestra.
2. Lavarse las manos con jabón antibacteriano y secárselas bien.
3. Ponerse los guantes no estériles.
4. Decirle al paciente que se acueste boca arriba o con las piernas separadas, ofreciéndole toda la privacidad que sea necesaria.
5. Tirar del prepucio hacia atrás de modo que pueda limpiar bien la superficie del pene con las gasas estériles 4x4 humedecidas en pHisoHex.
6. Con una gasa nueva y agua estéril, limpiar el pHisoHex y secar la zona.
7. Decirle al paciente que se sienta sobre el retrete o el recipiente de recolección para orinar.

5 Discusión-Conclusión

Se deben usar los métodos invasivos cuando un bebé no se encuentra bien y se necesita urgentemente una muestra de orina para fines de diagnóstico.

Si está la oportunidad de esperar una captura limpia, este método continúa siendo reportado como el estándar de oro y parece tener un nivel constante de confiabilidad comparable a los métodos más invasivos de muestreo de orina.

Siempre hay bacterias en la zona genital. Estas bacterias pueden contaminar la muestra de orina, lo que puede ocasionar unos resultados falsos. Por este motivo, es muy importante limpiar bien esta zona antes de recoger una muestra de orina. Es importante el conocimiento y la correcta formación del personal sanitario, especialmente de enfermería, respecto a los métodos de recogida de orina para bebés y niños expuestos en este capítulo.

6 Bibliografía

1. https://www.stjude.org/content/dam/es_LA/shared/www/do-you-knowspanish/sedation-urine-cul-childteen-spa.pdf.

2. Whiting, P. et al (2006) Efectividad clínica y rentabilidad de las pruebas para el diagnóstico e investigación de la infección del tracto urinario en niños: una revisión sistemática y un modelo económico

Capítulo 16

ENFERMERIA ANTE LAS PACIENTES CON DIABETES EN EL EMBARAZO

NATALIA MARINE LOFVALL DURAND

DELIA GONZÁLEZ PÉREZ

CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ

EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ

ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN

1 Introducción

En la segunda mitad de la gestación requiere un estado fisiológico de la resistencia a la insulina para poder dirigir los nutrientes que se almacenan en la madre en la unidad fetoplacentaria y poder dar un crecimiento adecuado al feto; no obstante, las mujeres desarrollan una diabetes mellitus de tipo gestacional, la resistencia a la insulina se acentúa más, esto modifica el medio dentro del útero y causa un crecimiento acelerado del feto, con un riesgo elevado de macrosomía. Existen algunos factores que son considerados de riesgo con este trastorno y lo más importante es la edad mayor en la madre, familiares con primer grado con diabetes y un mayor índice de masa corporal pregestacional.

El primero de los casos de diabetes gestacional se publicó en el año 1824. Fue descrito por la madre que sufría de sed, poliuria y el feto macrosómico murió por la impactación de su hombro. Antes de que la introducción de la insulina en el año

1922 ya se había informado de al menos de 100 embarazos de mujeres diabéticas, de una forma cierta, con el tipo 2. No obstante, los índices de mortalidad en la madre eran de cerca del 40 %, y la mortalidad del neonato era mayor al 90 %. Con la insulina se redujo de manera importante esta mortalidad materna; sin embargo, si se hacía una comparación con embarazadas que no diabéticas, la mortalidad perinatal continuaba siendo hasta seis veces más alta y en la diabetes que era pregestacional las malformaciones congénitas de los fetos pueden ser hasta 10 veces más frecuentes.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es conocer una introducción sobre la diabetes que ocurre en las mujeres gestantes por un equipo de enfermería.

3 Metodología

Para realizar esta publicación se ha realizado una búsqueda exhaustiva de las principales revistas científicas como Scielo y Pubmed haciendo una selección de artículos, en número suficientes para poder hacer esta revisión sistemática con las garantías posibles para cumplir los mínimos científicos exigidos.

4 Resultados

En los últimos 40 años ha aumentado de forma alarmante la incidencia de la obesidad y casi a la vez, el síndrome metabólico, en muchas ocasiones evoluciona a diabetes mellitus tipo 2. Puede que estos cambios en los patrones de la alimentación, así como una menor actividad física, hayan hecho que aumente la incidencia de esta diabetes mellitus gestacional, la frecuencia es de un 10 % de la población obstétrica en nuestro país. Nos podemos basar en estos datos y se debe insistir a todas las gestantes que acudan a la consulta de ginecología prenatal, intentando identificar a estas que tienen un riesgo elevado de poder padecer este trastorno metabólico. De esta forma, deben detectarse los casos de diabetes antes de la gestación para poder darles un tratamiento adecuado para obtener unas cifras normales de glucosa y de HbA1c antes de quedarse embarazada. En un escrutinio de diabetes mellitus en la gestación, un consenso general es que, las pacientes con un alto riesgo para esta situación se les pueda efectuar una prueba entre las 25 y 28 semanas de la gestación con 50g de glucosa oral.

En el embarazo normal, un estado de resistencia al efecto de la insulina, es más evidente al final del segundo trimestre del mismo; el organismo de la gestante se prepara para almacenar nutrientes y en esta etapa la sensibilidad mayor a la insulina es mayor; no obstante, en la segunda mitad del embarazo hay una resistencia de forma progresiva al efecto de la insulina, que puede causar una liberación de los nutrientes para que el bebé tenga un desarrollo de lo más adecuado. En la resistencia a la insulina participan muchas sustancias que son producidas por la placenta y por los adipocitos, entre las que destacan la hormona del crecimiento placentaria y FNTa, que por varios mecanismos pueden disminuir el efecto de la insulina a nivel intracelular.

5 Discusión-Conclusión

Las bases del tratamiento de la diabetes gestacional sigue siendo la dieta baja en carbohidratos, de una preferencia con un índice glucémico bajo; la actividad física que se puede adaptar a la fisiología de la madre de acuerdo con la edad gestacional y a la administración de insulina en forma juiciosa para poder mantener las cifras de glucosa dentro de unos límites normales para la mujer embarazada. Se debe evitar que el tratamiento intenso que cause la hipoglucemia, lo que puede ocurrir hasta en 60 % de las gestantes, en muchos casos que son asintomáticas para la madre, pero con distintas repercusiones para el feto.

6 Bibliografía

1. Shuldiner R. Resistin, obesity and insulin resistance. The emerging role of the adipocyte as an endocrine organ. *NEJM* 2001;345(18):1345-6.
2. Hollander M. Gestational diabetes: a review of the current literature and guidelines. *Obst Gynecol Surv* 2017;62(2):125-36.

Capítulo 17

DESARROLLO POR ENFERMERÍA DE LA RELEVANCIA EN SALUD DE LAS VACUNAS

NATALIA MARINE LOFVALL DURAND

DELIA GONZÁLEZ PÉREZ

CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ

EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ

ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN

1 Introducción

A lo largo de los tiempos se ha ido mejorando la salud de las personas gracias a dos grandes avances y a las medidas de la sanidad que han ayudado a acrecentar la esperanza de vida: la potabilización del agua y la vacunación.

En 1796 Edward Jenner fue el que dio los primeros pasos con la vacuna de la viruela, aunque no fue hasta el año 1880 cuando se reveló y descubrió la vacuna contra la rabia de la mano de Pasteur al que llamaron y es conocido como el padre de la vacunología.

En el caso de los recién nacidos, diversos estudios han demostrado que la madre anterior al nacimiento a través de la placenta, le transmite protección contra los microbios que le causan la enfermedad, esta protección durara unas semanas.

Tras un mínimo periodo de tiempo, esta protección desaparece.

Las vacunas son concretadas como preparaciones que se administran a los individuos para poder generar inmunidad activa y duradera contra una enfermedad, cuando esta se administra el sistema inmunológico se activa y reconoce el antígeno, entonces este le activara a la producción de anticuerpos contra lo que él interpreta como la enfermedad.

Es por esto, que si la persona en algún momento de su vida entrara en contacto con ese organismo contra el cual ya ha sido vacunada, las defensas que se generan por haberse puesto la vacuna la tendrían protegida para evitar la enfermedad o harían que esta fuera más leve en cuanto a sintomatología.

Lo más habitual es administrarlas mediante las inyecciones, aunque algunas sean por vía oral. En muchos de los casos son necesarias varias dosis para llegar a conseguir que el efecto protector se mantenga por los años.

2 Objetivos

Abordar el tema de las vacunas que tan actual está hoy en día y la importancia de la vacunación tanto individualmente como en el contexto sanitario.

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 objetivo y el fin de la vacunación no es otro que el de reducir la mortalidad y morbilidad de las enfermedades que se pueden prevenir a través de estas, en los niños menores de 5 años, mujeres en edad fértil y los grupos de riesgo. Debemos de promocionar y sensibilizar a la gente con este tema y que consigan ver la vital importancia de lograr una inmunización completa a lo largo de la vida.

Grosso modo y en lenguaje comprensible para la población no sanitaria, expresaremos que son medicamentos biológicos que, si los administramos a personas

que están sanas, estas activan y producen unos anticuerpos que de alguna manera actúan protegiéndole por si en un futuro tiene un contacto con ese agente infeccioso y así poder evitar la infección o la enfermedad.

Los padres tienden a la sobreprotección de sus hijos y sobre todo a intentar evitarles cualquier tipo de sufrimiento o dolor, pero en este caso cualquier llanto o posible pequeño dolor en la zona de la vacuna por parte del niño no es nada en comparación con las graves complicaciones y consecuencias que pueden llegar a derivar de las enfermedades que las vacunas previenen.

Como ya expusimos anteriormente no solo se administrarán a recién nacidos o niños, sino que también a personas adultas, ya sea para los refuerzos o por un determinado grupo de riesgo, como es el caso por ejemplo de la vacuna de la gripe que es fundamental en determinados grupos. Esta es totalmente gratuita y se administra en todos los centros de salud, los meses en los que se suele poner son entre octubre y noviembre, ya que es más probable contraer la enfermedad en esa época. Está especialmente dirigida a personas que tienen un alto riesgo de complicaciones en caso de llegar a padecerla.

Como pueden ser las personas mayores de 65 años, mujeres embarazadas, adultos y niños que padecen enfermedades crónicas u obesidad, personas que conviven con personas de alto riesgo, niños y adolescentes (de entre los 6 meses y los 18 años) que hayan recibido tratamiento con ácido acetilsalicílico durante un periodo largo de tiempo, personal de centro sanitario y social, así como personal en prácticas, trabajadores de servicios públicos esenciales como, policías, bomberos, ...

- Y este actualmente se da comienzo con la administración a bebés prematuros mayores de 6 meses y menores de 2 años.

Es demasiado transcendental en los niños respetar siempre el calendario obligatorio de la vacunación, ya que el no vacunarlos hace peligrar como hemos explicado, no solo su salud sino también la de toda la población. Si dejáramos de vacunar a los niños, las enfermedades que ya están controladas y que ya tenemos casi olvidadas volverían otra vez a resurgir y aunque son muy pocas las que tendrían índices de mortalidad sí que muchas conllevarían un peligro importante de padecer otras asociadas.

No se nos debe de olvidar que las vacunas son herramientas sanitarias que previenen enfermedades, y que establecen una de las medidas sanitarias que han originado más beneficio y que hoy en día siguen produciendo a las personas, nos previenen de enfermedades que antes nos podían causar grandes secuelas, epidemias e incluso la de llegar a la muerte. Con ellas hemos conseguido erradicar la viruela. El sarampión ha dejado de ser una problemática y los casos de difteria

han desaparecido, la tosferina, tétanos, hepatitis B y meningitis meningocócicas ya están controladas.

Si una cosa debemos de tener muy clara es que las vacunas nos aportan muchos beneficios, han conseguido salvar millones de vidas a lo largo de los años, muy poca gente se acuerda ya de la viruela la cual está erradicada hace muchos años o la rubeola y el sarampión ya eliminados de muchos países. Es importante protegerlos y la protección de las personas que nos rodean, ya que estar en contacto con mucha gente vacunada hace que las pocas personas que no lo están se sientan también protegidas, a esto se le conoce como la inmunidad comunitaria.

En la actualidad existen muchos padres que son reacios a vacunar a sus hijos, pero lo que no saben es que los riesgos de vacunarse siempre serán con diferencia inferiores a sus beneficios, con la vacuna ganamos protección y nos ahorramos de la enfermedad. Un evidente ejemplo fue el miedo a la vacuna triple vírica que comenzó por un artículo en una prestigiosa revista, esta llegó a sugerir una relación causa-efecto entre la vacuna y ciertos casos de autismo.

Años después se notificó como un fraude.

No se debe poner en duda a los expertos y su profesionalidad, todo lleva un gran proceso detrás y desde luego solo se administra la vacuna una vez que está haya pasado unos largos y cuidadosos análisis realizados por científicos, médicos y profesionales dedicados al cuidado de la salud.

Un niño vacunado es un niño sano, fuerte y con muchas ganas de aprender (UNICEF). Tras las vacunas en algunos casos pueden aparecer reacciones adversas como un pequeño eritema, un leve dolor en el área de la inyección, dolores musculares o incluso décimas de fiebre. Muy pocas veces se han presentado reacciones alérgicas de gravedad a alguno de sus componentes. La fiebre puede llegar en diversos momentos, según sea la vacuna administrada.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día somos conocedores de que ningún tipo de avance en medicina ha logrado salvar tantas vidas como lo hacen las vacunas, aunque hoy en día muchas son las personas todavía reacias para vacunar a sus hijos, ya sea por falsas creencias o por otro tipo de causas, el hecho es que, por la irresponsabilidad de estas personas, las enfermedades que ya creíamos erradicadas han vuelto otra vez a ser un problema en la sociedad. Es el caso del sarampión o la poliomielitis, son enfermedades muy poco frecuentes o ya casi inexistentes que están presentes en otras partes del mundo, pero, que nos seguimos vacunando porque no es difícil llegar a entrar en contacto con ellas, ya sea viajando al extranjero o cuando personas

que no han sido vacunadas vienen a nuestro país.

En el caso del sarampión hace unos años era casi una enfermedad erradicada, porque la cobertura vacunal es del 95 % estando a expensas el otro 5% expuesto de la protección que les brindan los vacunados, se hizo un seguimiento de esta enfermedad y se obtuvieron datos realmente alarmantes, vemos como en el 2004 se registraron 29 casos de sarampión, en el 2005 fueron 20 los casos. Pero ya en el año 2008 dio comienzo la moda o tendencia a la no vacunación y nos encontramos con 300 casos registrados, llegando en 2011 a más de 1300 casos, un dato a la par que alarmante muy preocupante.

Solo podemos suspender una vacuna contra un tipo de enfermedad, como es el caso de la viruela, si esta se ha eliminado por completo en todo el mundo.

Las vacunas más importantes para los niños son: hepatitis B, difteria, tétanos, tosferina, polio, meningococo C, neumococo, sarampión, la bacteria *Haemophilus influenza* tipo B, rubeola, paperas y el virus del papiloma humano (solo niñas).

Serían administradas a lo largo de su vida, aunque la gran mayoría serían en los primeros años de vida. Entre otras vacunas tenemos las no financiadas por el sistema nacional de salud (SNS), pero si recomendables, que serían el rotavirus, el meningococo B en lactantes y tosferina en adolescentes. La tetravalente anti-meningocócica se considera de recomendación individual en ciertas circunstancias.

6 Bibliografía

1. Medline[Internet].España:02 de Diciembre 2019.Informacion general sobre vacunas. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002024.htm>.
2. Riojasalud. Internet: Gobierno de la Rioja ,03 de Diciembre 2019.Servicio Riojano de salud,la importancia de las vacunas. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/>
3. OMS. Vacunas y enfermedades prevenibles mediante vacunación. En: Dr Gilles Poucherol and Dr Annelies WilderSmith. Viajes internacionales y salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad 2012.Madrid: Sanidad; 2012. PAG 111-188.
4. Asociación de enfermería comunitaria [internet].Valencia: Francisco Javier Pastor Gallardo; 2019. proyectoavatar. Disponible en: <http://proyectoavatar.enfermeriacomunitaria.org>
5. Kidshealth[Internet].DrNeil Izenberg;;1995[marzo 2019]. KidsHealth.org. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/fact-myth-immunizationsesp.html>.

Capítulo 18

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

MARÍA COMINO ROBLES

LAURA COMINO ROBLES

BEATRIZ HERAS CASTILLO

LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO

ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ

1 Introducción

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

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

2 Objetivos

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

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

3 Metodología

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

4 Resultados

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

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

.

5 Discusión-Conclusión

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

6 Bibliografía

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

Capítulo 19

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

MARÍA COMINO ROBLES

LAURA COMINO ROBLES

BEATRIZ HERAS CASTILLO

LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO

ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ

1 Introducción

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

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

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

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

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

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

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

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

4 Resultados

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

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

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

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

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

5 Discusión-Conclusión

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

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

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

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

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

6 Bibliografía

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

Capítulo 20

VALORACIÓN NUTRICIONAL EN ENFERMERÍA ANTE DIFERENTES PACIENTES

MARÍA COMINO ROBLES

LAURA COMINO ROBLES

BEATRIZ HERAS CASTILLO

LOURDES MARIA ÁLVAREZ BLANCO

ANA ISABEL CARVAJAL RODRIGUEZ

1 Introducción

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

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

Podemos valernos de varias herramientas a su vez para que la valoración sea completa, como son la historia clínica, la exploración corporal, valoración analítica y el estudio de la valoración corporal. Todas ellas pueden proporcionarnos una

visión más detallada de que tipo de carencias o no está sufriendo nuestro paciente.

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

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

2 Objetivos

Explicar e indicar en qué consiste la valoración del estado nutricional por parte de la unidad de enfermería para cada uno de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

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

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

- Historia clínica.

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

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

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

- Exploración física:

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

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

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

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

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

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

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

- Valoración analítica:

Determina las concentraciones en plasmas de los diferentes nutrientes.

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

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

Hidratos de carbono: los ítems que más se estudian para su valoración son la

glucemia basal y las determinaciones de galactosemia e insulina.

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

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

- Estudio de la composición corporal:

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

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

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

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

5 Discusión-Conclusión

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

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

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

6 Bibliografía

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

Capítulo 21

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

MARIA ESTER CABEZUELO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La donación de órganos es un proceso anónimo y desinteresado en el que se reemplaza un órgano o tejido enfermo o con mal funcionamiento por uno sano con el fin de mejorar la calidad de vida del receptor y con ello mejorar la calidad de vida del receptor, aumentando así su esperanza de vida. . . Además, ahorra recursos económicos para el sistema de salud a largo plazo. Hay muchas maneras diferentes de donar. Las donaciones por muerte encefálica, definidas como la pérdida total e irreversible de la función cerebral por causas conocidas, suponen el 90% de las donaciones realizadas en España. Otro método es la donación asistólica, que se utiliza para aquellos que fallecen por problemas circulatorios y/o respiratorios y que no sobreviven a la RCP. Además, no se desarrollan hasta la muerte cerebral, se decide retirar el dispositivo de soporte vital y no existen contraindicaciones médicas para la donación.

órganos y tejidos. En las últimas décadas, la técnica de extracción y trasplante de órganos ha crecido exponencialmente en España, convirtiéndose en líder mundial y referente en la materia. Los donantes de órganos requieren una atención muy minuciosa, que debe ser brindada por equipos multidisciplinarios en la unidad de cuidados intensivos. En estos equipos, la enfermera juega un papel

muy importante, pues es ella quien apoya directamente al paciente, al potencial donante ya su familia. Es él quien se encarga del mantenimiento, la hemodinámica y el comportamiento fisiológico de los órganos del paciente donante. Esta es una situación compleja y difícil, ya que implica un gran desgaste físico y psíquico. La atención brindada debe ser la misma que para cualquier otro paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel de la enfermería en el mantenimiento del paciente donante potencial en una Unidad de Cuidados Intensivos.

3 Metodología

Se ha realizado una estrategia de búsqueda y 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 que se diagnostica a un donante potencial a través de una serie de pruebas objetivas, se atiende al donante potencial.

La donación de órganos es una tarea compleja para los equipos que trabajan en la unidad de cuidados intensivos. En estos equipos, la enfermera juega un papel muy importante, ya que es ella quien es un apoyo directo tanto para los potenciales donantes de órganos como para sus familias. Por un lado, la enfermera brinda apoyo técnico adicional para prevenir y tratar las complicaciones que pueden presentarse en este tipo de pacientes (hemodinámicas, respiratorias, endocrinas, infecciosas). Por otro lado, brinda atención bioética, incluyendo intervenciones para cuidar a la familia del potencial donante, permanecer cerca, apoyarlos cuando lo necesiten y cuidar al paciente con dignidad y respeto. Es muy importante, después de reconocer la situación del paciente, realizar una entrevista con la familia, en la que se discuta la función del paciente y el pronóstico de vida. El propósito de esta entrevista es obtener el consentimiento para mantener las medidas de apoyo en la unidad de cuidados intensivos hasta que el paciente donante presente muerte cerebral o cuando se produzca el fallecimiento

por cualquier causa o proceso patológico. En este momento, se les pide que acepten donar para ayudar. Aquí es donde el coordinador de trasplantes juega un papel importante junto con el resto del equipo. Acompañar a un potencial donante está asociado a un cambio en la psicología del cuidado, ya que las intervenciones realizadas por la enfermera no tienen como objetivo restaurar al paciente sino preservar y regenerar órganos y tejidos. . Una de las principales funciones que deben desempeñar los equipos de especialistas, especialmente de enfermería, en estos casos es aclarar las dudas sobre el proceso de donación en un lenguaje claro, sencillo y directo, manteniendo la confidencialidad y el 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

Organización Nacional de Trasplantes. Trasplante [Sede Web]. Madrid: Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad;

SEMICYUC y ONT. Cuidados Intensivos orientados a la donación de órganos. Med Intensiva.

Cárdenas Cruz A. Tratado de Medicina Intensiva. 2º ed. Barcelona: Elsevier

Nieves Ureña C. Muerte encefálica: cuidados de enfermería en el mantenimiento del donante de órganos [Trabajo Fin de Máster] Oviedo: Universidad de Oviedo;

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].

De Tántillo L, González JM, Ortega J. Organ Donation After Circulatory Death and Before Death: Ethical Questions and Nursing Implications. Policy, Polit Nurs Pract.

Capítulo 22

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

MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO

1 Introducción

La Reanimación Postquirúrgica o Rea General es una Unidad de Hospitalización propia del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del dolor, con capacidad para la asistencia continuada de pacientes que requieren cuidados especializados después de una intervención quirúrgica que estén o puedan estar en estado crítico.

Es un Servicio con características propias:

- Atención continuada las 24 horas del día.
- Disponibilidad de recursos de tipo físico, material, administrativo y humano.
- Coordinación con el resto de los Servicios y Unidades del Hospital

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

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

2 Objetivos

Objetivo Principal:

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

3 Caso clínico

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

Cuidados generales para todos los pacientes:

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

Cuidados específicos:

Además de los cuidados generales:

En pacientes de cirugía vascular:

Carótidas: Exploración del paciente

- Escala de Glasgow, Tono y movimiento y Pupilómetro
- Exploración de pares craneales
- Exploración de la zona de intervención (Vigilar edemas, voz del paciente, preguntar si traga bien etc. para detectar posibles hemorragias)
- El paciente debe de tener girada la cabeza hacia el lado contrario de la intervención

- Toma de constantes cada hora durante las primeras horas

Aneurisma aórtico abdominal: Puede ser por femoral o abierto

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

En pacientes de cirugía neurológica:

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

En pacientes de Traumatología:

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

En pacientes de Cirugía General o Digestiva:

- En pacientes portadores del Sistema VAC de cierre de heridas por presión negativa, comprobar contenido de este y permeabilidad
 - Control de sangrados: vigilar apósitos y posibles hemorragias
 - Manejo de la ansiedad y apoyo emocional en pacientes intervenidos con colostomía
 - Monitorización continua de constantes (ProAQT, SWANZ-GANZ, PICO, BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN) y registro de constantes cada hora durante las primeras horas
 - Escala de Glasgow cuando despierten de la anestesia general para detectar posible daño neurológico después de la intervención.
- En pacientes de Otorrinolaringología:
- En pacientes con traqueotomía o intubados, se debe mantener la vía aérea permeable realizando aspiración de secreciones siempre que sea necesario, con la cama en semi-flower para evitar broncoaspiraciones.
 - Vigilar drenajes: cantidad y contenido de ellos y de sonda nasogástrica si el paciente es portador de ella.
 - Si el paciente tiene nutrición parenteral: Control y permeabilidad de la vía y cambio diario del equipo.

Complicaciones más habituales:

Desaturación: Saturación de O₂ por debajo de 88%.

Arritmias

Desadaptación al ventilador

Hemorragias

Hipotensión o Hipertensión arterial

Parada Cardiorrespiratoria

Bradicardia, taquicardia

Salida de tubos y drenajes

4 Discusión-Conclusión

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

5 Bibliografía

- 1- Álvarez Ramírez, J. M., Castro Ramírez, L., Gómez López, S. S., Ayala Tarazona, W. L. & Marín González, I. M. Cuidado de enfermería al paciente en la reanimación cardio-cerebro pulmonar
 - 2- Rosas, C., & NOEL, F. . Atención de enfermería en la reanimación cardiopulmonar básica en profesionales de enfermería. EsSalud
 - 3- . Casal Codesido JR, Vázquez Lima MJ. Reanimación cardiopulmonar extrahospitalaria: ¿dónde estamos?. Emergencias [online] [Recuperado 30 Nov 2022]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo>
- Rueda, E. A., Suárez, E., Gempeler, F. E., Torregrosa, L., Caballero, A., Bernal

Capítulo 23

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

MARÍA VANESA GONZÁLEZ MORENO

1 Introducción

Los métodos anticonceptivos pueden ser encomendados por un amplio grupo de profesionales sanitarios, entre los que destacan el facultativo de familia, y el enfermero o la matrona por su labor en asistencia en la atención primaria. Es importante marcar que la mayoría de los anticonceptivos son de venta libre en la farmacia y muchos de estos no entran en la seguridad social.

La elección del método anticonceptivo radica de las expectativas y las prioridades de la mujer y/o pareja, de los elementos además socioculturales que les rodean y de las particularidades específicas de cada contraceptivo.

Para ofertar un consejo anticonceptivo óptimo, es muy preciso que los profesionales sanitarios tengan habilidades comunicativas, que escuchen al usuario y sean capaces de lograr transmitir la información de modo conveniente, teniendo en consideración las necesidades y preferencias del usuario y siempre respetando la decisión final de la mujer y/o pareja.

Antes de prescribir o encomendar cualquier método anticonceptivo es forzoso y preciso efectuar una anamnesis y unas exploraciones básicas para así poder individualizar y adaptarse a cada caso. A continuación, especificaremos este proceso. En 1994 la Organización Mundial de la Salud publicó y transmitió un documento titulado “Mejorando el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar: Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos” que ya va por su cuarta edición y ha pasado a titularse “Criterios facultativos de elegibilidad para

el uso de anticonceptivos”. Este documento se creó a partir de las revisiones sistemáticas de la evidencia disponible con el fin de ser considerado, no una guía, si no una muy buena referencia para la comunidad científica y los organismos oficiales. Tras la ejecución de una anamnesis en profundidad y con la ayuda de este documento lograremos decidir con mayor seguridad el método anticonceptivo más conveniente y correcto para el usuario.

2 Objetivos

Exponer por parte del profesional enfermero, cuáles son las muestras para seguir para la mejor elección y apoyo al usuario del conveniente método de anticoncepción.

3 Metodología

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

4 Resultados

Anamnesis:

La historia clínica, que se efectuará en la primera visita, es el pilar principal en el que se asienta la encomienda de cualquier método anticonceptivo. Su objetivo es estar al tanto del momento de salud del usuario, así como la existencia de los posibles elementos de riesgo que puedan llegar a contraindicar algún método anticonceptivo.

Durante la anamnesis, es ineludible y debemos preguntar:

- La edad del usuario.
- Averiguar la existencia de embarazos anteriores y si deseara de embarazo en el futuro, así como otros antecedentes obstétricos y ginecológicos como dismenorrea, trastornos y alteraciones menstruales, sangrados anormales, prurito, leucorrea etc.
- Se deben valorar todos los elementos de riesgo cardiovascular, destacando el

índice de masa corporal, así como el consumo de tabaco, la tensión arterial elevada o las dislipemias.

- Se debe preguntar por los hábitos tóxicos, pues mujeres con un consumo elevado de alcohol u otras drogas que precisarán métodos que no dependan de su propio control.
- Valorar si habitualmente toma algún tipo de fármaco, sobre todo si son inductores enzimáticos que puedan interferir con la anticoncepción hormonal.
- Conocer si el/la usuario/a tiene una única pareja o por el contrario mantiene relaciones esporádicas con diferentes personas, pues se pone de manifiesto un riesgo mucho más elevado de contraer alguna patología de transmisión sexual.
- La anamnesis debe contener los antecedentes familiares sobre las patologías cardíacas, accidente cerebrovascular o un tromboembolismo venoso en familiares directos (como padres y hermanos), sobre todo si estos han acontecido antes de cumplir los 45 años, ya que podrían mostrar alguna alteración genética.
- Se debe descartar cualquier contraindicación que pueda llegar a existir para la utilización de cada contraceptivo. A lo largo de este módulo, veremos las contraindicaciones específicas para cada uno de los métodos.
- Por último, es importante por supuesto conocer las preferencias de la mujer y/o pareja por los diferentes métodos anticonceptivos disponibles en el mercado, sus experiencias personales si las ha habido, así como de su cultura o religión, que pueden ser a veces determinantes a la hora de escoger un método u otro.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia encomienda que durante la anamnesis se informe sobre:

- Eficacia e importancia del rigor en el cumplimiento y del uso continuado del método anticonceptivo.
- Sus riesgos, beneficios y contraindicaciones de cada método anticonceptivo.
- Tipos de los preparados y de sus vías de administración disponibles.
- Uso del correcto manejo del anticonceptivo.
- Efectos beneficiosos.
- Necesidad, si la hubiese, de visitas de seguimiento.
- Desmitificar siempre las falsas creencias.
- Efectos secundarios y de cómo proceder si se presenta alguno.
- Consejo de doble protección si estos son adolescentes o efectúan prácticas de riesgo.
- Facilitar un teléfono de contacto y un horario para consultas telefónicas.
- Aclarar siempre cualquier intranquilidad o duda que se les pueda presentar.

Exploración:

Habitualmente es suficiente por regla general con una exploración básica en la

que se envuelve la toma de la tensión arterial y el índice de masa corporal. Será tras la ejecución de una anamnesis conveniente, cuando decidiremos si es forzoso o no efectuar pruebas complementarias, como pueden ser las siguientes:

- Se debe hallar el índice de masa corporal (IMC), ya que los anticonceptivos hormonales combinados están contraindicados en los IMC muy elevados. Otros como el parche transdérmico por ejemplo pierde eficacia cuando el peso de la usuaria supera los 90 kg (Nivel de Evidencia C).
- Valorar la existencia de acné o hirsutismo.
- Efectuar exploración mamaria y genital, recomendable pero así no imprescindible. La exploración ginecológica debe hacerse siempre en el caso de que el método elegido sea un dispositivo intrauterino.
- En mujeres mayores de los 35 años que presenten ciertos elementos de riesgo para las patologías cardiovasculares se aconseja realizar determinación del perfil lipídico: triglicéridos, colesterol total, HDL, LDL, glucemia y perfil hepático.
- Si hay antecedentes familiares (en menores de los 45 años) o personales de tromboembolismo, para la utilización de anticoncepción hormonal se debe ejecutar, además, determinación de la antitrombina III, resistencia a la proteína C reactiva y déficit de proteína C y S. Es un requisito.
- La citología se efectuará dentro del protocolo determinado para la prevención de cáncer de cuello uterino, ya que no aporta información relevante para decretar el uso o no de los métodos anticonceptivos.
- Puede ser necesaria la realización de pruebas más específicas ante la presencia de alguna patología.

Seguimiento:

Actividades preventivas como la realización de la citología para la prevención de cáncer de cuello uterino o el examen mamario para la prevención de cáncer de mama, deben realizarse dentro de los programas de salud existentes, tanto a las mujeres que usen anticoncepción como aquellas que no usen ningún método.

Se pide una visita de control a los 3 meses y otra a los 6 meses de haber instaurado el uso del método anticonceptivo hormonal para mejorar la adherencia a este y resolver las dudas existentes. No son precisos controles específicos (Nivel de evidencia A).

5 Discusión-Conclusión

Destacaremos de la anamnesis y exploraciones que ante un usuario que solicite la prescripción o recomendación de algún método anticonceptivo, lo primero que debemos hacer es una historia clínica profunda y detallada para saber detec-

tar posibles contraindicaciones ante los determinados métodos anticonceptivos además de conocer las preferencias y conocimientos que el usuario tiene de estos. Es conveniente, también, la práctica de exploraciones básicas que incluyen la toma de la presión arterial, el peso y la talla (para conocer el índice de masa corporal). Será tras los hallazgos obtenidos en la anamnesis y en la exploración cuando decidiremos si es preciso o no realizar pruebas complementarias.

6 Bibliografía

1. Soriano Fernández Humberto, Rodenas García Lourdes, Moreno Escribano Dolores. Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos: Nuevas Recomendaciones. Rev Clin Med Fam [Internet]. 206-216. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000300009&lng=es.
2. Pérez Madrazo Karelia, Serrano Pérez Mailideleidy, Hernández Pérez Karelis, Fernández Borbón Hugo. Educación para la Salud y Acciones de Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional. Rev Cubana Enfermer ; 32(2): 218-225. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000200008&lng=es.
3. <https://revistamedica.com/papel-de-enfermeria-anticonceptivos-deemergencia/>.
4. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300016.

Capítulo 24

INFLUENCIA DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS SOBRE CONDUCTAS SALUDABLES EN LOS CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES

MARÍA DEL MAR FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

JUDIT CACHERO RODRIGUEZ

RUBÉN MARTÍN PAYO

1 Introducción

En el año 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la denominada “Carta de Ottawa” en la que se definió por primera vez el concepto de promoción de la salud “como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre la misma para poder mejorarla” (1). La promoción de la salud implica fomentar acciones que favorezcan los estilos de vida saludables, definidos por la OMS como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción de las características personales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (2). Según ello, el estilo de vida condiciona el estado de salud de las personas (3,4). Teniendo en cuenta los grandes cambios sociales, culturales y tecnológicos sufridos en los últimos años se debe tener en cuenta que estos modifican de forma continua los estilos de vida (5).

Además, no todas las personas ni todas las etapas de la vida se ven condicionadas de la misma forma por estos importantes cambios en los estilos de vida. Por ejemplo, durante la adolescencia es fundamental que se adquieran buenos hábitos, ya que, según Schneider et al. (6), aquellos que se alcanzan y mantienen en la adolescencia continuarán en la vida adulta.

Por tanto, desarrollar e implementar programas educativos que favorezcan los estilos de vida saludables desde edades tempranas es clave para la salud presente y futura de los menores (7).

Son varias las investigaciones en las que se han desarrollado intervenciones educativas para adolescentes centradas en la adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables relacionados, en su mayoría, con las conductas alimentación y actividad física (9-16). El importante aumento de las cifras de sobrepeso y obesidad en la población menor de edad y la tendencia, cada vez mayor, a la inactividad física y al sedentarismo, justifican que sean la alimentación y la actividad física las conductas motivo de estudio en la mayoría de las intervenciones educativas desarrolladas en los últimos tiempos.

En una sociedad altamente digitalizada como es la actual, es frecuente, que algunas intervenciones educativas se diseñen y desarrollen con recursos digitales e incluso sean implementadas haciendo uso de nuevas tecnologías (17-21).

Pese a que está documentada la importancia de la educación en la adquisición de hábitos de vida saludables (22), son escasas las investigaciones que analizan los beneficios, en cuanto a adquisición de conocimientos, que participar en una intervención educativa conductual tiene para el usuario (23-26).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Evaluar si una intervención educativa sobre alimentación, hidratación y actividad física mejora los conocimientos de los jugadores en relación a dichas conductas.

Objetivos secundarios:

- Analizar las respuestas de los jugadores a las preguntas formuladas.
- Estudiar el porcentaje de aciertos y errores por pregunta.
- Comparar los resultados por grupos, intervención y control.

3 Metodología

Participaron en el estudio jugadores de fútbol del Principado de Asturias (España) con edades comprendidas entre los 12 y 15 años. Formaron parte aquellos cuyos padres firmaron el consentimiento informado y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos. La muestra se dividió en dos grupos: intervención y control. Todos los participantes fueron codificados con un código alfanumérico compuesto por tres letras y tres números elegidos al azar. Dicho código fue comunicado a los menores y a sus familias.

Se consideraron como criterios de exclusión: inadecuada o no cumplimentación del cuestionario; ausencia a la sesión en la que se realizó la recogida de información y cumplimentación del cuestionario; solicitud de abandono por parte del representante legal o del propio jugador; no participación en la intervención educativa desarrollada.

Durante seis meses, los jugadores pertenecientes al grupo intervención participaron en una intervención educativa centrada en las conductas saludables alimentación, hidratación y actividad física.

La intervención educativa fue diseñada y desarrollada por personal sanitario (dos enfermeros y una fisioterapeuta). Además, en la elaboración y revisión del contenido relacionado con la alimentación y la hidratación participó un técnico en nutrición. En el diseño se incluyeron dos elementos: carteles y una web-app. Los carteles, relacionados con las conductas a estudio, fueron colocados en lugares estratégicos (zonas de paso y tableros de anuncios) para ser fácilmente visualizados por los menores. Se diseñaron 18 carteles, 6 por conducta, que se cambiaban con una periodicidad semanal. Otro de los elementos clave de la intervención educativa fue la web-app. Tenían acceso, a través de usuario y contraseña, los escolares y sus familias. En su diseño se tuvo en cuenta que fuese sencilla, de fácil navegación y con el contenido muy claro y adaptado a las necesidades de los escolares participantes y sus familias. El contenido, organizado en bloques (alimentación, hidratación y actividad física) se fue incorporando progresivamente. En la intervención desarrollada tuvieron un papel importante las familias, ya que, para el buen progreso de la intervención y crear un entorno social favorable, se necesitaba de su implicación y participación.

Para evaluar el nivel de conocimientos de todos los participantes, al finalizar la intervención educativa, se les entregó, en papel, una encuesta auto administrada de 15 preguntas, diseñada ad hoc (anexo 1). La encuesta contenía cinco preguntas por conducta (5 de alimentación, 5 de actividad física y 5 de hidratación), con cuatro opciones posibles de respuesta de la que solo una era verdadera. Las preguntas

contestadas de forma correcta sumaban un punto, las no contestadas o contestadas erróneamente ni sumaban ni restaban. La puntuación final, por conducta, se consideró como la suma total de aciertos (rango 0= menos conocimientos; 5= más conocimientos). En el mismo documento los jugadores debían introducir su código identificativo y su edad.

4 Resultados

La muestra estudiada quedó constituida por 276 jugadores con edades comprendidas entre los 12 y 15 años, siendo la edad media 13,13 años (DE=1,041). El 35,9% de los jugadores tenían 12 años, el 27,2% 13 años, el 24,6% 14 años y el 12,3% 15 años.

Los participantes fueron divididos en dos grupos, control (n=132) e intervención (n=144).

Teniendo en cuenta el global de participantes, en la tabla 1 se detallan, en porcentaje, las respuestas dadas a cada una de las preguntas planteadas. Se observa cómo, en todos los casos, el mayor porcentaje de respuesta corresponde a la opción correcta.

En la tabla 2 se muestra la frecuencia y el porcentaje de preguntas correctas e incorrectas para el global de participantes. En todas ellas, excepto en la pregunta 4 relacionada con la conducta alimentación, el mayor porcentaje de respuestas se corresponde con la pregunta correcta. El mayor porcentaje de respuestas correctas correspondió a la categoría actividad física con 67,38% de las respuestas válidas. La siguiente conducta con mayor número de respuestas correctas fue la hidratación, con un 61,58% y, por último, la alimentación con un 59,94% de respuestas válidas.

En el grupo intervención, en todas las preguntas planteadas, el porcentaje de preguntas correctas fue superior al de incorrectas. Sin embargo, en el grupo control se observaron diferencias. Solo en 6 de las 15 preguntas planteadas el porcentaje de aciertos fue superior al de errores (Tabla 3).

Se observan, por tanto, diferencias en cuanto a conocimientos en los jugadores que pertenecieron al grupo intervención. En cuatro de las cinco preguntas relacionadas con la conducta hidratación el porcentaje de respuestas incorrectas fue mayor. La segunda conducta con mayor número de errores fue la alimentación.

Tabla 1. Respuestas a las preguntas planteadas siendo la opción subrayada la correcta.

	Respuesta A (%)	Respuesta B (%)	Respuesta C (%)	Respuesta D (%)
Pregunta 1	2,9	<u>80,1</u>	12,7	4,3
Pregunta 2	21	10,5	14,5	<u>54</u>
Pregunta 3	<u>74,6</u>	11,2	12	2,2
Pregunta 4	33	<u>59,6</u>	25,7	0,7
Pregunta 5	30,4	14,1	5,1	<u>50,4</u>
Pregunta 6	<u>93,1</u>	0,7	2,9	3,3
Pregunta 7	28,3	12,3	4,7	<u>54,7</u>
Pregunta 8	21	14,1	13,8	<u>51,1</u>
Pregunta 9	<u>51,8</u>	4	28,3	15,9
Pregunta 10	12	13	17,8	<u>57,2</u>
Pregunta 11	<u>75</u>	7,2	10,5	7,2
Pregunta 12	25	4	17,4	<u>53,6</u>
Pregunta 13	1,1	3,3	<u>79</u>	16,7
Pregunta 14	10,5	21,4	8	<u>60,1</u>
Pregunta 15	<u>69,6</u>	13,8	13	3,6

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de respuestas correctas e incorrectas.

	Respuesta incorrecta		Respuesta correcta	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Pregunta 1	55	19,9	221	<u>80,1</u>
Pregunta 2	127	46	149	<u>54</u>
Pregunta 3	70	25,4	206	<u>74,6</u>
Pregunta 4	164	<u>59,6</u>	112	40,6
Pregunta 5	137	49,6	139	<u>50,4</u>
Pregunta 6	19	6,9	257	<u>93,1</u>
Pregunta 7	125	45,3	151	<u>54,7</u>
Pregunta 8	135	48,9	141	<u>51,1</u>
Pregunta 9	133	48,2	143	<u>51,8</u>
Pregunta 10	118	42,8	158	<u>57,2</u>
Pregunta 11	69	25	207	<u>75</u>
Pregunta 12	128	46,4	148	<u>53,6</u>
Pregunta 13	58	21	218	<u>79</u>
Pregunta 14	110	39,9	166	<u>60,1</u>
Pregunta 15	84	30,4	192	<u>69,6</u>

Tabla 3. Comparativa de respuestas correctas e incorrectas entre grupos.

Pregunta	Grupo intervención		Grupo control	
	Pregunta incorrecta n (%)	Pregunta correcta n (%)	Pregunta incorrecta n (%)	Pregunta correcta n (%)
1	21 (14,6)	<u>123 (85,4)</u>	34 (25,8)	<u>98 (74,2)</u>
2	53 (36,8)	<u>91 (63,2)</u>	74 (56,1)	<u>58 (43,9)</u>
3	35 (24,31)	<u>109 (75,69)</u>	33 (25)	<u>99 (75)</u>
4	62 (43,1)	<u>82 (56,9)</u>	<u>102 (77,3)</u>	30 (22,7)
5	54 (37,5)	<u>90 (62,5)</u>	<u>83 (62,9)</u>	49 (37,1)
6	9 (6,3)	<u>135 (93,8)</u>	10 (7,6)	<u>122 (92,4)</u>
7	48 (33,3)	<u>96 (66,7)</u>	<u>77 (58,3)</u>	55 (41,7)
8	54 (37,5)	<u>90 (62,5)</u>	<u>81 (61,4)</u>	51 (38,6)
9	60 (41,7)	<u>84 (58,3)</u>	<u>73 (55,3)</u>	59 (44,7)
10	47 (32,6)	<u>97 (67,4)</u>	<u>71 (53,8)</u>	61 (46,2)
11	32 (22,2)	<u>112 (77,8)</u>	37 (28)	<u>95 (72)</u>
12	54 (37,5)	<u>90 (62,5)</u>	<u>74 (56,1)</u>	58 (43,9)
13	29 (20,1)	<u>115 (79,9)</u>	29 (22)	<u>103 (78)</u>
14	38 (26,4)	<u>106 (73,6)</u>	<u>72 (54,5)</u>	60 (45,5)
15	38 (26,4)	<u>106 (73,6)</u>	46 (34,8)	<u>86 (65,2)</u>

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos dan respuesta a cada uno de los objetivos planteados en este estudio permitiendo afirmar que, quienes participaron en la intervención educativa, aumentaron sus conocimientos en relación a las conductas alimentación, hidratación y actividad física.

Es una justificación más que refuerza la imperiosa necesidad de desarrollar e implementar estrategias y programas de promoción de la salud desde edades tempranas centrados principalmente en las conductas alimentación y actividad física. Sin una correcta educación a la población y sin que esta maneje herramientas y disponga de los recursos suficientes para adquirir y mantener un estilo de vida saludable difícilmente se podrán disminuir las preocupantes cifras de sobrepeso y obesidad y se fomentará la práctica de actividad física.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [monografía en Internet]. Conferencia Internacional sobre la Pro-

- moción de la Salud: hacia un nuevo concepto de Salud Pública [monografía en Internet]. Ottawa (Ontario, Canadá): autor; 1986 [acceso 7 enero 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario [monografía en Internet]. Ginebra: autor; 1998 [acceso 7 enero 2023]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1
 3. Marqués Molías F, Cabezas Peña C, Camarelles Guillem F, Córdoba García R, Gómez Puente J, Muñoz Seco E et al. 2009. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Programa Actividades Preventivas y Promoción de la Salud PAPPS Actualización 2009 [monografía en Internet]. Barcelona: Grupo de Educación para la Salud. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia semFYC; 2009 [acceso 2 enero 2023]. Disponible en: <http://www.papps.es/upload/file/08%20PAPPS%20ACTUALIZACION%202009.pdf>
 4. Farhud DD. Impact of Lifestyle on Health. Iran J Public Health. 2015; 44(11):1442-4
 5. Ruiz E, Ávila JM, Castillo A, Valero T, del Pozo S, Rodriguez P et al. The ANIBES Study on Energy Balance in Spain: design, protocol and methodology. Nutrients. 2015; 7(2):970-98. doi:10.3390/nu7020970
 6. Schneider D. International trends in adolescent nutrition. Social Sci Medicin. 2000; 51(6):955-67
 7. Rodríguez Rojas YL, Argüello Gutiérrez YP. Programas de promoción y prevención para el abordaje de la obesidad infantil: revisión sistemática. Hacia Promoc Salud. 2014; 19(2):111-26
 8. Akar Sahingoz S, Dogan L. The implementation and evaluation of a nutrition education programme about Mediterranean diet for adolescents. Progress in Nutrition. 2019; 21(2):316-26. doi: 10.23751/pn.v21i2.7529
 9. Oliva Rodríguez R, Tous Romero M, Gil Barcenilla B, Longo Abril G, Pereira Cunill JL, García Luna JJ. Impacto de una intervención educativa breve a escolares sobre nutrición y hábitos saludables impartida por un profesional sanitario. Nutr Hosp. 2013; 28(5):1567-73. doi:10.3305/nh.2013.28.5.6746
 10. Martínez MI, Hernández MD, Ojeda M, Mena R, Alegre A, Alfonso JL. Desarrollo de un programa de educación nutricional y valoración del cambio de hábitos alimentarios saludables en una población de estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Nutr Hosp. 2009; 24(4):504-10
 11. Pérez López IJ, Tercedor Sánchez P, Delgado-Fernández M. Effects of school-based physical activity and nutrition programs in spanish adolescents: system-

- atic review. *Nutr Hosp.* 2015; 32(2):534-44. doi:10.3305/nh.2015.32.2.9144
12. Grace, J., Biggs, C., Naicker, A., & Moss, S. (2021). Effect of Physical Activity and Nutrition Education on Body Mass Index, Blood Pressure and Biochemical Variables in Overweight and Obese Adolescents. *Annals of global health*, 87(1), 9. <https://doi.org/10.5334/aogh.3147>
 13. Akar Sahingoz S, Dogan L. The implementation and evaluation of a nutrition education programme about Mediterranean diet for adolescents. *Progress in Nutrition.* 2019; 21(2):316-26. doi: 10.23751/pn.v21i2.7529
 14. González-Jiménez E, Cañadas GR, Lastra-Caro A, Cañadas-De la Fuente GA. Efectividad de una intervención educativa sobre nutrición y actividad física en una población de adolescentes. *Prevención de factores de riesgos endocrino-metabólicos y cardiovasculares. Aquichan.* 2014; 14(4): 549-59. doi: 10.5294/aqui.2014.14.4.9
 15. Guerra PH, da Silveira JA, Salvador EP. Physical activity and nutrition education at the school environment aimed at preventing childhood obesity: evidence from systematic reviews. *J Pediatr (Rio J).* 2016;92(1):15-23. doi:10.1016/j.jped.2015.06.005
 16. Chaudhary A, Sudzina F, Mikkelsen BE. Promoting Healthy Eating among Young People-A Review of the Evidence of the Impact of School-Based Interventions. *Nutrients.* 2020;12(9):2894. doi:10.3390/nu12092894
 17. Antwi F, Fazylova N, Garcon MC, Lopez L, Rubiano R, Slyer JT. The effectiveness of web-based programs on the reduction of childhood obesity in school-aged children: A systematic review. *JB Library of Systematic Reviews.*2012; 10(42):1-14
 18. Brazendale K, Beets MW, Weaver RG, et al. The application of mHealth to monitor implementation of best practices to support healthy eating and physical activity in afterschool programs. *Glob Health Promot.* 2020;27(1):33-40. doi:10.1177/1757975918768442
 19. Oh C, Carducci B, Vaivada T, Bhutta ZA. Digital Interventions for Universal Health Promotion in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Pediatrics.* 2022;149(Suppl 5):e2021053852H. doi:10.1542/peds.2021-053852H
 20. Andrew L, Barwood D, Boston J, Masek M, Bloomfield L, Devine A. Serious games for health promotion in adolescents - a systematic scoping review [published online ahead of print, 2022 Nov 4]. *Educ Inf Technol (Dordr).* 2022;1-32. doi:10.1007/s10639-022-11414-9
 21. Azevedo LB, Stephenson J, Ells L, et al. The effectiveness of e-health interventions for the treatment of overweight or obesity in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2022;23(2):e13373. doi:10.1111/obr.13373

22. Menor Rodríguez M, Aguilar Cordero M, Mur Villar N, Santana Mur C. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención en salud. Revisión sistemática. *Medisur*. 2017; 15(1):71-84
23. Mattson RE, Burns RD, Brusseau TA, Metos JM, Jordan KC. Comprehensive School Physical Activity Programming and Health Behavior Knowledge. *Front Public Health*. 2020;8:321. Published 2020 Jul 24. doi:10.3389/fpubh.2020.00321
24. Yahia N, Wang D, Rapley M, Dey R. Assessment of weight status, dietary habits and beliefs, physical activity, and nutritional knowledge among university students. *Perspect Public Health*. 2016;136(4):231-244. doi:10.1177/1757913915609945
25. Cruz-Bello P, Martínez-Garduño MD, Olivos-Rubio M, et al. Mejora del conocimiento y conducta alimentaria de los adolescentes con una intervención educativa basada en orientación alimentaria. *Rev Enferm IMSS*. 2018;26(4):248-255.
26. Oliva Rodríguez Rosario, Tous Romero María, Gil Barcenilla Begoña, Longo Abril Guadalupe, Pereira Cunill José Luis, García Luna Pedro Pablo. Impacto de una intervención educativa breve a escolares sobre nutrición y hábitos saludables impartida por un profesional sanitario. *Nutr. Hosp*. 2013; 28(5): 1567-1573. doi: 10.3305/nh.2013.28.5.6746.

Capítulo 25

CONOCIENDO LA VIOLENCIA

MARIA NATIVIDAD ALLER ESCALANTE

1 Introducción

¿Qué es la violencia? Conocemos la violencia como el uso de manera intencionada e inmoderada tanto de la fuerza bruta y física, como el poder o la amenaza que pueda haber contra uno mismo, una persona o contra un grupo o comunidad, pudiendo tener como resultados tanto lesiones como daño psicológico... llegando incluso, en el peor de los casos, la muerte. La violencia es algo que no solo se limita a los seres humanos, sino que también puede ser aplicado a los animales, las plantas, etc.

La violencia tiene enormes consecuencias en el ámbito social y en la salud. La violencia provoca muchas muertes de manera diaria, particularmente, en el caso de hombres jóvenes y niños. Además de este índice de muertes, existe un alto número de hombres, mujeres, niños y niñas que sufren lesiones, discapacidad o problemas de salud como resultado de la violencia a la que han sido expuestos. La exposición a la violencia puede aumentar el riesgo de fumar, consumir alcohol o incluso uso de drogas en el día a día ; pueden llegar a sufrir enfermedades mentales o tendencia al suicidio; así como enfermedades crónicas como enfermedades del corazón, diabetes o cáncer; enfermedades infecciosas como el VIH y problemas sociales como el crimen o más violencia.

2 Objetivos

Entender qué es la violencia, conocer los diferentes tipos y poder disponer de unas medidas preventivas que ayuden a disminuir el elevado número de casos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Se deberían mencionar los tipos de violencia existentes, al menos la mayor cantidad posible de ellos, conocer en que consisten y así poder identificarlos en ante una posible situación de violencia, algunos de estos tipos de violencia son:

- Violencia física. Este tipo de violencia es la forma más evidente y conocida. Esta puede llegar a ocasionar daños físicos y puede suponer un riesgo de vida, aun siendo muy evidente, en ocasiones no llega a dejar huellas visibles.
- Violencia psicológica. Este tipo de violencia es una de las formas más difíciles de llegar a detectar. Los daños que puede llegar a ocasionar son a nivel psicológico o emocional. Siempre es de manera intencionada y esta se manifiesta mediante agresiones verbales. Puede llegar a ser emitida por una o varias personas.
- Violencia sexual. Como su nombre indica, va relacionado con el ámbito sexual. Este tipo de violencia puede ir desde comentarios e insinuaciones no deseados hasta el puro acto sexual no consentido, siendo este una agresión física. En la mayoría de los casos las víctimas suelen ser mujeres las cuales han sufrido una agresión por parte de hombres.
- Violencia económica y patrimonial. Este tipo de violencia afecta primeramente a los bienes de la víctima, si se sostiene en el tiempo puede llegar a derivar en otros tipos de violencia: física, sexual... su manifiesto se identifica con la sustracción, transformación, destrucción o restricción de los bienes de la víctima, con el fin de controlar a esta evitando así que realice actividades de manera independiente y amenazando así su integridad. Sería muy interesante conocer que durante el año, unas 470.000 personas son víctimas de homicidio, de los cuales un elevado 38% de los casos son mujeres que han sido asesinadas por sus parejas íntimas, incluso es importante saber que 1 de cada 3 mujeres han sufrido algún acto de violencia física y/o sexual, normalmente llevado a cabo por sus parejas sexuales de los cuales hemos podido destacar lo siguiente: lo más importante para prevenir cualquier tipo de violencia se podría llevar a cabo cuatro sencillos pasos los cuales son los siguientes:

- definir e identificar el problema.
- identificar las causas y los factores de riesgo que este tiene.
- diseñar y evaluar los tipos de intervención.
- incrementar en escala las intervenciones y así poder hacer uso de las que sean más efectivas siempre debemos de atender a la violencia, para poder asegurar la salud y el bienestar de cualquier ciudadano.

5 Discusión-Conclusión

¿Cómo podemos prevenir la violencia?

Primero deberíamos diferenciar la violencia de la agresividad, ya que son conceptos diferentes aunque estos suelen empatar como sinónimos. La agresividad hay que verla como un rasgo biológico propio del ser humano, algo innato y que suele ser empleado como método de supervivencia.

En cambio, la violencia es el resultado de la evolución, donde el individuo va moldeando desde el inicio mediante el aprendizaje y hábitos violentos. Hay que destacar que la violencia no es una enfermedad, lo cual indica que para revertirlo o solucionar el problema es necesario hacer un cambio tanto cultural como educativo.

La reducción de los factores de riesgo es una buena manera de prevenir este problema, desde suprimir el alcoholismo, la drogadicción, el uso de armas de fuego, la desigualdad tanto económica como de género, etc. La prevención puede ser llevada a cabo mediante acciones por parte del estado, tanto políticas sociales y económicas, medidas en la salud y medidas de contención; fomentando una educación que incluya programas escolares de prevención que garanticen el respeto, la igualdad, el vernos a todos como iguales y aminorar así aquellos factores que en un futuro puedan llegar a ser factores de riesgo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 26

TIPOLOGÍAS DE ENEMA O IRRIGACIONES DE EVACUACIÓN Y SU APLICACIÓN POR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ

MÓNICA ROMÁN LUNA

SANDRA PABLO VÁZQUEZ

MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ

RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGO

1 Introducción

El uso de enema o irrigaciones en la esfera hospitalario es una práctica muy frecuente y habitual. Limpiar y vaciar el intestino con la administración de lavativas o enema o irrigaciones ayuda al afectado a poder defecar de manera más rápida cuando se está constipado o lo que es lo mismo estreñido, sabemos cuándo se está constipado cuando lleva varios días sin ir al baño y no hacer defecaciones, pero cuando ya lleva más de tres veces sin ir al baño, nos indica que esta persona esta constipada, o bien por motivo de salud o por constipación crónica, el afectado siempre debe de soportar el sobreesfuerzo para defecar en más del 30 % del

total de las defecaciones que acometa, las heces son de consistencia muy dura, sin residuo de agua es decir, seca o con forma de una bola y esta constante la sensación de querer ir al baño asiduamente. Los enema o irrigaciones se administran por regla general para fines terapéuticos y el personal sanitario encargado de administrarlo es el Técnico en cuidados Auxiliares de Enfermería.

Existen diversas tipologías de enema o irrigaciones según a la finalidad o resultado al que se quiera destinar y el fin que se pretenda buscar, los más manejados son los enema o irrigaciones considerados de evacuación o de limpieza, en los cuales, no se debe retener por más de 5 minutos, la solución en el recto, sino que al cabo de esos 5 minutos de administrarlo el afectado deberá de expulsar la solución junto con materias fecales, gases, etc. y con ellos se busca la limpieza y vaciado del intestino.

Hay muchas tipologías de irrigaciones o enema o irrigaciones no solo se dispone de los de limpieza o evacuante se utilizan como hemos expuesto anteriormente también son el Enema o irrigación Carminativo para la expulsión de gases, enema o irrigación antiséptico, enema o irrigación de Murphy, enema o irrigación emoliente, antihelmíntico, enema o irrigación oleoso, etc....

Los enema o irrigaciones se deben de prescribir siempre por un médico.

2 Objetivos

Conocer varias tipologías de lavativas y enema o irrigaciones, su uso y las técnicas por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería para administrarlos sin ocasionar ningún daño.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de administración y se han utilizado palabras clave como: administración enema o irrigaciones, afectado, prescripción médica, cuidados, Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería, etc.

4 Resultados

Se entiende por enema o irrigación la introducción o instilación de una solución acuosa en un principio, (estaríamos hablando de los enema o irrigaciones más

utilizados y básicos, por decirlo de alguna manera), en la parte inferior del recto o en el colon descendente, según la finalidad que se quiera conseguir.

El término enema o irrigación asimismo nombra la herramienta que es manejada para ejecutar el procedimiento, o incluso el acto de introducir una solución acuosa en el cuerpo. Por lo tanto, un enema o irrigación es una solución que se introduce o instila en el recto y el colon sigmoide a través y mediante de una cánula para obtener un fin específico a través del ano.

El uso de enema o irrigaciones en la esfera hospitalario es un método muy esgrimido, a la par que frecuente y habitual.

Hay varias tipologías de enema o irrigaciones según para que fin se empleen, los más usados son los enema o irrigaciones para poder limpiar bien el intestino ,no se retiene la solución en el recto, sino que al cabo de unos minutos de administrarlo el afectado expulsa la solución junto con materias fecales, gases, etc. y con ellos se busca la limpieza del intestino.

Para llevar a cabo la maniobra del enema o irrigación se tienen que seguir unas pautas, en el que se deben observar varios elementos:

-Posicionamiento del afectado: se debe de colocar al afectado en decúbito lateral izquierdo con la rodilla flexionada (una posición de Sims).

La temperatura del enema o irrigación: a la hora de administrarlo e introducirlo, el líquido debe estar entre los 37 °C y los 40° °C, jamás por encima de los 41 °C, puesto que puede causar lesiones en la mucosa intestinal.

Cabe decir que los enema o irrigaciones comerciales los cuales ya vienen preparados, estos se administran directamente a través y mediante de una cánula lubricada meramente comprimiendo el envase.

Siempre se debe de registrar en la gráfica del afectado tanto la cantidad de solución que se le introdujo o administro y sé esa práctica este fue un enema o irrigación efectivo o no.

5 Discusión-Conclusión

Los Técnicos en cuidados Auxiliares de Enfermería contribuyen ejecutivamente en la preparación y en la administración de los enema o irrigaciones, colaborando con el conocimiento científico y práctico en la aplicación de la técnica conveniente. Por ello, deben estar en continua actualización constantemente en la metodología de administración de enema o irrigaciones al afectado que está constipado, puesto que esgrimir un procedimiento correcto con el afectado hace que se obtenga un resultado satisfactorio. Es mejor que los enema o irrigaciones se manejen para tratamiento principal destinado a la constipación.

Además, en afectados es importante decir que en afectados de trastornos gastrointestinales como diarrea, dolor abdominal, con cirugía intestinal reciente, con arritmias o reciente episodio de infarto de miocardio, la administración de enema o irrigaciones puede estimular el nervio vago y llegar a desencadenar bradicardias, estos estarían completamente contraindicados, como técnico en cuidados de enfermería solemos tener a cargo estas técnicas, pero está en nuestro juicio de que en el mínimo inconveniente o duda que se tenga respecto a la técnica o a la situación del afectado, de que algo pueda salir mal, se deberá informar al personal de enfermería para que sean ellos los que lo administren.

6 Bibliografía

1. Esteve, J. Y Mitjans, J. Enfermería Técnica Clínica. McGraw-Hill Interamericana. 2002. Pag 487-490.
2. Luis M.T., Giménez A., Sondaje rectal. Revista Metas de enfermería N° 36. Junio 2001. Pag 36-37.
3. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba 2001.
4. Manual de procedimientos de enfermería. Hospital de Basurto. Bilbao 2001
5. - CEP. Enema o irrigaciones: Preparación y realización de un enema o irrigación de limpieza a un afectado hospitalizado. Tipologías, manipulación. Madrid: Ed. CEP;
6. Fistera. Guías clínicas: Administración de un enema o irrigación de limpieza. Madrid : Editorial Elsevier

Capítulo 27

INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO DE NECESIDADES EN (ELA) ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MÓNICA ROMÁN LUNA

TEODORA MARTÍN GONZÁLEZ

SANDRA PABLO VÁZQUEZ

MARIA JESUS SÁNCHEZ SÁNCHEZ

RITA EVA GONZÁLEZ GALLEGO

1 Introducción

La esclerosis lateral amiotrófica, comúnmente y conocida por la población como ELA, es una patología y enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central, que se caracteriza por la muerte progresiva de las neuronas motoras (motoneuronas), tanto en las centrales como en las periféricas, originando, así pues, una rigidez y a consecuencia una atrofia muscular, que afecta a 3 de cada 100.000 habitantes. (1), (2).

Las motoneuronas son referenciadas como células nerviosas que se dilatan y expanden desde el cerebro hasta la médula espinal, como igualmente a todos y cada

uno de los músculos del cuerpo, encargadas y responsables de proporcionar comunicación entre el cerebro y los músculos voluntarios. (3)

Esta patología y enfermedad hace que las neuronas se degeneren, menoscaben o mueran dejando de enviar los necesarios mensajes a los músculos del cuerpo. A su vez, la musculatura, es incapaz de funcionar, ya que se debilitan y se degradan gradualmente causando un gran descontrol en el cerebro, perdiendo la habilidad de poder iniciar y controlar los citados movimientos voluntarios. (3)

Usualmente, los músculos bajo control voluntario se ven muy afectados y el afectado pierde y/o baja el nivel de destrezas como: el habla y lenguaje, deglución, e inclusive la respiración. (3)

Esta patología constituye un inmenso y gran problema para la salud de los que la sufren y soportan debido a su escasa prevalencia, su gravedad y por el importante sufrimiento del que está dotado tanto, así para los afectados como para sus asistentes, cuidadores y/o sus familiares. Se ve limitada exponencialmente su esperanza de vida, la capacidad tan invalidante y los problemas tanto emocionales como psicológicos que se forjan alrededor de la enfermedad, son aspectos que deben abordarse y manejarse mediante un diagnóstico temprano de la patología, puesto que la (CV) calidad de vida de los que la soportan se ve vulnerada.

2 Objetivos

Evaluar la calidad de vida de los afectados diagnosticados con patología de esclerosis lateral amiotrófica, comúnmente conocida y resumida como ELA, para determinar que recursos podrían usarse para mejorar la salud de los mismos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de una búsqueda activa de artículos en diferentes bases de datos con evidencia científica como Pubmed, Scopus o Cochrane sobre la calidad de vida de los afectados con esclerosis lateral amiotrófica (ELA).

4 Resultados

Frente a la (ELA) esclerosis lateral amiotrófica, la evidencia y las investigaciones nos muestran que cursa con una progresión lenta de la patología, la función mental y psicológica así como la salud física se mancomunan con niveles más altos

en referencia al bienestar emocional, acrecentando, así pues, la calidad de vida de los pacientes efectos .

Además, hay que tener en consideración que una rápida y correcta detección de la patología es indispensable y trascendental para lograr saber y evaluar los aspectos psicosociales y llegar a conseguir brindar una correcta, completa y conveniente atención global, a nivel multidisciplinaria y siempre adaptada a las necesidades individuales y particulares de cada afectado.

Cabe destacar que esta patología es considerada degenerativa y progresiva, y afecta tanto al estado psicológico así como al físico-funcional, como se ve asimismo un grado de menoscabo de la calidad de vida.

Por ello, es primordial y muy significativo detectar las prioritarias necesidades y requerimientos que no son satisfechos y las de apoyo, así como a su vez, acompañadas de estrategias para saber pautas y mecanismos y así poder lograr el afrontamiento de lo que le sucede, puesto que se debe de estar muy al tanto a la hora de prevenir los posibles trastornos de ánimo debido a que los afectados diagnosticados con (ELA) esclerosis lateral amiotrófica tienden a sufrir alteraciones y cuadros de ansiedad y/o depresión.

Así mismo, se ha verificado que logra suceder una cierta desigualdad de atención cuando llega su final de la vida en detrimento y comparación con otras patologías, y esto radica en que no todos los sujetos con afectación de esclerosis lateral amiotrófica llegan a ostentar los mismos signos y la misma sintomatología o modelos de progresión.

Hay que recalcar que los pacientes afectados con patología ELA soportan más episodios de manifestación en disnea, ansiedad y deriva en la demanda de nutrición artificial en sus últimos momentos y días y a estos afectos no se les da tanta importancia, por lo que hay que inculcar a los organismos y a los profesionales que se logre e instaure un ofrecimiento equitativo e igualitario al respecto de la atención en otras patologías terminales.

Así pues, se ha demostrado y registrado que el sexo, la edad, el tiempo que transcurre hasta hallar un diagnóstico, la existencia o no de un cuidador y la situación laboral o profesional en la que se hallan son unos condicionantes y variables indispensables para adecuarnos a un conveniente e individualizado plan dirigido especialmente para cada afectado, cabe decir que el establecimiento de un plan estará en continua modificación siempre concerniente a la etapa en que se encuentre o pase el afectado.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, se ha demostrado que la (ELA) esclerosis lateral amiotrófica, es una patología y enfermedad todavía muy desconocida que va inhibiendo y menoscabando a los que la soportan de sus funciones más básicas como son la condición física, o la simple tarea de deglutir alimentos (V.O) vía oral. Por eso se debe adaptar la vida de los pacientes afectados de ELA según la situación, etapa y/o el momento en la que se hallen.

Esta patología no se podría tratar ni llevar a cabo sin un equipo multidisciplinar, el cual, debe brindar un tratamiento proporcionado y conveniente, donde se tenga en consideración y se aplique el modelo biopsicosocial.

Se debe hacer hincapié en la ejecución y planificación de nuevos estudios de investigación, para lograr conocer a mayor profundidad los orígenes de esta enfermedad patológica y métodos alternativos a esgrimir para poder mejorar la calidad de vida siempre concerniente con la salud de afectados con esclerosis lateral amiotrófica.

6 Bibliografía

1. Guide for the care of amyotrophic lateral sclerosis (ALS) in Spain HEALTH 2009 MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL POLICY [Internet]. Gob.es. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/do cs/esclerosisLA.pdf>
2. Descriptive epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis – SID [Internet]. Usal.es. Disponible en: <https://sid-inico.usal.es/articulo/epidemiologia-descriptiva-de-la-esclerosis-lateral-amiotrofica/>
3. Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) [Internet]. Nih.gov. Disponible en: <https://espanol.ninds.nih.gov/es/trastornos/forma-larga/esclerosis-lateral-amiotrofica-la>
4. Carmen Zabala Baños M, Lorca MM, Fragoso AS, Martín OL, González JG, Ayuso

Capítulo 28

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

LUCÍA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

SARA FARPÓN MARTÍNEZ

ANDREA FERNANDEZ FRAIZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones de la piel y los tejidos subyacentes que aparecen por ejercer presión o fricción entre dos planos duros y la degeneración rápida de los tejidos.

Normalmente se forman en zonas donde los huesos están más cerca de la piel, como en los tobillos, las caderas, los talones...

Las personas con mayor riesgo de padecerlas son las que están grandes periodos de tiempo inmóviles o limitadas para cambiar de posición.

Los pasos de formación de la úlcera son los siguientes:

- 1.La presión sobre una prominencia ósea y un plano duro.
- 2.La disminución del riego sanguíneo en esa zona.
- 3.La oxigenación y los nutrientes son deficitarios en los tejidos.
- 4.El sufrimiento de los tejidos,la isquemia.
- 5.La ulceración.
- 6.La necrosis con alteraciones degenerativas, puede llegar a destruir los músculos, los huesos, los vasos sanguíneos y la fascia.

Los signos del desarrollo de una úlcera serían: eritema que palidece a la presión y la piel con temperatura elevada, flictenas o ampollas, edema, la maceración de

la piel por el contacto con sudor, orina... la coloración azulada o negra de la piel con la aparición de la escara.

Se deben de realizar una serie de cuidados preventivos para evitar la aparición de estas lesiones. Se debe hacer una movilización del paciente, en los pacientes que están mucho tiempo sentados debe ser cada media hora, y en encamados cada dos o tres horas. Se debe evitar el contacto entre las prominencias óseas, usando dispositivos que disminuyen la presión, como almohadas, colchones antiescaras... y a la hora de mover al paciente se tiene que evitar el arrastre.

Debe revisarse la piel al menos una vez al día y mantenerla seca y limpia, usando jabones que no irriten y aplicando cremas hidratantes que se absorban completamente evitando la sequedad de la piel.

Es muy importante también evitar la humedad de la orina, las heces... limpiándolo muy bien y secándolo con golpecitos, nunca se debe hacer frotando. Para controlar la incontinencia se usarán pañales, colectores, sondas...

Las úlceras por presión tienen gran variedad de tratamientos. Las úlceras que están más avanzadas se curan lentamente, por lo cual lo mejor es el tratamiento por anticipado.

2 Objetivos

- Conocer que son las úlceras por presión.
- Saber las causas.
- Entender los factores de riesgo y los peligros que representan.
- Intentar disminuir los casos de estas lesiones.

3 Metodología

En la realización de este capítulo se ha hecho una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

También se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros. Consultando también artículos ya revisados en las siguientes páginas: Revista Médica, CUN, Mayoclinic y Medlineplus.

4 Resultados

A día de hoy es un problema importante de salud que aunque su prevención no sea considerada una prioridad y a pesar de que afecta principalmente a las per-

sonas mayores, también hay que ser conscientes de su impacto en los pacientes más jóvenes.

Es importante conocer el grado de las úlceras por presión para controlarlas y ponerlas en tratamiento, los grados son los siguientes:

- Grado I: se caracteriza por un eritema cutáneo en el que se puede notar un ligero enrojecimiento.
- Grado II : es la pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Pueden aparecer ampollas.
- Grado III: es la pérdida total del grosor de la piel que conlleva necrosis o lesión del tejido subcutáneo.
- Grado IV: es la pérdida total de la piel y puede provocar necrosis del tejido o lesión en el músculo, hueso, tejido cartilaginoso...

En las personas con riesgo de padecer este tipo de lesiones, la educación y los cuidados de enfermería son un elemento clave para la calidad de vida de estos pacientes. Por lo que la prevención se vuelve un elemento fundamental, y se deberán seguir las medidas preventivas citadas anteriormente.

Poco a poco se irá creando una cultura de calidad en la cual la participación de los profesionales, los pacientes y las instituciones es muy importante, teniendo en cuenta siempre las preferencias personales y las necesidades independientes de cada paciente.

Así que el conocimiento, las aptitudes y habilidades de los trabajadores puede ir mejorando a lo largo del tiempo gracias a la experiencia y la formación. Y así se obtendrán mejores resultados en la prevención y tratamiento de este problema, centrados en disminuir o eliminar la aparición de las úlceras por presión.

5 Discusión-Conclusión

Una forma correcta para el control de las úlceras por presión sería la realización de un plan de cuidados estándar que sea válido para los profesionales en la prevención y el tratamiento de estas lesiones y que se revise al menos una vez al año para asegurar la eficacia de este sistema. Tampoco se puede olvidar la evaluación, ya que es importante para valorar si las cifras de úlceras por presión mejoran o se están manteniendo.

Promover la formación del personal en el uso de técnicas de valoración, prevención y tratamiento e intentar conseguir así una mejor calidad de vida y la mejora de los cuidados, es algo a lo que es posible conseguir si se trabaja en equipo y con un objetivo común que es el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bed-sores/symptoms-causes/syc-20355893>

<https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>

<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/ulceras-presion>

<https://revistamedica.com/prevencion-ulceras-por-presion-riesgo/amp/#RESULTADOS>

Capítulo 29

INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO DEL INFARTO CEREBRAL O ACCIDENTE CEREBROVASCULAR 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

El accidente cerebrovascular es un suceso el cual deriva en una patología cerebrovascular que se ocasiona por la disminución u obstrucción del correcto flujo sanguíneo, es decir, que la sangre no llega al cerebro en la cantidad correcta y necesaria, lo que tiene como efecto que las células nerviosas no reciben ni reciben oxígeno. Esto provoca que partes y áreas de nuestro cerebro concernientes con la planificación, el movimiento o el olfato y la visión dejen de funcionar.

Cuando un sujeto sufre un accidente cerebrovascular es vital identificarlo cuanto antes y darle solución en la mayor prontitud posible, por ello, surge el código accidente cerebrovascular, ya que es considerado una estrategia y sistema que tiene como finalidad el salvar vidas. Los primeros síntomas que surgen y hay que observar son: asimetría facial, derivación en el brazo y alteración en el habla.

Las secuelas en un porcentaje de un 30 % de estos sucesos logran ser parálisis, complicaciones de equilibrio, trastornos y alteraciones del habla, tanto para comprender como para lograr emitir palabras y además diversos problemas cognitivos. Aproximadamente el 60 % de los individuos que lo soportan son dependientes. Ya que consiste en una patología que logra provocar severas consecuencias.

En este estudio conoceremos cómo puede ayudar el profesional técnico en cuidados auxiliares de enfermería a estos enfermos, ya que esta patología es repentina, lo que provoca una especie de “shock” brusco en quien lo sufre y sus consecuencias y secuelas que en ocasiones les cambia su vida por completo.

2 Objetivos

- Conocer el importante papel que acomete el técnico en cuidados auxiliares de enfermería hacia los pacientes con accidente cerebrovascular.
- Exponer los tipos de accidente cerebrovascular que existen, sus secuelas y consecuencias.

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, además el buscador Google.

4 Resultados

Las principales funciones y competencias del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en esta unidad son:

- Localizar a un familiar o tutor responsable, ubicarlo en la sala dedicada a la

información y avisar, para facilitar y hallar la obtención del consentimiento informado en caso preciso y necesario.

- Advertir al servicio de laboratorio de la premisa de disponer a la mayor celeridad los resultados de las pruebas ya que los volantes irán identificados como “código accidente cerebrovascular”.
- se procede a la higiene si fuera preciso de los afectados.
- Controlar la llegada de los resultados y supervisar que el tiempo sea inferior a veinte minutos.
- Solicitar mientras tanto la historia clínica al archivo.
- Ayudaran en la alimentación si fuera necesario del enfermo.
- Moverán a los enfermos que sean dependientes para evitar la aparición de úlceras.
- Ayudará al personal enfermero en la elaboración del protocolo.

El accidente cerebrovascular es conocido a su vez comúnmente como infarto cerebral y se da cuando se ocasiona una rotura y/o se obstruye un vaso sanguíneo comprimiendo el flujo de sangre que se transporta al cerebro. Algunas de las pruebas que se ejecutan para saber in situ, si es un accidente cerebrovascular es preguntar al afectado si puede sonreír, si observamos que puede repetir una frase, si puede o logra levantar el brazo, etc.

Existen 2 tipos:

- Tipo Isquémico: este se ocasiona cuando la circulación de una parte del cerebro se ve interrumpida debido a una obstrucción de un vaso sanguíneo (habitualmente es por la movilización de un coágulo de sangre o de un trombo).
- Hemorrágico: este accidente cerebrovascular se debe como citamos con anterioridad a una rotura de un vaso sanguíneo, consiguiendo impedir la circulación habitual de la sangre y consiguiendo que esta salga “inundando” parte o áreas del cerebro.

El individuo que sufre un Accidente cerebrovascular, en la gran mayoría de las ocasiones demandara rehabilitación, donde el papel del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería ostentara una gran importancia, ya que este ayudará al profesional fisioterapeuta en lo que se le requiera, pero también acometerá con el enfermo movimientos que le favorezcan en su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la Unidad destinada a los accidentes cerebrovascular consiste en aportar la ayuda demandada

por el enfermo para poder cubrir sus necesidades más básicas como son: aseo, alimentación, controlar sus estados de ánimo, cambios posturales, etc.

Cuando un individuo sufre un accidente cerebrovascular es vital identificarlo y darle solución lo antes posible, de ahí surge el código accidente cerebrovascular que tiene como finalidad eliminar la sospecha y establecer un pronto diagnóstico. El profesional sanitario conocerá las fases que se cumplen dentro del código de accidente cerebrovascular y con eso reducirá también el tiempo de actuación.

Los síntomas más comunes y habituales que se presentan en el individuo que está sufriendo un accidente cerebrovascular son: intenso dolor de cabeza, desequilibrio, mareos, confusión, debilidad muscular y alteración en la visión.

6 Bibliografía

1. [https://www.fundacionfass.org/general/como-detectar-un-accidente cerebrovascular-y-maneras-de-prevenirlo/?gclid=EAIaIQobChMItpaz-aOq-AIV0-d3Ch283AhHEAAYASAAEgKq2vD_BwE](https://www.fundacionfass.org/general/como-detectar-un-accidente-cerebrovascular-y-maneras-de-prevenirlo/?gclid=EAIaIQobChMItpaz-aOq-AIV0-d3Ch283AhHEAAYASAAEgKq2vD_BwE).
2. www.revistamedica.com
3. www.scielo.org.

Capítulo 30

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES

LAURA GARCIA NICOLAS

FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO

ANA EVA ORTIZ MARTINEZ

ASCENSION DEL OLMO MARIN

GEMA ORTEGA SÁNCHEZ

1 Introducción

Para realizar una movilización correcta hay que conocer las distintas posiciones anatómicas, así como conocer que técnica es la más apropiada dependiendo de las dolencias de los pacientes.

Hay que evitar una serie de posturas incorrectas como son:

- Evitar los brazos pegados al cuerpo.
- Evitar tanto la flexión como la extensión excesiva de la cabeza.
- Evitar la flexión plantar del pie.
- Evitar la extensión de las rodillas.
- Evitar toda rotación externa de cadera.

Estas posturas además de evitar que aparezcan úlceras por presión, tiene más beneficios para el paciente encamado tanto físicos, emocionales y biológicos como por ejemplo: favorece el riego sanguíneo y son imprescindibles para mantener una adecuada higiene.

Para realizar el movimiento, es aconsejable el mayor número de colaboradores, aumentando en función de la gravedad del paciente generalmente lo realizan el técnico en cuidados auxiliares de enfermería junto con el celador. Se debe de realizar movilizaciones cada 2 o 3 horas a pacientes encamados o con dificultades para realizar movimientos activos.

Por último, hay que respetar siempre la alineación corporal y sobre todo proteger las partes que son catalogadas de más sensibles o susceptibles de lesionarse. El ritmo y característica de los cambios posturales se pautan en función de los cuidados de cada paciente.

2 Objetivos

Describir la importancia de los cambios posturales en el paciente encamado, así como las principales posiciones anatómicas básicas.

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 diferentes páginas de internet, PubMed, Google académico.

4 Resultados

La movilización de los pacientes encamados hay que realizar los cambios posturales cada 2-3 horas e informar al paciente de lo que se va a hacer, buscando su colaboración en la medida de lo posible. Además hay que procurar la máxima intimidad posible para el paciente así como conocer su estado de salud.

Estas son las distintas posiciones anatómicas básicas que debe conocer el técnico en cuidados auxiliares de enfermería:

1- Decúbito supino (o decúbito dorsal): en esta posición se trata de estar acostado sobre su espalda boca arriba, con los brazos y las piernas ligeramente extendidas.

Suele ser utilizado en pacientes politraumatizados para que el alinear la columna vertebral.

2- Decúbito lateral derecho e izquierdo: en esta posición se coloca al paciente en el lateral de la cama contrario al lado del decúbito que se pretende poner. Se colocará una almohada en la espalda del paciente para mantener la correcta alineación de la columna.

3- Decúbito prono o ventral: en esta postura el paciente se coloca situado con su cuerpo boca abajo, el cuello girado y los brazos extendidos pegados al tronco.

4- Semifowler: en esta postura el paciente se encuentra en posición semisentada, formando un ángulo de 30 grados respecto al eje horizontal. Se usa para pacientes con problemas respiratorios, o circulatorios.

5- Fowler: esta posición es la misma que la semifowler, pero con el ángulo de 45 grados y se indica para cardiopatías, fracturas inferiores, problemas respiratorios.

6- Trendelemburg: En esta posición el paciente se encuentra situado en decúbito supino, pero inclinado a 45 grados y siempre la cabeza más baja que los pies.

Para ayudar a movilizar a un paciente con movilidad reducida se pueden usar: las almohadas, los transfer, las sábanas, grúas y arneses.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante conocer todas las diferentes posiciones anatómicas para colocar al paciente cómodamente y sin provocar nuevas lesiones.

Para evitar que una mala maniobra le pueda ocasionar al paciente algún tipo de lesión como pueden ser hernias discales o esguinces. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería siempre debe realizar el mínimo esfuerzo, es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería no actúe solo, sino para levantar al paciente es necesario la asistencia de 2, 3, o 4 personas.

Para finalizar el objetivo de los cambios posturales es procurar que en el paciente encamado le aparezcan úlceras por presión, beneficiando el tono muscular, la circulación y la respiración.

6 Bibliografía

Sebastián. Blog de ortopedia Inse [Internet]. Blogspot.com. [citado el 7 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://ortopediainse.blogspot.com/2015/07/paraque-sirven-los-cambios-posturales.html>.

Capítulo 31

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PROCESO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

LAURA GARCIA NICOLAS

FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO

ANA EVA ORTIZ MARTINEZ

ASCENSION DEL OLMO MARIN

GEMA ORTEGA SÁNCHEZ

1 Introducción

La Terapia Electroconvulsiva es un tratamiento dado en Psiquiatría en el que, por medio de la aplicación de un estímulo eléctrico en un paciente anestesiado, se desencadena una convulsión tónico-clónica generalizada con finalidad terapéutica, por tanto es un tratamiento que necesita tener un buen equipo multidisciplinar, en este se debe incluir el psiquiatra, el anestesista y la enfermera, dado que se realiza bajo una anestesia general y relajación muscular de corta duración.

Su indicación principal es para la esquizofrenia aunque actualmente se usa para episodio depresivo mayor unipolar o bipolar, episodio maníaco y psicosis aguda. Además, puede considerarse en enfermedades como la epilepsia refractaria al

tratamiento, la enfermedad de Párkinson y en el síndrome neuroléptico maligno esta alternativa a estas patologías.

No hay contraindicaciones absolutas aunque sí encontramos algunas con: patología cardiovascular, cerebral, riesgo de hemorragia, aneurismas, procesos degenerativos óseos graves, alteraciones endocrinas y riesgo anestésico.

Gracias a esta terapia se reduce el riesgo de fracturas óseas asociadas a la fuerte actividad motora que se produce durante el proceso de convulsión.

La Terapia electroconvulsiva es un tratamiento eficaz y seguro, los efectos secundarios y riesgos dependen de las condiciones previas del paciente, edad, susceptibilidad personal, número de tratamientos empleados, etc.

2 Objetivos

Explicar en qué consiste la terapia electroconvulsiva y el papel del 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

El personal de psiquiatría el que elige el número y la frecuencia de las sesiones necesarias para el paciente. En caso de una situación aguda, suelen realizarse de dos o tres a la semana.

Hay otras dos modalidades de sesiones de Terapia Electroconvulsiva:

- La de continuación: su objetivo es evitar recaídas y asegurar un mejor resultado del tratamiento agudo.
- La de mantenimiento: en esta la terapia se aplica en intervalos constantes o variables de tiempo, incluso puede usarse a lo largo de la vida.

La Terapia electroconvulsiva es un tratamiento eficaz y seguro, los efectos secundarios y riesgos dependen de las condiciones previas del paciente, edad, susceptibilidad personal, número de tratamientos empleados, etc. Los posibles efectos

secundarios de esta terapia pueden ser: náuseas, vómitos, confusión, intranquilidad, deterioro cognitivo, cefalea, estatus epiléptico, apnea prolongada por el uso de relajantes musculares y mialgias.

Es recomendable la aplicación de métodos que potencien la crisis convulsiva, tales como:

- Reducir la dosis de anestesia y medicación con acción anticonvulsinante.
- Utilizar flumazenilo si se necesita revertir la acción de las benzodiacepinas.
- Proporcionar hiperventilación previa o usar anestésicos con menos efectos.

Las principales funciones del auxiliar son:

- Recibir y acomodar al paciente en régimen ambulatorio.
- Comprobar la seguridad del aparato, firma de consentimientos y pruebas preoperatorias.
- Garantizar que hay ayuno entre 6-8 horas.
- Administrar la medicación prescrita y suspender la contraindicada.
- Observar si hay ducha preoperatoria e higiene bucal.
- Preparación del paciente con camión quirúrgico y electrodos para electrocardiograma y electromiograma. Además de la Retirada de joyas, prótesis y maquillaje.
- Control y registro de constantes vitales previas.
- Control y registro ponderal semanal.
- Aconsejar micción previa y vaciado rectal.

5 Discusión-Conclusión

La terapia electroconvulsiva es un tratamiento que consiste en administrar un estímulo eléctrico controlado que produce una convulsión tónico-clónica, es empleado en el ámbito de la psiquiatría desde el siglo XX.

Actualmente, la anestesia es general y la relajación muscular proporcionan un mayor grado de bienestar y seguridad a esta técnica. El papel del equipo sanitario es fundamental pero el de la auxiliar de enfermería más aún, ya que se encarga de la preparación como en el desarrollo y seguimiento de esta terapia, es fundamental para lograr unos cuidados asistenciales buenos para el paciente. Por todo ello debe de estar bien formado para el cuidado de ellos.

6 Bibliografía

-www.google.com

-Chávez M.E. Propuesta de protocolización para la práctica de la Terapia Electroconvulsiva en el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. Medicina Clínica y Social 2017; 1(2):126-142.

Capítulo 32

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS ÚLCERAS DE PRESIÓN

LAURA GARCIA NICOLAS

FRANCISCA GIMÉNEZ NIETO

ANA EVA ORTIZ MARTINEZ

ASCENSION DEL OLMO MARIN

GEMA ORTEGA SÁNCHEZ

1 Introducción

Definimos úlcera de presión (UPP), como a una pérdida de la continuidad de la piel en otras zonas, la cual está en contacto con superficies, que ejercen presión, lo que hace aumentar la intensidad de la presión, si esta se ejerce sobre prominencias óseas.

Las úlceras se pueden clasificar en función de la superficie de piel que afectan o según afecte a epidermis, dermis, tejido subcutáneo, músculo, etc.

- Grado I.
- Grado II.
- Grado III.
- Grado IV.

El auxiliar de enfermería, tiene un papel muy importante en cuanto a la prevención de este tipo de úlceras de presión, entre algunos de los cuidados, podemos destacar: una buena hidratación, un buen aseo de la piel, buena alimentación y sobre todo es de vital importancia la realización de los cambios posturales, cada dos horas con puntos de apoyo como almohadas, cuñas, cojines etc.

Las úlceras por presión, son un tipo de lesión que afectan a un 9,1% a los pacientes que son atendidos en sus propios domicilios, a un 8,91% para pacientes atendidos en centros hospitalarios y a un 10,9% de los pacientes ingresados en residencias de mayores.

En las residencias y centros hospitalarios, se debe tener y seguir un protocolo a seguir para la prevención de las úlceras por presión.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son conocer las actuaciones de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la prevención de las úlceras por presión.

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

Las úlceras por presión se tratan de un tipo de lesiones que se originan en la integridad de la piel, ya que esta se encuentra localizada por la muerte de los tejidos, como consecuencia de la circulación de la sangre, ya que estas se producen en las zonas de apoyo, como son talones, caderas, codos, sacro, tobillos etc.

Las úlceras de presión se clasifican según los diferentes estadios, se debe reconocer en que estadio se puede llegar a encontrar un paciente en cuanto a las úlceras de presión (UPP):

- Estadio I: en este estadio la piel se enrojece, no suele cambiar el color de la piel, suele desaparecer la rojez si se deja descansar el punto de apoyo. Afecta a la epidermis y no suele ser dolorosa.

- Estadío II: Afecta a la epidermis y a la dermis, pueden aparecer ampollas en la epidermis y en la parte superior de la dermis, la piel se agrieta.
- Estadío III: Supone la pérdida del grosor de la piel, implicando dolor y necrosis de la piel pudiéndose extenderse hacia dentro, afecta a la hipodermis y es una lesión muy dolorosa.
- Estadío IV: Pérdida del grosor completo de la piel con destrucción extensa con tejido necrótico que daña el músculo, hueso, tendones etc.

Una actuación de forma correcta por parte del personal de enfermería, así como la de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, incluye la realización de estas actividades:

- Aplicación de apósitos y tratamientos adecuados.
- Ingesta dietética adecuada: como prevención y como curación.
- Desbridamiento si precisa (autolítico, quirúrgico...).
- Medidas higiénico –preventivas: piel limpia y seca, no frotar, hidratación, protecciones...
- Descripción de las características de la úlcera de forma periódica (tamaño, exudado...).
- Observar signos de infección.
- Anotación de las características del exudado de la úlcera.
- Valoración piel perilesional.
- Realizar cambios posturales, ya sea de manera curativa como preventiva.
- Limpieza de bordes y desinfección del lecho de la úlcera.

5 Discusión-Conclusión

Las intervenciones que un técnico en cuidados auxiliares de enfermería, debe llevar a cabo ante las úlceras de presión, deben ir orientadas a una prevención primaria (impedir el daño), secundaria (curación de la UPP), y terciaria (evitar las complicaciones de las UPP); por eso es de vital importancia el correcto trabajo en equipo para realizar una prevención en todos los niveles antes las UPP.

Es de vital importancia todos los pasos que deben seguir, pues cuanto antes se pare la aparición de las úlceras de presión, antes se curara el paciente, es muy importante a la hora del aseo, observar cada día muy bien cada punto de apoyo y no olvidarnos nunca de los cambios posturales.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/>

- <https://www.scielo.org/es/>
- Pubmed

Capítulo 33

LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA

MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO

ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA

JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO

ULPIANA PINAR PINAR

1 Introducción

Los cambios de postura del paciente que no puedan ser realizados por los auxiliares y técnicos de enfermería deben realizarse varias veces al día para evitar las úlceras por presión, que son lesiones cutáneas provocadas por la presión prolongada sobre la zona, generalmente sobre prominencias óseas como el sacro o el talón.

Los médicos prescriben los mismos cambios posturales que el cambio de posición para pacientes postrados en cama que están temporal o permanentemente incapacitados.

Estos movimientos son necesarios porque estas personas no sienten y no sienten presión en la zona de apoyo, pero no pueden moverse para aliviar las molestias que les provoca la presión.

Algunos pacientes, dependiendo de la enfermedad, pueden o no tener una de las úlceras pérdida total o parcial de la movilidad que requiere que un profesional de la salud los ayude a moverse. La mala postura puede provocar contracturas, dolor por presión, deformidad y acortamiento.

La modificación de la postura es una de las medidas que maneja el equipo asistencial durante la hospitalización, e incluso algunos pacientes tienen que hacerlo en casa al ser dados de alta. Para poder movilizar adecuadamente, uno debe entender todas las diferentes localizaciones anatómicas que existen. Cabe destacar que a la hora de movilizarlos, también podemos utilizar estas movilizaciones para otras actividades.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es saber qué son los cambios posturales y las posiciones más frecuentes que se pueden realizar a los pacientes encamados.

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

Cabe destacar que a la hora de movilizarlos, también podemos utilizar estas movilizaciones para otras actividades, como realizar masajes, tender camas, valorar el estado del paciente y el estado de la piel. , compruebe el área de presión para evitar lesiones.

La actitud más común es:

- Posición lateral. Se coloca del lado derecho o izquierdo del paciente, dependiendo de la patología o enfermedad, se suele colocar de un lado o del otro.
- Posición lateral de seguridad. Esta posición es adecuada para pacientes con un nivel de conciencia muy bajo para que puedan contener la respiración.

- Posición supina (boca arriba). Cuando una línea imaginaria trazada desde el centro de la frente cae entre los pies, se dice que el cuerpo está alineado en esta posición. La cabeza debe mantenerse recta con una pequeña almohada debajo de la cabeza y las piernas ligeramente separadas.

- Posición prona (boca abajo):

Una pequeña almohada se coloca debajo de la cabeza en el costado y controla la condición del acné, mientras que la otra almohada se coloca al nivel del pecho y el abdomen.

Para mantener al paciente en buenas condiciones, podemos utilizar equipos como:

- Una almohada.
- Bolsas.
- Almohadas.
- Riel: antequino.
- Contrarrotación externa.
- Transferir.

Cuando sea necesario movilizar al paciente para cambiar de posición, se debe solicitar la participación, se debe permitir que el paciente haga el esfuerzo y se debe buscar el esfuerzo del paciente, del personal de enfermería y de otros participantes.

Estas son las normas que debe seguir un auxiliar de enfermería:

- Pedir ayuda al paciente.
- Enseñarle a utilizar las ayudas tecnológicas.
- Esperar ayuda de los compañeros de clase.
- Si el paciente se cae, no levantarlo bruscamente, sino apoyarlo, colocarlo en el suelo y pedir ayuda.
- Utilizar siempre la grúa.

5 Discusión-Conclusión

En algunos casos, debido al estado del paciente o a una emergencia es conveniente cambiar de posición al paciente cada dos o tres horas. Esto debe hacerse de manera suave y rítmica, deslizando al paciente con la mayor suavidad posible, evitando los movimientos bruscos y permitiendo que el paciente coopere lo máximo posible con el auxiliar de enfermería. El auxiliar de enfermería debe de conocer todas las posiciones y estar bien formado para poder movilizar a cada paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.elrincondelcuidador.es/movilidad-seguridad/protocolo-de-cambios-postulares>.
2. www.scielo.org.

Capítulo 34

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA ASEPSIA QUIRÚRGICA

MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA

MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO

ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA

JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO

ULPIANA PINAR PINAR

1 Introducción

La asepsia tiene como principal objetivo tratar de impedir que penetre los gérmenes en una zona o sitio donde antes no los había. A diferencia de Antisepsia que es la destrucción de los gérmenes por medio del empleo o uso de antisépticos.

La asepsia quirúrgica se define como la esterilización completa y la ausencia casi total de bacterias en un área por ejemplo el quirófano, incluye también a organismos que de una forma inofensiva viven en la superficie o en el interior del organismo. La asepsia es un proceso utilizado para prevenir la contaminación de microbios y endoesporas, antes, durante y después de cada cirugía que se le aplica al paciente y se hace utilizando materiales y técnicas estériles.

Para finalizar dentro del quirófano tenemos un campo estéril que es dónde se encuentra el material estéril. Si sobre ese material hubiera alguna duda sobre

su esterilidad, lo deberíamos desechar de manera inmediata considerándose el material como no estéril.

Tanto en la asepsia como en antisepsia se emplean unos procedimientos físicos, químicos y biológicos donde se eliminan los microorganismos patógenos que puedan contaminar los diferentes tejidos. La práctica estricta de éstas técnicas minimiza y elimina una posible contaminación, sin la aplicación de éstas técnicas en una zona quirúrgica nos podríamos encontrar con grandes problemas sépticos debido a virus y bacterias.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo es explicar el protocolo de actuación de asepsia antes, durante y después de una intervención quirúrgica por el auxiliar de enfermería.

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

1-Respecto al personal asistencial los métodos de asepsia son:

- El personal estéril después de haberse realizado un lavado prequirúrgico permanecerá dentro del quirófano. Si sale por cualquier circunstancia pierde la esterilidad y hay que volver a empezar el ciclo de lavado prequirúrgico.
- Las batas son usadas por el personal que ya está lavado deben estar estériles antes de su colocación.
- Todo el personal que esté en quirófano y que no forme parte del personal estéril, permanecerá en la periferia del área de operación.
- Todo el personal que se mueva alrededor o dentro del campo estéril debe de hacerlo manteniendo su esterilidad.

2-Respecto a los objetos y materiales:

- Las superficies u objetos que son estériles pueden estar en contacto unos con otros.

- El contacto de un objeto no estéril en cualquier punto hace que quede contaminada.
 - Ante la duda de si es estéril un objeto o zona, tendrá la consideración de no estéril o contaminada.
 - Todo lo que es estéril para un enfermo, solo podrá serlo para ese mismo enfermo.
 - Los materiales estériles no usados deben desecharse o volverse a enviar al servicio de esterilización para su nueva utilización.
- 3-Respecto a los suministros de material estéril:
- Los paquetes están envueltos de tal manera que puedan abrirse con facilidad y sin riesgo de contaminar el contenido.
 - El material estéril se distribuyen en un campo estéril.
 - No se consideran estériles los bordes de las cajas que envuelven los materiales que son estériles.
 - El brazo no estéril de una persona circulante no debe extenderse sobre la zona estéril.
- 3- las técnicas para cubrir el campo son:
- Para cubrir la mesa de operaciones o el cuerpo del paciente con sábanas estériles.
 - Sólo la parte superior del cuerpo del enfermo o la porción de la mesa que tiene sábanas estériles se considera estéril.
 - Las sábanas estériles se conservan en su sitio por medio de las grapas, pinzas cangrejo o material adhesivo.
 - Un desgarró o pinchazo de la sábana, que permita el acceso a una superficie no estéril, hace que se le considere contaminada y haya que sustituirla.

5 Discusión-Conclusión

La situación de la asepsia quirúrgica requiere de unos cuidados bastane especiales por la vulnerabilidad que presenta el paciente antes, durante y después de la cirugía. Es fundamental conocer cuáles son los principales protocolos de manejo para estandarizar el cuidado y manejo durante estos periodos.

En conclusión, podemos decir que hace ya varios años que el Dr. Semmelweis pensó en una solución en cuanto a la transmisión de los microorganismos. Hoy, se espera que todo centro hospitalario cuente con estrategias y protocolos en asepsia, en cada una de sus herramientas, para brindar una atención de calidad a todos los pacientes.

6 Bibliografía

Pubmed

Lucio Pérez, Ma Jesús. Ramírez García, Raquel. Tomás Jiménez, José Luis. Biblioteca. Auxiliar de Enfermería profesional. Las distintas especialidades II. Volumen 6. Interamericana McGraw-Hill.

[Www.scielo.org](http://www.scielo.org)

Capítulo 35

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALUD MENTAL

MARÍA ESMERALDA NAVARRO BARAHONA

MARÍA EUGENIA LAPEÑA CARRETERO

ALICIA GARCIA DE MATEOS ALHAMBRA

JOSE FRANCISCO CABAÑERO CANO

ULPIANA PINAR PINAR

1 Introducción

Una enfermedad mental o trastorno mental se define como un tipo de alteración de tipo emocional, cognitiva, y de comportamiento de un individuo, lo llega a provocar que un individuo no llegue a desarrollar su vida cotidiana de una forma normal.

El personal sanitario suele encontrarse constantemente con pacientes con este tipo de agitación, ya sea en centros de salud mental, en el ámbito de las urgencias y emergencias, y sobre todo cuando atienden a pacientes alcohólicos, drogodependientes, y pacientes psiquiátricos, lo que requiere una rápida intervención por parte del personal sanitario y no sanitario.

El servicio de psiquiatría es el que se ocupa de atender a los pacientes que presentan este tipo de problemas, los cuales suelen estar relacionados con la salud

mental, como la depresión, esquizofrenia, ansiedad, trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar, trastorno por estrés postraumático, los cuales se pueden producir de una forma aguda o crónica.

En este tipo de unidades psiquiátricas, suele estar formado por un equipo multidisciplinar de profesionales, formado por personal de Enfermería con especialidad en salud mental, técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE), psicólogos clínicos, monitores, personal de seguridad, psiquiatras y trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, personal de cocina y limpieza.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer las técnicas defensivas y de contención física por parte del 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

Los pacientes agitados se deben a una situación clínica a la que con relativa frecuencia se enfrenta el personal sanitario, entre ellos nos encontramos a los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería durante el transcurso de su vida profesional.

Se define esta patología como una agitación psicomotriz a un estado de marcada de excitación mental que suele ir acompañada de un aumento inadecuado de la actividad motora de grado variable, la cual puede variar desde ser desde una mínima inquietud hasta los movimientos descoordinados sin un fin justificado.

El personal sanitario suele encontrarse con este tipo de pacientes agitados, sobre todo en el ámbito de las emergencias y emergencias, en centros de Salud Mental, y cuando sobre todo cuando atienden a pacientes drogodependientes, alcohólicos y pacientes psiquiátricos, lo cual requiere una pronta intervención del personal sanitario.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en ciertas ocasiones debe saber que este tipo de agitaciones se debe normalmente a una manifestación de una enfermedad médica, y otro tipo de ocasiones es un signo de ansiedad extrema y en otras ocasiones es la expresión de un trastorno mental subyacente.

A la hora de diagnosticar un paciente agitado, no lo debemos confundir con un paciente violento, lo cual llegaría a originar este un problema de seguridad y orden, lo cual debería ser atendido por personal de seguridad del centro hospitalario.

Una agitación psicomotriz se puede llegar a considerar como un tipo de urgencia psiquiátrica, en la cual podemos llegar a englobar aquellos trastornos de la conducta motora, esta caracterizada por nerviosismo, inquietud e hiperactividad, lo cual nos conduce a la práctica de conductas improductivas, estereotipadas y no finalistas en respuesta a una pérdida de control interno.

5 Discusión-Conclusión

La intervención por parte Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante los pacientes agitados, irán orientados a garantizar la seguridad de todas las personas que estén implicadas en todo, teniendo una especial atención del paciente y del personal sanitario y no sanitario que los asistan. Es de vital importancia que la pautas de actuación estén previstas.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, requiere una correcta formación muy específica ante la posibilidad de una intervención adecuada para con los pacientes. Por eso mismo, debe saber que son medidas con riesgo elevado clínico y legal en caso de estar mal prescritas o aplicadas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 36

UNA FUNCIÓN BÁSICA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: LA HIGIENE DEL PACIENTE

VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS

BEATRIZ COLLADO RUIZ

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO

CELIA CALERO MATAS

GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA

1 Introducción

La piel es la primera barrera para defender nuestro organismo y se considera el órgano de mayor extensión. Está formada por tres capas de fuera hacia dentro: epidermis, dermis e hipodermis.

Este órgano regula la temperatura por medio de la vasodilatación y vasoconstricción, la evaporación por el sudor y nos aísla por su grasa y vello. Nos protege del medio en el que se vive actuando de barrera física. Nos permite la comunicación con el entorno y asegura la síntesis de la vitamina D.

Una vez dada estas pinceladas de la piel, se puede decir que la higiene es el conjunto de tareas que tratar de preservar la piel y proporcionar confort a la persona

porque permite la transpiración, regulación de la temperatura, absorción de la medicación y protección de virus y bacterias entre otros.

Dentro del concepto de higiene, se debe tener en cuenta la ropa del paciente dentro de esa higiene que se practica, ya que en la higiene también se previenen las infecciones y la ropa de cama como fómite que es debe tratarse como un vehículo de transmisión de la infección.

Esta técnica del equipo de enfermería se ha ido delegando en el técnico en cuidados auxiliares de enfermería lo que en muchos casos provoca una sobrecarga de trabajo, pero forma parte de las funciones y permite una relación más estrecha con el paciente que favorece la relación terapéutica.

2 Objetivos

- Analizar la importancia de la higiene como un cuidado básico del equipo de enfermería como describió V. Henderson.
- Mostrar las pautas de la higiene como barrera de protección.

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 como scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, así como de estudios cualitativos y cuantitativos.

Palabras clave: piel, cuidados, higiene y paciente.

4 Resultados

A la hora de realizar la higiene de un paciente se valora todos sus aspectos, pues puede llegar a ser realizar apoyos en su asea, se puede valorar baño o ducha, se valora el grado de dependencia entre otros.

Bien es cierto que en los pacientes críticos la higiene es total y el equipo de enfermería se constituye como un medio para la calidad del cuidado de este tipo de usuarios.

La gravedad del paciente hace que la higiene adquiera una mayor dedicación y unas pautas muy específicas para no poner aún más en riesgo al paciente. De hecho, requiere la colaboración mínima de tres profesionales.

El desafío de la higiene de estos pacientes no solo conlleva cubrir la necesidad del paciente, sino que esta se extiende a la familia. Se debe brindar de forma individualizada integral y con seguridad dada la complejidad del tipo de personas que hacen uso de estas unidades.

Los cuidados que se realizan para conseguir una higiene correcta son actividades del equipo de enfermería y son muy valorables por los pacientes, Muestran una calidad en la atención.

Los beneficios físicos y psicológicos de la higiene son básicos para la recuperación de las actividades básicas del paciente. Al mantener la piel íntegra se lleva a cabo la función de barrera, el equipo de enfermería puede valorar el estado de la piel para prevenir las úlceras por presión, se mejora la autoestima y se consigue una sensación de bienestar. Uno de los aspectos más importantes es que se favorece la relación de comunicación entre el paciente y el personal que realiza el aseo, en todo momento se debe favorecer la independencia de acuerdo a su estado.

Antes de comenzar a realizar la técnica, se debe preparar el escenario:

- Mantener la intimidad y respeto al paciente con biombo y cubriéndolo en el procedimiento.
- Tener las puertas y ventanas cerradas para que el paciente no sea visible.
- Preparar el material antes de empezar para evitar salir y entrar de la habitación.
- Explicarle al paciente el procedimiento a seguir.
- Mantener una temperatura ambiental entre 22° C y 24° C.
- Realizar la técnica de limpio a sucio (ojos, cara, cuello, brazos, manos, tórax, abdomen, piernas, espalda, nalgas y genitales) y de arriba debajo y de dentro a fuera.
- Usar jabones con el PH neutro para cuidar la piel.

A la hora de valorar el tipo de aseo se tiene en cuenta la patología y estado del paciente porque se puede realizar ducha, baño parcial o total. Dentro del aseo o higiene se incluye el lavado de boca y el cuidado de las uñas.

La doble vertiente de la higiene como bienestar y sistema de prevención de enfermedades es tenida en cuenta por todos los profesionales. Durante el proceso de la higiene se realiza una valoración exhaustiva del estado del paciente y de su piel para poder darle los cuidados oportunos. De tal manera que se pueda proteger de los riesgos que amenazan con poner en peligro el proceso de recuperación del paciente. Se recalca en todo momento que se debe respetar la dignidad del paciente.

Una curiosidad a tener en cuenta es que cada paciente tiene unas necesidades diferentes a la hora de que se le realice la higiene ya sean las propias del individuo, la educación recibida, los factores socioeconómicos, su estado mental o las propias de su cultura. No para todos los pacientes es un momento de confort en muchas ocasiones genera estrés y ansiedad por ello se debe tender a conseguir que sea un momento de bienestar.

En muchas ocasiones, la higiene no tiene la importancia que merece por ello se declina la labor a otros profesionales con menos capacitación y en muchos casos esto es percibido por el paciente que pierde la confianza en el equipo que le está atendiendo. La higiene es una parte importante y básica de la rehabilitación del paciente. Debe ser realizada con todas las capacidades y capacitaciones que se tengan para poder cubrir la necesidad del usuario.

El baño o la higiene es una técnica habitual que conlleva sus riesgos y precisa de monitorización y control de la técnica en pro del paciente sobre todo si se habla de pacientes de las unidades de cuidados intensivos.

Se ha observado que durante la higiene del paciente suelen alterarse las constantes, la presión intracraneal, existe una desadaptación a la ventilación mecánica etc.... por ello se debe realizar por profesionales cualificados y formados para ello. No se debe considerar que la rutina lleve consigo un relax de las funciones que se realizan.

5 Discusión-Conclusión

El profesional sanitario debe satisfacer las necesidades de higiene de los pacientes a su cargo porque les proporciona seguridad, comodidad y bienestar.

Durante este proceso se presenta la oportunidad de generar una comunicación con el paciente para identificar sus miedos y poder apoyarle en la rehabilitación. Se habla de una atención individualizada e integral para poder planificar los cuidados y a posteriori evaluarlos.

La idea de comodidad es un fundamento básico en los cuidados que realiza el profesional sanitario y sobre todo en los entornos donde se atiende al paciente crítico. Este debe ser uno de los objetivos básico de los cuidados y atenciones que se realizan en los centros hospitalarios.

Los pacientes en las unidades de cuidados intensivos tienen muchas necesidades que deben ser cubiertas en su mayoría por los profesionales sanitarios siendo una de esas necesidades básica la higiene que en este caso es completa. Estos procedimientos y técnicas básicas deben realizarse correctamente para lograr este contacto individual y lograr esa comunicación con el paciente.

Por ello, el personal de los equipos debe asegurar esas necesidades esenciales de los pacientes se hagan realidad no solo por una mera técnica sino como un procedimiento esencial y básico que busca la dignidad y el respeto de las personas que se atienden.

Esta última idea proviene de la bioética y sus cuatro pilares fundamentales (no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía) que parten de la idea de dignidad y respeto a la persona por encima de todo.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/cuidados-basicos-higiene-paciente/>.
2. Inmaculada Gallardo Muñoz y M. Del Rocío Guardado Ligero. Intervención en la Atención Sociosanitaria en Instituciones. Editorial Ivrea.
3. 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

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL ACOMPAÑAR EL PROCESO DEL DUELO

VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS

BEATRIZ COLLADO RUIZ

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO

CELIA CALERO MATAS

GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA

1 Introducción

Cuando una persona fallece sea de la forma que sea suele provocar un trauma para sus seres queridos que van a necesitar de un tiempo y de apoyo para poder volver a llevar una vida con normalidad con la falta de dicha persona en el día a día.

En los centros sanitarios, los trabajadores como el técnico en cuidados auxiliares de enfermería son receptores como parte del mundo social al que pertenecen de las emociones y los sentimientos de la pérdida de un ser querido que no tiene que ser la muerte, sino también irse a vivir a otro país o continente. Suele ser en la unidad de cuidados paliativos donde existe el personal más formado, pero en realidad en todas las unidades se vive la realidad de la muerte y el cuidado al final de la vida.

Las sociedades occidentales o más desarrolladas deben formarse para generar actitudes en el tema de la pérdida de un ser querido o de la muerte.

Estas situaciones afectan en todos los ámbitos del ser humano y apenas se dispone del tiempo ni el lugar para lograr una adaptación rápida a esa realidad inminente.

Las etapas del duelo según Elisabeth Kübler- Ross, psiquiatra que nació a principios del S.XX, resaltó 5 etapas en las que el ser humano se enfrenta a la pérdida de un ser querido:

- Negación.
- Ira.
- Negociación.
- Depresión.
- Aceptación.

2 Objetivos

Analizar las intervenciones y feed-back que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe realizar en procesos del final de la vida para el paciente y acompañantes.

3 Metodología

Para la revisión bibliográfica de este capítulo se ha realizado una investigación de los documentos existentes en la literatura online utilizando bases de datos como Google académico, Scielo o Dialnet al igual que el uso de la web de los centros sanitarios del sistema de salud.

Palabras clave: duelo, muerte, cuidados paliativos, auxiliar de enfermería entre otros.

4 Resultados

Las formas o métodos de intervención del técnico en enfermería en los procesos del final de la vida pueden ser entre otros:

- Controlar la situación y el momento de la enfermedad del usuario: elaborar un PAE para un buen control de los síntomas y signos que presenta.

- Dignificar los deseos del mismo como centro de su proceso si su deseo es conocer o no su situación real y hacerle entender a la familia que esta decisión se debe llevar a cabo porque el paciente es autónomo en la toma de decisiones.
- Animar la comunicación de sentimientos y emociones entre el enfermo y la familia para que el paciente no se sienta solo y los familiares exterioricen lo que sienten, ya que va a favorecer un proceso de duelo no patológico.
- Conservar una comunicación asertiva y empática con usuario entendido como un conjunto durante todo el proceso. Acabando con los procesos paternos y siendo el centro de la atención el usuario (paciente y familia).
- Informar a su entorno cercano si el paciente autoriza del proceso de la patología para poder prepararlos y acompañarlos a la fase de agonía y darle pautas.
- Fomentar en su entorno cercano actividades y momentos de ocio que proporcionan en el paciente que es cuidado implicación de sus seres queridos. De esta forma se favorece un sentimiento positivo que ayuda a la reconciliación.
- Evitar ilusiones o falsas realidades a los familiares y al propio paciente, ya que dificultaría el afrontamiento y el proceso final. El técnico debe generar a través de la formación habilidades y actitudes de comunicación activa para favorecer unos cuidados de calidad.

Por eso el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener una serie de capacidades en la comunicación:

- Utilizar un medio de comunicación en base a la persona que está escuchando.
- Ofrecer pautas sencillas, claras y que no den lugar a confusiones.
- Dejar expresarse sin interrupciones.
- Favorecer un ambiente distendido.
- Expresar respeto y educación hacia la persona y su medio.
- Mantener una actitud empática e interés cuando se escucha.
- Evitar interferencias físicas como el ruido.
- Mantener empatía.
- Utilizar la comunicación no verbal.
- Comprobar que la unidad del paciente que incluye su entorno social cercano, entiende lo que se transmite.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, debe ser exigible titulación y formación no reglada o reglada para el personal sanitario y no sanitario que mantiene contacto con este tipo de pacientes para lograr una actualización de los conocimientos del técnico

en cuidados auxiliares de enfermería en el campo de la humanización de los cuidados y, por tanto, del duelo y su acompañamiento para lograr que el trabajo y las labores que desempeñamos se realicen con los pacientes y los acompañantes sea humana y digna ante la pérdida.

El hecho de acompañar en el proceso de la muerte/duelo de las personas que lo viven implica el logro de que las personas que experimentan la pérdida. Esto recibe el nombre de atención integral.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería como sanitarios deben generar actitudes como escuchar, orientar y explicar al paciente o familiar que vive el proceso de final de la vida contando con los medios para lograr sus objetivos siendo uno de ellos la escucha activa que da lugar a una comunicación.

A través de numerosos estudios, se ha analizado que el papel del técnico en cuidados de enfermería en el proceso del final de la vida y del duelo como en los cuidados paliativos es fundamental porque se encuentra muy cercano a la familia, ya que comparte situaciones muy duras del día a día.

6 Bibliografía

1. <http://www.revistamedica.com>.
2. <http://www.auxiliar-enfermeria.com>.
3. 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 38

PREVENIR LAS CAÍDAS DEL USUARIO Y EL TCAE

VICTORIA MARÍA MARTÍNEZ ARIAS

BEATRIZ COLLADO RUIZ

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ-ORTEGA TAJUELO

CELIA CALERO MATAS

GABRIELA MARIA ILISCA FARAMA

1 Introducción

Al hablar de seguridad del paciente se habla del protocolo que tienen los centros hospitalarios para proteger a los usuarios del mismo de posibles lesiones, caídas, o infecciones cuando se encuentran en él ya sea por una consulta o por estar ingresado. Dentro de estos protocolos se encuentra incluida la familia como parte del paciente.

La seguridad del paciente es un indicador que es eficaz, eficiente y medible dentro de la atención integral y continuada que se realizan a los pacientes. Este indicador de seguridad muestra la calidad del sistema sanitario y de cada centro hospitalario.

La seguridad del paciente es un elemento importante de un sistema de atención médica eficaz y eficiente donde prevalece la calidad.

Al hablar de seguridad se trata de:

- Evitar el daño.

- Evitar malos eventos.
- Evitar errores.

De esta manera, el concepto de calidad se eleva porque la atención es buena. Si la calidad de un centro sanitario es elevada, la seguridad del paciente es directamente proporcional. Se trata de hacer las cosas bien, de efectuar los procesos de forma correcta en base a los protocolos.

Se trata de prevenir los daños del paciente haciendo hincapié en una prestación de servicios que evita errores basado en una cultura de la seguridad. Se trata de aprender a gestionar los riesgos. Según la Organización Mundial de la Salud, el riesgo para la seguridad de los menores se agrava debido a la curiosidad del conocer su entorno.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es:

- Analizar la incidencia de la falta de seguridad en los pacientes sobre todo en los pediátricos.

Como objetivos secundarios:

- Elaborar unas recomendaciones a los acompañantes.
- Describir las caídas más frecuentes.

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

Cuando se revisan los accidentes por falta de seguridad relacionados con los pacientes sobre todo los pediátricos se puede observar que alrededor del 8% al 11% es la incidencia de los mismos.

Normalmente las causas de las caídas son:

- Caídas accidentales de los padres o acompañantes.

- Pacientes ingresados con patologías neurológicas.
- Pacientes en fase de recuperación de la anestesia.
- Pacientes geriátricos.

En las unidades de hospitalización que existe riesgo de caídas se elaboran por parte de los profesionales sanitarios folletos dípticos a disposición de los mismos para mostrar una serie de recomendaciones que conllevan la prevención de los accidentes o caídas.

Ante un accidente de un paciente o familiar que se encuentra en el centro sanitario se debe informar al servicio oportuno del incidente para que se proceda según el protocolo. Es cierto que una rápida intervención evita problemas mayores.

El hecho de un buen mantenimiento de los sistemas de seguridad que se encuentran en las unidades de los pacientes previene los accidentes por ello es importante dotar a los centros hospitalarios de este servicio de mantenimiento.

Se trata de tener en continua mejora y estudio los llamados métodos centinelas para conseguir un impacto positivo en la mejora de la atención al paciente. Se puede aumentar el conocimiento de todos los sistemas de seguridad a través de una formación adecuada a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios.

La cultura de la seguridad en los centros sanitarios implica que se debe tener una organización activa y permanente para que las actividades que se realizan no vayan mal. El trabajo en equipo es uno de estos métodos para que se puedan reconocer los errores y aprender de ellos. Por ello, la formación y la educación es básica para evitar esto.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, cuando se habla de prevenir los daños, se habla de ausencia de lesiones accidentales o prevenibles producidas por la atención sanitaria. En la práctica, la seguridad del paciente se define como aquellas que reducen el riesgo de eventos adversos relacionados con la exposición a la atención integral en una variedad de condiciones mientras los pacientes están ingresados.

Muchas de las actividades que se realizan en los centros hospitalarios no han sido analizadas sobre la eficacia para la prevención de accidentes para los pacientes. Dentro de los sistemas de salud de cada comunidad autónoma es necesario que se formen profesionales de la salud como podrían ser los técnicos en cuidados de enfermería para que intervengan disminuyendo los riesgos de caídas en los pacientes donde se incluyen los pediátricos.

De esta manera las posibles complicaciones que puedan ocurrir se podrían suprimir. Por ello, todo el personal debe estar alerta y coordinarse para evitar accidentes.

Al hablar del tema de la seguridad del paciente, nos centramos en la base de toda la atención sanitaria de calidad. Si nos paramos a analizar el trabajo que define la seguridad del paciente se estudian los años en los que ha habido mayores accidentes y problemas relacionados con este ámbito.

6 Bibliografía

1. <http://observatorioseguridaddelpaciente.es>.
2. Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caída en el sistema sanitario público de Andalucía.
3. Clancy CM, Farquhar MB, Sharp BA. Seguridad del paciente en la práctica de enfermería. J Cuidados de enfermería 2005.
4. Roteau R. J. (Ed.) (2010) Análisis de la causa raíz en el cuidado de la salud: herramientas y técnica.

Capítulo 39

GESTIÓN RESIDUOS SANITARIOS

MONTSERRAT GONZALEZ SANTIAGO

1 Introducción

Se consideran RESIDUOS SANITARIOS a todos los residuos, cualquiera que sea su estado físico, generados en cualquier establecimiento(hospitales, centro sanitarios, farmacias y centros veterinarios) o servicio en el que se desarrollen actividades sanitarias.

La gestión de estos residuos es el conjunto de actividades encaminadas a dar dichos residuos un final adecuado. Hay diferencias en la gestión de los mismos en función de las comunidades autónomas, pudiendo variar en algunos de sus puntos. Muchos de estos residuos resultan tóxicos al medio ambiente y necesitan una gestión y tratamiento específico, porque pueden producir contaminación o contagio de enfermedades por residuos infecciosos.

TIPOS DE RESIDUOS:

- TIPO I: RESIDUOS SIN RIESGO, No presentan riesgo para la salud humana al no tener contaminación específica porque no han entrado en contacto con los pacientes, o si lo han estado no ha sido con productos biológicos como sangre o secreciones.
- TIPO II: RESIDUOS SANITARIOS INESPECÍFICOS, Por su naturaleza y composición no son residuos de riesgo y solo son peligrosos para el personal sanitario que tiene contacto directo con ellos y para pacientes inmunodeprimidos.
- TIPO III: RESIDUOS SANITARIOS ESPECÍFICOS O DE RIESGO, son residuos potencialmente contaminados, que pueden generar un riesgo para la salud de las personas tanto dentro como fuera del centro sanitario.
- TIPO IV: RESIDUOS CON CARACTERÍSTICAS ESPECIALES, son aquellos residuos especiales no incluidos en el grupo III, cuyo tratamiento se regula por una

normativa específica, atendiendo a su especial peligrosidad o características especiales.

2 Objetivos

- Conocer clasificación de los residuos sanitarios para gestionar su tratamiento cumpliendo con la normativa vigente.
- Establecer normas de seguridad para el manejo de residuos evitando riesgos para la salud.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las fuentes de Cochrane, Pubmed. Así como consultas en Google académico y diferentes páginas web relacionadas con el tema por ejemplo "la normativa española de gestión de residuos y suelos contaminantes Ley 22/2011 y la NTP 372). Astursalud, constitución española (art 148,149)".

4 Resultados

Las principales normas de seguridad que deben realizarse son: deben recogerse de forma separada en recipientes normalizados e identificados. La identificación y segregación de los residuos sanitarios por grupos en el lugar de origen es responsabilidad de los trabajadores del centro sanitario.

- Tipo I, residuos sin riesgo: deben recogerse de forma separada en recipientes normalizados e identificados. Estos residuos no necesitan medidas especiales de gestión, ni dentro ni fuera del centro sanitario, sino que se tratan como cualquier otro residuo urbano. Se recogen en bolsas de plástico impermeables, opacas y resistentes. Es recomendable limpiar con agua y detergente los contenedores y carros. utilizados. por ejemplo, residuos procedentes de alimentos , jardines, material de oficina, de limpieza, etc.
- Tipo II, residuo sanitarios específicos, estos residuos necesitan precauciones especiales dentro del centro sanitario donde se manejan. Fuera del centro sanitario deben ser tratados como cualquier otro residuo urbano. Deben recogerse en bolsas o recipientes homologados: opacos, impermeables, resistentes a la humedad, por ejemplo: bolsas de orina, pañales, empapadores, yesos, residuos de liposucción , etc.

- Tipo III, Residuos sanitarios específicos debido a su peligrosidad deben tratarse con precauciones especiales, pues representan un riesgo para la salud pública. Los recipientes deben ser contenedores rígidos o semirrígidos, opacos, herméticos, ligeros para su transporte fácil, impermeables, resistentes a golpes y a perforación o rotura, con tapa de cierre automático. Normalmente suelen ser de color amarillo. por ejemplo: agujas, pipetas, recipientes que contenga sangre, etc.
- Tipo IV, residuos con características especiales son aquellos residuos especiales no incluidos en el grupo III, cuyo tratamiento se regula por una normativa específica, dependiendo de su peligrosidad. Por ejemplo: sustancias químicas tanto líquidas como sólidas, restos anatómicos, medicamentos no citotóxicos, residuos radioactivos y otros residuos.

5 Discusión-Conclusión

Tenemos que ser conscientes de que se ha hecho un uso abusivo del material desechable y que ha aumentado considerablemente la cantidad de residuos, por tanto se debe aplicar la normativa vigente para evitar problemas que dañen el medio ambiente o a nuestra propia persona. Para mejorar la gestión intrahospitalaria del residuo, se necesita aumentar la información, cambiar determinadas actitudes del personal hospitalario, y reforzar el nivel de supervisión ejercido por los Servicios de Medicina Preventiva. los residuos hospitalarios forman un riesgo importante para el personal sanitario y sus pacientes es fundamental tomar precauciones para evitar cualquier peligro derivado de los residuos.

6 Bibliografía

BOE-A- 2022-5809 ley7/2022 del 8 de abril

Capítulo 40

ÚLCERAS POR PRESIÓN

ANAY LÓPEZ PULIDO

BRENDA ASSIS SILVA

1 Introducción

Las úlceras por presión constituyen un importante problema sociosanitario que reduce la calidad de vida del paciente, empeora su pronóstico y en ocasiones aumenta la estancia hospitalaria

Son lesiones de la piel, producidas posteriormente a un proceso de isquemia y están incluidas en el concepto de heridas crónicas . Pueden afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso.

Se producen por factores extrínsecos. Presión, fricción o cizallamiento. Y empeorar con la humedad y el tiempo. O por factores intrínsecos, que son aquellos propios del paciente, derivados de la enfermedad y difícilmente evitables. Trastornos inmunológicos, pérdida de la función sensitiva y motora o disminución de la percepción, entre otros.

La evolución de las mismas se clasifica en cuatro estadios.

UPP Primer grado: Lesión dermis y epidermis.

UPP Segundo grado: Lesión más profunda de dermis/epidermis y comienzo de la afectación hipodérmica.

UPP Tercer grado: Necrosis. Extensión hasta la fascia subyacente (sin atravesarla).

UPP Cuarto grado: Daño muscular, óseo o de otras estructuras.

Es imprescindible llevar a cabo un plan riguroso de prevención, recogido en los siguientes grupos de cuidados.

- Cuidados y protección de la piel: Valoración, higiene, utilización de protectores (ácidos grasos hiperoxigenados) y control de la humedad.
- Manejo y reducción de la presión: Cambios posturales, fomento de la movilización y dispositivos para alivio de presión.
- Nutrición e hidratación: Valoración del estado nutricional y la ingesta, nutrición e hidratación.

2 Objetivos

Exponer los tres grupos de cuidados fundamentales en la prevención y manejo de las úlceras por presión.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica tras la búsqueda sistemática de libros, y también se han consultado artículos en las principales bases de datos. Google, Wikipedia, MedinePlus y Scielo. Seleccionando varios artículos científicos, procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Indudablemente el mejor tratamiento es hacer especial énfasis en las medidas de prevención. Cumpliendo de forma continua, organizada y sistemática el protocolo establecido para cada uno de los tres grupos de cuidados.

G1 Cuidados y protección de la piel.

- Valoración: Inspección diaria para descubrir las posibles lesiones en estadios precoces y vigilancia de las zonas de especial riesgo.
- Cuidados higiénicos: Limpiar (agua templada y jabón pH 4'5/5'5) y secar meticulosamente. Mantener tanto la ropa de cama como la del paciente, limpia, seca y sin arrugas. Aplicar cuidados específicos ante sondajes.
- Utilización de protectores de la piel: Las zonas cutáneas de riesgo, se protegerán con productos específicos para mantener la integridad, evitar erosiones y grietas.

- Control de la humedad: Utilizar absorbentes, empapadores y colectores de orina en pacientes incontinentes, para evitar la maceración de la piel. Emplear productos barrera, que no contengan alcohol y protejan de la humedad. Evitar los hules y la utilización de colonias que contengan alcohol. No prolongar el tiempo de cambio de absorbente. Y mantener la ropa de cama limpia y estirada.

G2 Manejo y reducción de la presión

- Cambios posturales: Plan individualizado.
- Fomentar la movilización: Adecuándose a la situación del paciente, promover la actividad y la movilización, empleando ayudas técnicas. Realizar movilizaciones activas o pasivas.
- Dispositivos de alivio de presión: Dispositivos de alivio local. Superficies especiales para el manejo de presión (SEMP), estáticas o dinámicas. Evita apoyar, arrastrar y el uso de flotadores o rodetes.

G3 Nutrición e hidratación.

- Valoración diaria del estado nutricional y de la ingesta.
- Nutrición: Aportar suplementos nutricionales ricos en proteínas. Si existe malnutrición, aplicar plan que incluya dieta rica en calorías, proteínas, vitaminas antioxidantes, minerales y ácido alfaipóico.
- Hidratación: Ofrecer agua de forma sistemática.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión general del presente capítulo extraigo que el mejor tratamiento es sin duda la prevención, entendida como el conjunto de cuidados que se aplican al paciente en riesgo de UPP o que ya las padece.

Dado el impacto negativo en la calidad de vida y el empeoramiento de los pronósticos, se torna preciso un riguroso plan de cuidados, que aborde desde la protección de la piel, hasta el manejo y la reducción de la presión y no menos importante, la nutrición e hidratación.

La realización continua, organizada y sistemática de las actividades recogidas en los tres grupos de cuidado mencionados con anterioridad es esencial.

6 Bibliografía

- Wikipedia
- MedLinePlus

- Scielo

Capítulo 41

HIGIENE POSTURAL EN EL TRABAJO, ERGONOMÍA

MONTSERRAT GONZALEZ SANTIAGO

1 Introducción

La higiene postural es el conjunto de normas, cuyo objetivo es mantener la correcta posición del cuerpo, tanto en reposo como en movimiento y así evitar posibles lesiones aprendiendo a proteger principalmente la columna vertebral, al realizar las actividades diarias, evitando que se presenten dolores y disminuyendo el riesgo de lesiones. Al aprender a realizar los esfuerzos de la vida cotidiana de la forma más adecuada se disminuirá el riesgo de sufrir de dolores de espalda, Por ello, es importante que el trabajador conozca las medidas a seguir para evitar estos riesgos.

La prevención de las malas posturas y una buena educación postural nos ayudará a mejorar nuestra calidad de vida en el trabajo.

Para reducir las lesiones del personal sanitario y no sanitario, pueden ser programas formativos que incluyan técnicas biomecánicas y entrenamiento de manipulación de pacientes, incorporaciones, malas posturas, movimientos repetitivos, etc.

Es importante y recomendable el poner en práctica unas buenas costumbres de higiene postural en la realización de las actividades en el ámbito laboral.

El TCAE debe tener una posición adecuada a la hora de realizar una movilización, de esta manera evitar lesiones musculares, lesiones cervicales o lumbares, y así desempeñar correctamente y sin riesgos un trabajo seguro en el ámbito laboral.

2 Objetivos

Describir los aspectos clave a tener en cuenta en relación con los riesgos ergonómicos y la higiene postural en el 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 han revisado artículos académicos para higiene postural sanitaria en Google Académico, varias bibliografías sobre las posturas ergonómicas más correctas en el trabajo y documentos divulgativos.

4 Resultados

Los trabajadores sufrirán a lo largo de la vida laboral, en diversas ocasiones dolores musculares o de espalda, y estos problemas se desencadenan por las malas posiciones en sus puestos de trabajo.

Una buena higiene postural, adquirida en edades tempranas, es fundamental para poder llevar a cabo de manera adecuada las actividades de la vida diaria y la práctica de deporte, lo que puede evitar o minimizar a largo plazo el padecer dolencias y problemas músculo-esqueléticos en la espalda.

El personal sanitario y no sanitario debe tener en cuenta las posturas que adopta en el trabajo.

Para cada tipo de actividad se recomienda diferentes posturas con el fin de evitar lesiones y enfermedades.

Si el trabajo es de pie, alternar postura con otras, cambiar con frecuencia la posición de los pies y repartir pesos. Si el trabajo es de oficina, mantener la espalda recta y apoyada al respaldo de la silla, nivelar la mesa a la altura de los codos y estos pegados al cuerpo, cambiar de posición y alternar con otras posturas, teniendo el borde superior del monitor a nivel de los ojos o algo por debajo y pies pegados al suelo o sobre un reposapiés. Los ejercicios de prevención ayudarán a fortalecer y además aliviar los dolores. Generalmente, consiste en realizar diariamente en una serie de actividades sencillas que implicaran ejercicio físico y la práctica de movimientos similares a los que se realizan con frecuencia en la vida diaria de todas las personas.

Los ejercicios posturales sirven para, además de ganar flexibilidad, aumentar el arco articular general, mejorar la motilidad abdominal, relajar y destensar toda

nuestra estructura, desprendiéndonos de la tensión que muchas veces es la causa de nuestra ansiedad

5 Discusión-Conclusión

Tener buenos hábitos en el trabajo y los estiramientos periódicos son la combinación perfecta para prevenir este tipo de molestias. Un cuerpo sano facilitará la calidad de vida tanto en la vida personal como en la laboral. La prevención de trastornos musculoesqueléticos ayudará a la calidad de vida del trabajador. El aumento de la productividad en los trabajadores es un factor clave si se adoptan estas medidas.

Aunque el principal objetivo de la ergonomía es la protección de la salud del trabajador, también pretende alcanzar un mayor grado de comodidad y eficacia en el trabajo.

En la actualidad, llevamos un ritmo de vida muy ajetreado, donde es habitual realizar posturas erróneas debido al cansancio, el estrés. Por lo tanto, la educación postural es de vital importancia.

6 Bibliografía

1-Galindo, C., (2000): Técnicas básicas de enfermería. España: Macmillan Ibérica

Capítulo 42

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CAMBIOS POSTURALES

ELENA GARCIA FERNANDEZ DE MARCOS

1 Introducción

Uno de los principales trabajos que tiene el TCAE es realizar los cambios posturales a las personas que se encuentran encamadas. Estas personas no se pueden mover, por diferentes razones: porque estén en el postoperatorio y por órdenes médicas no se puedan mover, porque sus patologías se lo impiden, porque sea una persona con mucha edad y ya no tenga casi movilidad, etc.; entonces para ello se encuentra el TCAE.

Es importante realizar los cambios posturales con una frecuencia, normalmente se suelen hacer cada dos o tres horas. Los cambios posturales se realizan para que el paciente no se encuentre siempre en la misma postura porque la piel puede sufrir lesiones como son las Úlceras por presión. Con los cambios posturales también conseguimos que esté favorable el riesgo sanguíneo.

Gracias a estos cambios de postura conseguimos que el paciente tenga un buen estado de salud tanto físico como psicológico, esto es otro de los objetivos que debe de conseguir el TCAE con el paciente, que el paciente mantenga positividad durante su estancia en el hospital.

Las úlceras por presión son lesiones de la piel que pueden aparecer por estar presionando una misma zona mucho tiempo, por la fricción, también la humedad

favorece la aparición de Úlceras por presión, por eso es sumamente importante secar perfectamente al paciente después del aseo.

Las úlceras por presión pueden aparecer en horas o en días, por lo que el TCAE debe estar muy atento a cualquier tipo de coloración de la piel, hinchazón, etc. Si nos encontramos con este tipo de problema hay que actuar inmediatamente.

2 Objetivos

Conocer la actuación del TCAE en los cambios posturales.

3 Metodología

Este trabajo científico se ha realizado gracias a una revisión bibliográfica exhaustiva que se ha realizado previamente sobre la actuación que tiene el TCAE con los pacientes encamados realizándoles cambios posturales. La información que encuentra en dicho trabajo se ha obtenido de Google Académico y en otros trabajos de investigación donde explican a la perfección el trabajo que realiza el TCAE con los pacientes encamados.

4 Resultados

Los cambios posturales debe realizarlos el TCAE cada dos o tres horas es importante realizarlos con puntualidad para evitar lesiones en la piel.

Lo primero que hay que observar, al realizar el cambio postural, es supervisar los puntos de apoyo más prominentes para observar su estado y actuar ante la situación en que se encuentran.

Entre los cambios posturales que existen se encuentran:

- Decúbito supino: el paciente se colocará con la espalda apoyada en el colchón, los brazos extendidos y una almohada debajo de la cabeza. Colocando amortiguación en los puntos más débiles para la aparición de úlceras por presión.
- Decúbito lateral: se puede colocar al paciente tanto al lado derecho como al izquierdo. Lo importante es colocar una almohada en la espalda del paciente también se debe flexionar la pierna que quede en la parte superior y hay que colocar otra almohada entre las piernas para evitar la aparición de Úlceras por presión.
- Posición de Fowler o semifowler : el paciente se encuentra semisentado. Las piernas deben quedar flexionadas sin necesidad del que el paciente las flexione, para

ello se utilizaran almohadas. Esta posición se utiliza para alimentar al paciente y de esta forma se evitan las broncoaspiraciones.

Hay muchos más pero estos son los que más se suelen utilizar.

Hoy en día existen las camas articuladas que ayudan a realizar los cambios posturales. Estas también favorecen la comodidad del paciente. Así también hay otros elementos que ayudan a la prevención de úlceras por presión, como los colchones antiescaras, taloneras, apósitos antiescaras, pomadas, cicatrizantes y diversos métodos de desbridamiento para ayudar a la curación de estas lesiones cuando están en un estadio avanzado. Es muy importante actuar lo antes posible para que la Úlcera por presión no avance.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE es muy importante en el ámbito sanitario porque es la primera persona que interviene en la primera atención que se le da al paciente (aseo, alimentación, etc.).

También es importante mantener el buen estado psicológico del paciente para que se sienta animado y así ayudar al TCAE a los cambios posturales.

Al mismo tiempo que se realizan los cambios posturales, el TCAE hidrata la piel del paciente con suaves masajes para evitar las lesiones de la piel.

Otro dato que debe de tener en cuenta el TCAE es cumplir las horas en las que se deben realizar los cambios posturales. Se suelen hacer cada dos o tres horas, pero depende de las patologías que presente el paciente y de las indicaciones del médico y el equipo de enfermería.

6 Bibliografía

1. Martínez M, García D. ¿Qué es más eficaz para la prevención de úlceras por presión: cambios posturales o superficies de apoyo? Gerokomos vol.29 no.3 Barcelona sep. 2018.
2. López P, Verdú J, Berenguer M, Soldevilla J. Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. Gerokomos vol.29 no.2 Barcelona jun. 2018.
3. Pechlivanoglou P, Paulden M, Pham BA, Wong J, Horn SD, Krahn M. Cambio de personas de alto riesgo: una evaluación económica de la frecuencia de reposicionamiento en la atención a largo plazo J Am Geriatr Soc. Julio de 2018; 66 (7): 1409-1414. doi: 10.1111 / jgs.15387.

4. Sharp CA, Schulz Moore JS , McLaws ML. Reposicionamiento cada dos horas para la prevención de las úlceras por presión en los ancianos: ¿seguridad del paciente o abuso de ancianos? J Bioeth Inq . 2019 Mar; 16 (1): 17-34. doi: 10.1007 / s11673-018-9892-3.
5. Berlowitz, D. (2017a). Clinical staging and management of pressure-induced skin and soft tissue injury. Recuperado de [http:/ / uptodates.sescam.csinet.es/contents/clinical-stagning-and-management-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury](http://uptodates.sescam.csinet.es/contents/clinical-stagning-and-management-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury).
6. Berlowitz, D. (2017b). Prevention of pressure-induce skin and soft tissue injury. Recuperado de [http:/ / uptodates.sescam.csinet.es/contents/prevention-of-pressure.induce-skin-and-soft-tissue-injury](http://uptodates.sescam.csinet.es/contents/prevention-of-pressure.induce-skin-and-soft-tissue-injury).
7. Berlowitz, D. (2017). Epidemiology, pathogenesis and risk assessment of pressure ulcers. Recuperado de [http:/ / uptodates.sescam.csinet.es/contents/epidemiology-pathogenesis-and-risk-assessment-of-pressure-ulcers](http://uptodates.sescam.csinet.es/contents/epidemiology-pathogenesis-and-risk-assessment-of-pressure-ulcers).

Capítulo 43

EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ELENA GARCIA FERNANDEZ DE MARCOS

1 Introducción

El aseo del paciente es una de las técnicas que debe cumplir el TCAE. Con el aseo ayudamos al que el paciente no baje su autoestima , ya que se liberan del mal olor y se proporciona un bienestar con la realización del aseo. Esta técnica se realiza sobre toda la zona corporal. Es muy importante que, mientras el TCAE realiza el aseo a los pacientes, este guarde en todo momento la intimidad del paciente.

El TCAE debe realizar el aseo a aquellos pacientes encamados, que aunque tengan movilidad, por sus patologías o por orden del médico no se pueden levantar de la cama.

La realización de los aseos se hacen por la mañana y además se cambia la cama. Todo esto les produce una gran satisfacción y bienestar a los pacientes.

Además a la hora de realizar el aseo, el TCAE debe de fijarse en cómo se encuentra el paciente, tanto en el estado físico (si se encuentra alguna anomalía en la piel se deben actuar para mejorarla y que no evolucione) como en el estado psicológico (si el paciente se encuentra de buen ánimo o está triste, el TCAE debe actuar contra esto para que el paciente se encuentre lo mejor posible).

El TCAE debe de avisar al equipo de enfermería en caso de alguna complicación o anomalía que se pueda observar en el paciente.

2 Objetivos

Exponer el papel del TCAE en el aseo del paciente encamado.

3 Metodología

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

4 Resultados

El aseo se realiza a primera hora de la mañana. Lo primero que debe de hacer el TCAE antes de entrar a la habitación es preparar el material. A continuación se colocan los guantes y el TCAE comenzará con la técnica.

Los pasos a seguir son :

- Se le ofrece la cuña o la botella para hacer sus necesidades, en caso, de que no tenga pañal.
- El TCAE continúa aseando el rostro (en caso de que los ojos no tengan ninguna patología se limpian desde el lagrimal hacia la parte exterior, en el caso de que algún ojo tenga alguna patología se limpia desde el borde exterior hacia el interior y después hay que cambiarse los guantes antes de continuar con el resto del cuerpo).
- Una vez terminada la cara, se continúa por el cuello, los hombros, después se asean las axilas, brazos, manos, tórax y el abdomen.
- El aseo se realiza entre dos TCAE, por lo que, el otro TCAE va secando con una toalla las zonas mojadas. Es muy importante que esté bien seca la piel para evitar la aparición de Úlceras por presión.
- Se continúa con las piernas y los pies. Una vez finalizado el TCAE continua por la zona perineal y genital de delante hacia atrás para evitar infecciones de microorganismos que provengas de la parte anal. En el caso de los hombres, se debe retirar el prepucio para poder lavar el glande.
- Para ir finalizando se coloca al paciente en decúbito lateral para lavar y secar la espalda y los glúteos. Aplicar crema hidratante con un suave masaje para reactivar la circulación. Se aprovecha esta posición para cambiar la cama a limpio.

- El TCAE debe observar en todo momento el estado tanto físico como psicológico del paciente y si se presenta alguna complicación avisar al equipo de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe tener en cuenta en todo momento la intimidad del paciente para que este se pueda sentir confiado a la hora de realizarle el aseo . Uno de los objetivos del TCAE es conseguir el mayor bienestar del paciente.

Gracias a la colaboración del TCAE podrá observar la totalidad de su cuerpo y ver si existen algún tipo de anomalías en la piel ,en el caso que de que haya hay que tomar medidas al respecto utilizando emepentol o apósitos , podrá observar el estado tanto físico como psicológico del paciente y siempre que se presente alguna complicación es importante avisar al equipo de enfermería.

6 Bibliografía

1. Carrascal C, Ramírez M, David J. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Enfermería Global [revista en Internet] 2015 octubre. [acceso 8 de enero de 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/revision2.pdf>
2. PAE: Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Aprende en Línea – UdeA [Internet]. [actualizada 30 de Abril de 2016; acceso 11 de enero de 2018] Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>
3. Sonia R, Francisco Javier J, Maria del Rocío E. La higiene en los pacientes hospitalizados por parte de Enfermería. Revista Médica Electrónica portalesmedicos.com [revista en Internet]. 2017 Septiembre [Acceso 12 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/higiene-pacientes-hospitalizados/>
4. . Florez Almonacid, Clara Inés; Romero Bravo Á. Higiene y cuidados de la piel. Manual de Protocolos Y Procedimientos Generales de Enfermería. Servicio Andaluz de Salud; 2010 Octubre [acceso 16 de enero de 2018]
5. Soriano P. Higiene al paciente inmovilizado [Internet]. 2012 Junio. [Acceso 20 de enero de 2018]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/Sdesalud/higieneal-paciente-inmovilizado>
6. Rodriguez O. La importancia del aseo personal y la higiene en un centro de atención sociosanitaria. Más Que Mayores [Internet]. 2015 Junio [Acceso 25 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://masquemayores.com/>

magazine/lainportancia-del-aseo-personal-y-la-higiene-en-un-centro-de-atencionsociosanitaria/

Capítulo 44

AYUDA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO

ELENA GARCIA FERNANDEZ DE MARCOS

1 Introducción

El Hospital de día Oncológico es el servicio en el cual dan tratamiento a los pacientes, sin necesidad de estar ingresados. En este servicio el TCAE tiene un papel fundamental porque interviene en todos los procesos relacionados con el tratamiento del paciente ; desde la llegada y acogida del paciente, el TCAE ayuda en el trabajo de consultas, también participa en la sala de tratamientos, etc.

Además el TCAE es un apoyo psicológico para los pacientes que van a recibir su tratamiento, como de los familiares que van a acompañar a los pacientes. El cáncer es una enfermedad muy dañina y es importante que los pacientes siempre reciban ánimos para que no se rindan.

El TCAE informa y comunica de todo el proceso tanto a los familiares como a los propios pacientes, de una manera suave, sin alarmarles, pero real y segura para que puedan tener una relación sin miedos y tener confianza por ambas partes.

Por otro lado el TCAE siempre debe de ayudar al equipo de enfermería y a los médicos oncólogos para la jornada se lleve a cabo de una manera eficaz. Las tareas del TCAE son múltiples y tienen una gran importancia para que se lleve a cabo el correcto funcionamiento del Hospital de Día Oncológico.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del TCAE con el paciente oncológico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones que tiene el TCAE en el Hospital de Día Oncológico son múltiples, por lo tanto dependiendo de la ubicación donde se encuentre el TCAE deberá cumplir una serie de tareas.

- Cuando el TCAE llega a trabajar en una consulta, lo primero que deberá hacer el revisar la consulta para que no falte nada del material pedido y tiene que comprobar la correcta recepción de las pruebas que solicitadas a los pacientes, por ejemplo, TAC, Rx, las analíticas, etc. También el TCAE se encarga de revisar las citas que pueda haber. Además es importante que el TCAE también compruebe las consultas del día anterior para poder reclamar las pruebas que los pacientes tengan pendientes. También se revisan las citas anuladas, y en caso de que sea necesario, se les llaman a los pacientes o a los familiares por vía telefónica.
- El TCAE también se encuentra en control (admisión) del Hospital de Día Oncológico. Aquí el TCAE tiene otras funciones, como son ; la recepción y acogida del paciente. El TCAE debe comprobar que los pacientes con quimioterapia tengan su cita previa y la analítica, también el TCAE anota a los pacientes que tengan revisión o cita previa mediante un código, debe de informar a los pacientes de del funcionamiento de este servicio y ayudar al paciente con todo lo que necesite.El TCAE que se encuentra el control, también se encarga de las llamadas telefónicas, y debe de hacer que los pacientes cumplan silencio en la sala de espera y que todo valla con un orden para que el trabajo sea eficaz.
- Al finalizar el turno es conveniente que el TCAE anote las posibles incidencias y las cosas pendientes que no se han hecho para luego poder realizarlas y que no se queden olvidadas.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es primordial en el Hospital de Día Oncológico, tiene muchas funciones muy importantes en cada ubicación de este servicio.

De los más importantes que hay que destacar es que el TCAE debe de tener mucha empatía con los pacientes y sus familiares , darles mucho apoyo para que no se rindan durante su tratamiento y deben de lograr el bienestar del paciente en todo momento. Además el TCAE debe de estar muy pendiente de revisar el material y los tratamientos previstos para que se pueda lograr un buen trabajo.

El TCAE debe de ayudar en todo momento al equipo de enfermería y a los médicos oncológicos para lograr el mejor de los servicios.

6 Bibliografía

1. Las cifras de cáncer en España 2021 [sede web] Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM); 2021 [2021, citado 10 septiembre 2021] Disponible en: https://seom.org/images/Cifras_del_cancer_en_Espana_2021.pdf
2. Ferrero T, Prades J. Necesidades de información en el cáncer de mama y de atención en la supervivencia. Federación Española de cáncer de mama 2013 [libro en internet] Enero 2013 [acceso 28 agosto 2021] Disponible en: <http://fecma.vinagrero.es/documentos/libronec.pdf>
3. Dávila Guerrero, A.E. y Saavedra Chinchayán, M.E.(2017). Comunicación terapéutica del profesional de enfermería , desde la perspectiva de las personas hospitalizadas en el servicio de medicina , hospital general Jaén , 2017 (tesis doctoral) . Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas . Chachapoyas Amazonas , Perú .
4. Delgado Trujillo , A. y de Justo Moscardó , E. (2018). Evaluación del diseño , proceso y resultados de una asignatura técnica con aprendizaje basado en problemas . Educación XXI , 21(2), 179-203 , doi:10.5944/educXX1.19415
5. Divulgación Dinámica S.L.(2017) . Técnicas de comunicación asertiva . Recuperado de: <https://www.divulgaciondinamica.es/blog/técnicas-comunicación-asertiva/>
6. González, A. (2018). Las 6 reacciones emocionales ante el cáncer más habituales . Recuperado de <https://ariadnagonzalezpsicologa.es/las-6-reacciones-emocionales-mas-frecuentes-ante-un-diagnostico-de-cancer/>

Capítulo 45

TURNICIDAD EN EL SECTOR HOSPITALARIO

MONTSERRAT GONZALEZ SANTIAGO

1 Introducción

La mayoría del personal sanitario tiene que realizar turnos rotativos que incluyen las noches.

El trabajo a turnos es una forma de organización en equipo, prestando servicios en horarios distintos.

El trabajo nocturno es el que abarca desde las 22 horas hasta las 6 de la mañana. Trabajar a turnos implica menos horas de sueño y cambios en los hábitos alimenticios, pueden aparecer problemas de salud como estrés, problemas del aparato digestivo, etc.

Otro de los problemas es conciliar la vida familiar y social, ya que las relaciones sociales suelen ser por el día y los fines de semana.

El trabajo a turnos origina conflictos en aspectos fundamentales como el rendimiento en el trabajo y las relaciones sociofamiliares, es un hecho corroborado por algunos estudios científicos e instituciones dedicadas a la prevención de riesgos laborales, como el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene, en el Trabajo (INSHT).

Los turnos en los que los trabajadores del ámbito sanitario realizan su trabajo, ya sea en equipo o en solitario, de manera continuada, están predispuestos a una alteración de diferentes circunstancias, provocando la aparición de diferentes enfermedades de gravedad.

Debido a la necesidad de atención continuada de los pacientes la mayoría del personal sanitario tiene que hacer turnos rotativos en los que se incluye la noche.

2 Objetivos

- Conocer las consecuencias provocadas por el trabajo a turnos, como afectan estas a su salud, su vida familiar y social.
- Determinar las consecuencias que causa el trabajo a turnos en el sector sanitario y como atajarlo .

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, tales como Pubmed, Dialnet, Cuiden. Se han utilizado artículos científicos del ámbito de la Sanidad, así como el Google Académico. Además se han utilizado las palabras clave como descriptores.

4 Resultados

La alteración del sueño, alimentación ,producen la aparición de diversas enfermedades tanto físicas (cardiovasculares o digestivas,) como psicológicas(estrés, ansiedad, depresión), llevando al trabajador a graves problemas de salud y en su vida familiar y social.

Para afrontar la alteración se puede intentar llevar una buena organización y estabilidad de su vida, la realización de actividad física que ayude a garantizar un correcto ritmo biológico y alimentarse adecuadamente, intentando no cambiar los horarios de las comidas.

Una de las consecuencias de la nocturnidad es que afecta tanto al trabajador como a la empresa, afectando a la realización de simples tareas, los efectos mas directos son fatiga, somnolencia, alteración cognitiva, todo esto provoca alteración en el rendimiento y accidentalidad.

Por lo tanto afecta tanto a la seguridad al paciente como a la del profesional sanitario.

Se producen mas bajas laborales, accidentes y absentismo por lo tanto les cuesta mas a las empresas, al sistema sanitario y por supuesto a los trabajadores.

Riesgos que se detectan: alteraciones físicas: del sueño (somnolencia, insomnio, Síndrome de fatiga crónica) ,

Gastrointestinales: gastritis, colitis, etc. psíquicas: Estrés, depresión, etc. sociales: falta de conciliación familiar, relaciones sociales laborales: aumento de siniestralidad, poco rendimiento, aumento de errores, etc.

Resumiendo este tema podríamos decir que el trabajo a turnos es menos satisfactorio que el trabajo de horario fijo , ya que la turnicidad descontrola el ritmo de las personas, puesto que ni duermen ni comen a las mismas horas por lo tanto su ritmo biológico se ve muy alterado.

El trabajo a turnos sobre todo, el de las noches también implica tener que enfrentarse a mas riesgos por menor presencia de personal y por qué algunos centros cierran quedando solo personal de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito sanitario es imposible que desaparezcan los turnos, debido a la carga de pacientes que siempre habrá que atender.

Los turnos rotatorios son provocan un peor estado de salud, siendo los trabajadores del turno de noche los que padecen mayor número de enfermedades en comparación con los trabajadores del resto de los turnos. por lo tanto se deberían tomar medidas que disminuyan el desgaste físico y psíquico.

Contratar mas personal, flexibilidad horaria, disminuir la carga de trabajo, aumento de las pautas de descanso, evitar los turnos dobles, etc.

La compensación económica no elimina los inconvenientes del trabajo a turnos.

6 Bibliografía

Artículos de Google.

Libros sanitarios

Capítulo 46

ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL

ANAY LÓPEZ PULIDO

BRENDA ASSIS SILVA

1 Introducción

La enfermedad terminal es la que se encuentra en el último estadio de su evolución y a la que sucederá la muerte.

La prevalencia mayor de enfermedades terminales se da entre los ancianos.

En el caso de los cuidados paliativos, la atención al paciente comienza con una valoración integral.

Clínica: Recogida de información a través de la historia clínica.

Funcional: Actividades básicas de la vida diaria. Actividades instrumentales de la vida diaria. Actividades avanzadas para la vida diaria.

Mental: Incluye la esfera cognitiva y la afectiva.

Social: Actividad social y carga de su cuidador.

Los objetivos de los cuidados paliativos pueden resumirse en cuatro grupos.

- Bienestar físico: Abarca el tratamiento del dolor y el resto de cuidados físicos necesarios.
- Bienestar psicológico: Los síntomas más frecuentes en ésta etapa son la ansiedad y la depresión. Aunque también pueden presentarse delirios, intranquilidad y agitación.
- Bienestar social: Implica tanto a los familiares como a los profesionales que se ocupan del paciente.
- Bienestar espiritual: Incluye la fe en la religión

La finalidad de los cuidados paliativos es tratar los problemas que se vayan planteando durante esta etapa, para conseguir su máximo bienestar, evitar el sufrimiento, preparar y lograr una muerte digna.

Aunque el final de los cuidados no cesará con el exitus. Aún quedará la atención al cadáver y el duelo de familiares y allegados.

2 Objetivos

Describir aspectos básicos a tener en cuenta en relación con los cuidados paliativos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se pueden destacar tres grupos en los cuidados paliativos. Cuidados físicos, cuidados psicológicos y cuidados post mortem.

Los cuidados físicos comprenden todos los cuidados de enfermería derivados de las necesidades del paciente. Mantener higiene e imagen. Adaptar la alimentación. Colaborar en las eliminaciones, preservando intimidad. Estimular la movilización. Favorecer descanso y sueño. Aplicar pautas de dolor y otras medidas de alivio.

En los cuidados psicológicos toma un lugar imprescindible la comunicación con el paciente. Tanto no verbal como verbal.

Se debe tener en cuenta la actitud ante la muerte. Facilitar y estimular mediante una escucha activa la expresión de temores, ansiedad, tristeza o preocupación. Promover actividades de ocio adecuadas a sus gustos y encuentros con familiares y/o amigos.

Según Kubler Ross el duelo por el que pasan dichos pacientes, se aprecia tanto en el propio paciente ante la vivencia de su muerte, como en las familias tras la pérdida. Y se resume en cinco etapas: negación, ira, negociación o pacto, depresión y aceptación.

En la práctica asistencial con pacientes en fase terminal, los principios de bioética son:

- No maleficencia: Evitar daño físico, psíquico o moral.
- Justicia: Facilitar acceso no discriminatorio y suficiente de los recursos disponibles.
- Beneficencia: Promoción del bienestar y realización personal hasta el último momento.
- Autonomía: Recoger el derecho a la información y a tomar decisiones sobre su persona.

El estado que precede a la muerte es la agonía, que puede durar días u horas. Durante esta etapa deben mantenerse los cuidados imprescindibles descritos con anterioridad y un ambiente tranquilo.

Una vez firmado por un médico el certificado de defunción se efectúan los cuidados post mortem. Posteriormente el cadáver se trasladará al velatorio del hospital, residencia o al tanatorio, también podrá trasladarse (sin amortajar) al quirófano para donación de órganos o a la sala de necropsias.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión general del presente capítulo, resumo que la atención al paciente paliativo comienza con la valoración. Tanto clínica, como funcional, mental y social.

Los objetivos de dichos cuidados se centran cuatro grupos principales. Bienestar físico, bienestar psicológico, bienestar social y bienestar espiritual.

Los cuidados no cesarán con el exitus. El médico certificará la defunción y dará lugar a los cuidados post mortem.

En la práctica asistencial deben cumplirse los cuatro principios de bioética; no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.

La finalidad consiste en tratar todos los problemas que se vayan planteando durante ésta etapa, para conseguir su máximo bienestar y lograr una muerte digna.

6 Bibliografia

- Wikipedia
- MedLinePlus
- Scielo

Capítulo 47

CUIDADO DEL PACIENTE ENCAMADO

BÁRBARA ARGÜELLES ACEVEDO

1 Introducción

Los cuidados del paciente encamado por los sanitarios tienen como objetivo prevenir la seguridad, fomentar la comodidad y evitar las posibles complicaciones de aquellos pacientes que por diversos motivos no pueden ser levantados de la cama. Dentro de estos cuidados la higiene podríamos considerarla como el punto más importante que debemos tener en cuenta, estos trabajos actualmente son los que realizan las TCAE ayudadas por un celador cuando el usuario se encuentra en planta. El fin es el de mantener la piel, lo que se considera como la primera barrera del organismo, en buen estado para poder evitar diferentes complicaciones, tal y como ya mencione anteriormente algunas de ellas podrían ser úlceras, rojeces; además de tener un buen cuidado también de las ropas de la cama, evitando la aparición de las arrugas. Por ello es necesario e importante tener un plan de los cuidados que se van a realizar, así como de las técnicas y productos que se van a utilizar. Otro aspecto al tener en cuenta es el de mantener la privacidad en todo momento del usuario, ya que es raro encontrar pacientes que estén solos en la habitación. Al realizar estos cuidados se crea un vínculo importante entre paciente y sanitario.

Los objetivos que se persiguen con estos cuidados en los pacientes encamados serán los siguientes:

- .Restablecer y conservar una óptima higiene del cuerpo en su totalidad.
- .Conservar la integridad de la piel.
- .Prevenir la posible aparición de los diferentes tipos de úlceras e infecciones.

.Aumentar la comodidad de todos aquellos usuarios encamados.

.Con el cuidado obtenemos otro gran beneficio como sería ayudarlo en la mejora de su estado de ánimo y autoestima.

2 Objetivos

Describir a partir de un caso clínico los cuidados al paciente encamado.

3 Caso clínico

Paciente de 79 años de edad, jubilada y enferma de Alzheimer durante los últimos 10 años; es trasladada al hospital tras un empeoramiento en su clínica y estado, en el cual dio positivo en covid. En el momento del traslado no presenta ninguna herida en la piel, de gran consideración; si presenta pequeñas rojeces en las zonas de la ingle por el uso de los pañales. Había sido operada 2 años antes de una rotura de cadera. Como mencionaba antes, el empeoramiento de su clínica ya que no era capaz de tragar y se alimentaba mediante una jeringa, las papilas y el agua con espesante. Después de diversas complicaciones en su ingreso, como la aparición de una neumonía, y tras estar más de un mes y medio hospitalizada sin ser levantada en ningún momento de la cama, nada más que realizando los aseos diarios oportunos, se le forma una úlcera por presión en la parte lumbar cercana al sacro de un gran tamaño, en la cual se podía observar una gran herida en la piel de la cual salía un gran olor desagradable. Tras recibir el alta, la paciente fue llevada al domicilio con cuidados paliativos, ya que el empeoramiento de sus condiciones no era reversible. En el domicilio la movilidad era también reducida, y la paciente solo se quejaba cuando había que girarla y cambiarla de postura para asearla, cambiarle la ropa y hacerle el cuidado de la úlcera varias veces al día. Era el único momento en el que la paciente presentaba signos de dolor. Además, hubo que emplear taloneras para evitar la posible aparición de lesiones cutáneas en los talones, así como aplicar una crema preventiva recetada previamente por el doctor.

4 Discusión-Conclusión

Como conclusión podríamos decir que por norma general los pacientes están contentos con el trato recibido y los cuidados que se le aplican. Ya que entienden perfectamente la importancia que la higiene tiene para ellos, ya que les aporta

diferentes beneficios, tanto físicos, como psicológicos ya que como mencionaba les ayuda a mantener su autoestima y su ánimo alto. Los sanitarios también entienden que la higiene pasa a ser una parte rigurosa en el cuidado del paciente durante su hospitalización o bien en su domicilio, tanto en las formas en las que hay que actuar, como en los productos empleados.

5 Bibliografía

www.uvadoc.uva.es

www.revistasanitariadeinvestigacion.com

www.revista-portalesmedicos.com

www.mayoclinic.org

www.msmanuals.com

Capítulo 48

CASO CLÍNICO: CORRECCIÓN DE PROLAPSO GENITAL

ELIA FUNES RUIZ

ANGELA MARIA BOLADO TIZON

1 Introducción

El prolapso genital comprende el descenso del útero y/o la vagina, la vejiga, el recto e intestino también llamado prolapso de órganos de la pelvis (POP) significa que los músculos y tejidos que sujetan los órganos de la pelvis o suelo pélvico, se debilitan y alguno se empieza a abultar dentro y hasta fuera de la vagina.

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es bastante frecuente y afecta a mujeres que han tenido varios partos pudiendo llegar hasta un 40% de estos casos. También y en muchos casos puede venir asociado a problemas importantes como la incontinencia urinaria o fecal.

Aunque no es algo de mucha gravedad, el prolapso suele ser algo muy incómodo y hasta doloroso.

En este caso concreto hablaremos de prolapso de útero

En otros casos puede aparecer en mujeres con aumento crónico de la presión abdominal o en mujeres con debilidad congénita de los tejidos de apoyo. Los síntomas más frecuentes del prolapso genital suelen ser:

- Sensación de cuerpo extraño dentro de la pelvis

- Dificultad a la hora de mantener relaciones sexuales, ya bien por molestias como por el miedo a que se perciba
- Trastornos intestinales, estreñimiento, incontinencia fecal y sobre todo incontinencia urinaria al mínimo esfuerzo.
- Aparición de un bulto a través de la vagina, con la sensación que ello conlleva.
- Sensación de no haber vaciado la vejiga y necesidad de orinar mas veces

2 Objetivos

Describir a partir de un caso clínico la intervención para la corrección del prolapso genital.

3 Caso clínico

Paciente de 47 años que ingresa para intervención quirúrgica programada (HT subtotal LCP+colposacropexia) por historia de prolapso de compartimento medio tratado con pesario sin mucho éxito.

Ex fumadora, sin alergias conocidas (ANC)

En los antecedentes neonatales, obstétricos y quirúrgicos encontramos dos gestaciones, un parto hace 15 años y un aborto natural hace siete.

Sangrado uterino anormal que precisa de gestágenos. desea intervención para corregir el prolapso y dejar la medicación. Toma cerazet desde hace tres meses (teniendo que suprimir lo por aparición de cefaleas), ausencia de menstruación

En la exploración física nos encontramos con histeroceles grado dos con elongación de labio anterior, útero globuloso, constantes normales, sin fiebre, tolerancia oral establecida, micción sin incidencias, abdomen blando y depresible

La paciente al ingreso y tras estudios preoperatorios que no contraindican la cirugía, se realiza histerectomía subtotal más salpinguectomía bilateral y cervicopexia laparoscópica, sin incidencias

Recibe información sobre la intervención y el proceso. La extirpación del útero supone la imposibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones.

Si en el momento de del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

La intervención precisa efectuarse bajo anestesia que será valorada bajo la responsabilidad del servicio anestesista, en este caso concreto se utilizará la anestesia total.

No se puede descartar en principio que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión de sangre, que en todo caso se realizará con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente o sus familiares informados de los resultados de dicho estudio.

La intervención quirúrgica consistirá en este caso en la extirpación total del útero, en caso de existir incontinencia urinaria asociada, se aplicarán las técnicas más idóneas para su corrección, en caso de que el equipo quirúrgico lo crea conveniente, se aplicarán mallas de contención.

En este caso concreto la técnica que se utilizará será pectopexia laparoscopia.

4 Discusión-Conclusión

El objetivo ante un caso de prolapso como el expuesto es reparar los tejidos debilitados para una adecuada anatomía vaginal y así poder controlar los problemas de vejiga, mejorar el intestino y la vida sexual.

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (edad avanzada, anemia, diabetes, cardiopatía, hipertensión...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, en un porcentaje mínimo y excepcional la muerte.

Existen unas posibles complicaciones específicas de esta intervención:

Infección urinaria, retención temporal de la orina que necesita sondaje, infección de la herida quirúrgica.

En cuanto a las recomendaciones tras la intervención, destacamos:

Acudir a revisión posoperatoria según cita que recibirá por correo.

Lavar puntos con agua y jabón para facilitar una buena cicatrización.

Reposo relativo(evitar coger pesos y hacer esfuerzo)

Controlar estreñimiento con dieta.

Si hay sangrado abundante, dolor intenso, fiebre o cualquier otro síntoma, acudir a urgencias de ginecología.

5 Bibliografía

elsevier.es

Juan Castro,graduado en enfermería de Zaragoza suelo pelvico.com

Capítulo 49

LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PARITORIO

CAROLINA MESURO BAO

1 Introducción

El parto es el proceso de expulsión de uno o más fetos desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

La función de técnico en cuidados auxiliares de enfermería es la de apoyar en todo lo necesario al resto del equipo sanitario, como son este caso las matronas, las cuales están presentes durante todo el proceso del parto.

Además de proporcionar ayuda y bienestar a la paciente, tratando de cubrir sus necesidades de manera cómoda y agradable.

La paciente puede estar ingresada en la planta de maternidad o ingresar a través del servicio de urgencias. Una vez recibida, la paciente pasará a la sala de dilatación donde la ayudaremos a acomodarse para que el proceso sea lo más íntimo y confortable posible.

Una vez instalada, la madre y el bebé son monitoreados y controlados continuamente. Aquí la embarazada puede estar en la camilla o en movimiento, hasta el momento de la epidural, si la solicitara, donde ya tendrá que permanecer tumbada en la camilla en decúbito supino para que la anestesia haga su efecto. Es una forma de aliviar el dolor y que permite a la paciente permanecer despierta durante el parto.

Intentaremos que esté tranquila y que se sienta a gusto durante el tiempo que se encuentre en la sala de dilatación hasta el momento del parto.

En términos generales, la función principal del TCAE es:

- acompañar y explicarle cómo es el proceso.
- informar sobre las estrategias para afrontar el dolor y el estrés.
- mantener una comunicación activa con ella para poder aportarle confianza, ya que se trata de un momento delicado, y es probable que la embarazada en estos momentos previos se encuentre nerviosa, por lo que intentaremos tranquilizarla

Además, toda mujer debe contar con un apoyo durante el trabajo de parto y parto, que será elegido por ella.

2 Objetivos

Describir las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en paritorio.

3 Metodología

Revisión bibliográfica. Se ha realizado una búsqueda en las bases de datos de Medline, Scielo. Además de realizar varias búsquedas con la palabra parto o funciones del TCAE, también se han consultado diversos artículos y libros para poder gestionar dicho trabajo de manera concreta y correcta, seleccionando la información más relevante e importante.

4 Resultados

El parto de una mujer ocurre entre la semana 37 y 42, y puede haber distintos tipos de partos; parto vaginal, instrumental o cesárea.

En el parto suceden una serie de modificaciones hormonales, físicas y fisiológicas, que se dividen en tres partes:

- fase de dilatación; dura hasta que el cuello se dilata por completo.
- fase de expulsión; momento de la expulsión del feto.
- el alumbramiento; es la salida de la placenta.

El TCAE tiene una gran función de acompañamiento, ya que estamos presentes durante el trabajo de parto, el propio parto y en el postparto de la mujer.

Además de ayudar a la matrona o ginecólogo en todo lo necesario desde:

- la preparación y comprobación de los equipos y material, tanto de las salas de dilatación, como en el paritorio.
- colocación de la paciente ayudándola vestirse/desvestirse.
- colocación de cuña o acompañamiento al baño si lo necesitara.
- preparando a la embarazada en la camilla o cama de parto.
- facilitando los equipos e instrumentos necesarios, así como la posterior desinfección de los mismos para ser enviados al servicio de esterilización.
- preparación del campo epidural, y recogida del mismo.
- ayudando a la parturienta en todo lo necesario.
- recogiendo la sala de dilatación, dejando todo ordenado y con el material suficientemente repuesto, para recibir la próxima embarazada.
- recogiendo y reponiendo el paritorio.
- higiene de la púérpera, por lo general podrá ducharse el primer día del parto cuando pueda levantarse.
- fomentando la lactancia materna, siempre que sea posible. Ya que esta posee anticuerpos maternos, los cuales reducen las infecciones y favorece las funciones digestivas y metabólicas del recién nacido.
- prestando las primeras atenciones al recién nacido, donde se toma una huella plantar y se coloca una pulsera con sus datos.

Además tras el parto se realiza el Test de Apgar, donde se evalúa el estado general del bebe teniendo en cuenta; la frecuencia cardíaca, la respiración, color de la piel, tono muscular y reflejos.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería contribuyen desde que se recibe a la paciente, hasta que abandona el servicio del paritorio para ir a su habitación.

Nuestras funciones cubren desde el acompañamiento en el parto y durante todo el proceso de dilatación, hasta los posteriores cuidados de la parturienta y su recién nacido, si fuera necesario.

Ya que por norma general, el bebe está continuamente con su madre realizando contacto piel con piel.

Una vez finalizado el parto, la parturienta y bebe pasarán de nuevo a la sala de dilatación durante un periodo de 2 horas, donde se vigilarán las constantes de

ambos y se facilitará ayuda en todo lo que necesiten ambos.

Pasado este tiempo, la parturienta y bebé pasarán a su habitación en la planta de maternidad.

Cabe resaltar, que siempre puede haber alguna complicación durante el proceso de parto, y que la parturienta o el bebé necesiten unos cuidados más exhaustivos en otra planta del hospital.

6 Bibliografía

- www.scielo.com
- www.medline.com
- Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer (julio de 2007). Parto. Citado por National Institutes of Health. Último acceso 20 de febrero de 2008.

Capítulo 50

EPILEPSIA. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALMA MARÍA CRUZ GÓMEZ

1 Introducción

La epilepsia es una afección crónica del sistema nervioso que provoca en quien la sufre convulsiones debidas a descargas eléctricas en el cerebro, ya sea en una zona localizada del mismo o generalizada; es por esto que se pueden diferenciar distintos tipos de epilepsia.

Esta enfermedad en sí no es una enfermedad sino una tendencia a que se produzcan estos episodios convulsivos por lo que no se entiende "epilepsia" como enfermedad en sí misma sino "personas con epilepsia".

Este trastorno puede presentarse en cualquier persona de cualquier condición y en cualquier momento de su vida, independientemente de si es más joven o mayor, así sea hombre o mujer o de un país u otro.

Para referirnos a una persona con epilepsia esta debe haber sufrido al menos dos ataques epilépticos, ya que se dan muchos casos en personas que han tenido un episodio epiléptico alguna vez en su vida pero de manera aislada, sin diagnosticarse, por tanto, como tal.

Si la persona empieza a sufrir estas descargas eléctricas cerebrales en la infancia esto va a repercutir en su desarrollo neuronal normal, puesto que el cerebro digamos no está aún formado ni preparado para sufrir ni soportar estos ataques, lo que producirá efectos indeseables en el normal desarrollo neuronal de la persona y dependiendo dichos efectos negativos también de la zona cerebral donde se localice la descarga eléctrica.

2 Objetivos

- Describir los dos tipos de convulsiones que pueden darse en un ataque epiléptico, así como las pautas de actuación y primeros auxilios.

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

4 Resultados

Los tipos de convulsiones que se pueden sufrir en un ataque de epilepsias pueden ser de dos tipos: generalizadas y focales.

1. convulsiones generalizadas: que afectan a ambos lados del cerebro.

- de ausencia: también llamadas del mal menor. Se presentan con un parpadeo o la mirada fija a lo lejos unos segundos.

- tónico -clónicas: también llamadas del mal mayor. Pueden provocar en la persona gritos, que se caiga al suelo (con sus consecuencias peligrosas), tenga rigidez o espasmos musculares, pierda el conocimiento (tónica es cuando causa rigidez muscular, atónica es cuando causa relajación de los músculos, mioclónia es cuando causa sacudidas cortas en partes del cuerpo y clónica cuando causa periodos en que partes del cuerpo tiemblan o se sacuden).

Después de una convulsión tónico-clónica la persona se puede sentir muy cansada.

2. convulsiones focales (parciales): afectan a una sola zona del cerebro.

- simples: son las que afectan a una pequeña parte del cerebro causando un cambio en los sentidos de la percepción y generando una sensación como puede ser un olor extraño o un sabor o también sacudidas.

- complejas: pueden causar confusión en la persona que puede sentirse aturdida y no responder a preguntas ni seguir instrucciones por unos pocos minutos.

- generalizadas secundarias: empiezan en una convulsión focal y sigue con una convulsión generalizada (primero en una parte del cerebro y luego a ambos lados de este).

Primeros auxilios:

Ante un ataque epiléptico debemos actuar de la siguiente manera:

- Si la convulsión dura más de cinco minutos llamar a emergencias , también si la persona resulta lesionada:
- No debemos intentar sujetar a la persona o evitar que se mueva.
- No pondremos nada en la boca de la persona porque podría lesionarle los dientes o la mandíbula. Una persona con una convulsión no se puede tragar la lengua.
- No intentaremos hacerle la respiración boca a boca (como RCP).
- Evitar los peligros. Debemos retirar de la zona todo aquello que pueda interferir con la persona que está sufriendo la convulsión , ya sean objetos o cables en el suelo, algo que se haya roto al caer la persona al suelo..
- Mantener la calma, la convulsión pasará en unos pocos minutos.
- Dirigirse al paciente con un lenguaje calmado, no amenazante
- Aflojar la corbata si lleva, pañuelo o cualquier cosa que pueda producir un atragantamiento.
- tumbar al paciente sobre un lado y procurar ponerle debajo de la cabeza una almohada o algo blando como un jersey doblado.

Existen medicamentos para tratar este problema y evitar las convulsiones con el riesgo que se genera con estas para la seguridad de la persona que las padece. A veces es difícil encontrar el tratamiento que mejor se adapta a cada caso, ya que tiene que pasar un tiempo para comprobar que funciona en esa persona y de no ser así se debe de retirar así mismo de manera cuidadosa, es decir no bruscamente sino paulatinamente y que son medicaciones fuertes y es el médico quien valora en cada caso si es mejor una u otra opción en cuanto al tratamiento, ya que sopesa los efectos secundarios de cada tratamiento y el riesgo- beneficio en el paciente por sus efectos secundarios.

Algunas veces estos medicamentos están ya preparados para tratar simultáneamente problemas de la personalidad que se asocia a esta afección, pues suelen ser personas que presentan cambios bruscos en la conducta y problemas que se derivan de la afectación que producen las convulsiones según que áreas del cerebro y en que momento se han producido y afectado al desarrollo de áreas que estén vinculadas al carácter cognitivo así como emocional de la persona.

5 Discusión-Conclusión

La epilepsia no es una enfermedad en sí misma, sino un proceso de muy diverso origen, con una expresividad clínica variable y distintos grados de evolución elec-

troclínica y gravedad. Es importante - conocer la enfermedad de epilepsia para ofrecer la mejor ayuda y comprensión a la persona que la padece.

Tal y como se ha expuesto en este capítulo, existen diferentes tipos de epilepsia y dependiendo de cada caso la misma persona puede tener distintos síntomas y comportamiento. Es fundamental saber actuar y realizar los primeros auxilios que se han detallado anteriormente cuando una persona está sufriendo un ataque epiléptico.

6 Bibliografía

<https://www.mayoclinic.org>

<https://www.cun.es>

<https://www.msmanuals.com>

<https://es.wikipedia.org>

Capítulo 51

ESCLEROSIS MÚLTIPLE. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALMA MARÍA CRUZ GÓMEZ

1 Introducción

La esclerosis múltiple es una enfermedad desmielinizante, crónica, autoinmune e inflamatoria sobre el sistema nervioso central, en el cual el sistema inmunitario del cuerpo ataca la cubierta protectora de las células nerviosas del cerebro, el nervio óptico y la médula espinal, llamada vaina de mielina. Esta vaina suele compararse con el aislamiento que tiene un cable eléctrico y es una vaina que rodea al axón de la neurona y que ayuda a transmitir los impulsos nerviosos; aunque también se dañan las propias fibras nerviosas (axones).

Para diagnosticar esta enfermedad se descartan otras con síntomas y signos similares, es lo que llamamos “diagnóstico diferencial”.

Una de cada 1000 personas sufre esta enfermedad.

El dolor de la esclerosis múltiple es el dolor más intenso y es de corta duración (desde unos pocos segundos hasta dos minutos), pero puede dar lugar a una sensación de ardor o dolor más constante. La neuralgia del trigémino es uno de los peores síntomas que las personas con esclerosis múltiple experimentan.

La Esclerosis Múltiple no tiene cura, pero ya hay tratamientos seguros que ayudan a controlar los síntomas y frenan también la progresión de esta enfermedad,

estos medicamentos son algo novedoso , que se administran desde solo hace 20 años.

2 Objetivos

- Conocer la enfermedad de esclerosis múltiple, su origen, evolución y pronóstico para comprender las necesidades del paciente que la padece.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medine y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Entre los síntomas frecuentes están fatiga, problemas de visión, entumecimiento y hormigueo, distesia (dolor crónico), espasticidad, debilidad, vértigo y mareos, cambios emocionales o depresión.

Existen cuatro tipos de esclerosis múltiple:

1. REMITENTE-RECURRENTE: Alrededor del 85% de las personas es diagnosticada en un inicio con este estado de esclerosis múltiple en el cual el paciente sufre picos agudos seguidos de episodios sin síntomas .
2. SECUNDARIAMENTE-PROGRESIVO: tras 20 años de sufrir el tipo de esclerosis remitente – recurrente puede suceder que se pase a una fase en que se sufre periodos remitentes más seguidos con menos periodos recurrentes.
3. PRIMARIAMENTE-PROGRESIVO: aquí se engloban el 15% de los pacientes. Periodos graduales y progresivos de los síntomas sin periodos de remisión o recuperación.
4. PROGRESIVAMENTE-RECURRENTE: Es un subtipo del primariamente recurrente y se diferencia del remitente- recurrente en que este tipo no tiene afectación

sobre el cerebro ni sobre las vías espinales

Se puede hacer una vida normal tras el diagnóstico de esclerosis múltiple que suele ser tras comprobar mediante resonancia magnética inflamación de la médula espinal lo que se denomina “positivo en banda” que determina que sí existe algún tipo de patología en este nivel y a partir de este resultado se siguen haciendo pruebas que permitan establecer un diagnóstico definitivo junto con los síntomas descritos por el paciente , se hacen también otras pruebas como puede ser una punción lumbar.

Tras los resultados se administra al paciente tratamiento de corticoides para rebajar la inflamación tras un brote que ha desencadenado los síntomas que puede ser invalidante para el paciente a la hora de realizar las actividades de la vida cotidiana si no se pone un tratamiento, ya sea dolor de cabeza , pérdida de la visión en un ojo o en ambos ojos, visión cruzada (por ejemplo para mirar antes de cruzar una calle), etc.

5 Discusión-Conclusión

La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica del sistema nervioso que ataca produciendo síntomas muy variables según cada caso, nunca los síntomas son similares entre dos pacientes.

El paciente se sentirá fatigado casi a diario aunque con el tratamiento adecuado ,que será de por vida, podrá llevar una vida normal adaptada a esta enfermedad.

Ante el diagnóstico en paciente puede sentirse frustrado y hundido emocionalmente, pero conocer de cerca la enfermedad puede ayudarle mucho a afrontarla y saber sobrellevarla sin desesperanzarse, por ejemplo existen también asociaciones de personas que sufren la misma enfermedad y hacer de su nueva situación de salud un apoyo para otros y para sí mismos para llevar esta lucha acompañado de manera positiva ayuda en gran medida a los pacientes ya su estado anímico en general.

6 Bibliografía

<https://www.mayoclinic.org>

<https://www.cun.es>

<https://www.msdmanuals.com>

<https://es.wikipedia.org>

Capítulo 52

FIBROMIALGIA. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALMA MARÍA CRUZ GÓMEZ

1 Introducción

La fibromialgia es un síndrome de evolución crónica que afecta al sistema músculo-esquelético y afecta a tres pilares , uno es el dolor generalizado, el paciente suele expresarse diciendo que “le duele todo” , otro es la “fatigabilidad” o falta de energía, por la que el paciente suele sobrellevar el día con cansancio y llegar al final del mismo agotado y el tercero es el trastorno del sueño, desde problemas para conciliar el sueño y otros como insomnio perdurable en el tiempo a problemas en la calidad del sueño, por lo que el paciente no alcanza un sueño reparador aunque haya dormido no descansa y se levanta dolorido y fatigado.

Afecta más a mujeres que a hombres (factores hormonales), que suelen ser mujeres jóvenes en edad comprendida entre los 20 – 40 años.

La causa que origina esta enfermedad no se conoce, pero sí se ha demostrado que existe una predisposición genética, es decir que si hay antecedentes en familiares que han desarrollado esta enfermedad hay también más probabilidad de padecerla; pero son necesarios otros factores ambientales que hacen que se presente la enfermedad, estrés familiar o laboral, crisis emocionales, a veces se acompaña de problemas de índole psiquiátrica (ansiedad o depresión), por lo que sabemos actualmente que se trata en definitiva de una enfermedad que aparece acompañada de otros factores desencadenantes.

Los síntomas pueden ser: mala tolerancia al esfuerzo, inflamación de manos y pies, hormigueo en las manos, jaqueca, dolores en la menstruación, jaqueca, colon irritable, sequedad en la boca y en los ojos, sensación de rigidez generalizada por las mañanas al levantarse, colon irritable, facilidad para desmayarse en situaciones de estrés o de calor por ejemplo.

A veces, se presenta la enfermedad tras padecer otra que supone la causa que desencadena la fibromialgia, como puede ser un accidente de automóvil, artritis reumatoide, lupus eritematoso, infecciones bacterianas o virales, etc, ya que estas personas ya tenían ésta predisposición oculta en la regulación de su capacidad de respuesta a determinados estímulos.

La enfermedad que necesitará tratamiento de por vida, puede evolucionar con etapas mejores y peores en función del nivel de estrés que tenga que gestionar el paciente en las diferentes circunstancias vitales.

Entendemos que el dolor se siente a través de mecanismos eléctricos mediante las vías nerviosas, que están alteradas en los pacientes con fibromialgia y ante estímulos no dolorosos el sistema nervioso del paciente los registra como dolorosos y así los sufre la persona que padece fibromialgia considerando así que tienen un “umbral del dolor muy bajo” a causa de una alteración de la transmisión de estímulos ya sean por el tacto u otros sentidos.

- ALODINIA: percepción anómala del dolor ante un estímulo que normalmente es indoloro, o que incluso resulta placentero. La simple presión de los filamentos de los cepillos dentales.

- HIPERALGESIA: aumento de la sensibilidad al dolor y reacción extrema al mismo. La hiperalgesia se presenta cuando se dañan los nervios o hay cambios químicos en las vías nerviosas que participan en la percepción del dolor.

2 Objetivos

- Conocer la enfermedad de fibromialgia para comprender las necesidades del paciente que padece esta enfermedad.
- Comprender la frustración del paciente ante una enfermedad de difícil diagnóstico y la repercusión que esto supone en su enfermedad.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medine y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En cuanto al tratamiento para el dolor se usan medicamentos que se suelen administrar a pacientes con depresión, ya que estos medicamentos antidepresivos persiguen también evitar el dolor en el paciente, así mismo se utilizan medicamentos antepilépticos que buscan el mismo fin y con ellos conseguimos disminuir el dolor en el paciente.

También se usan analgésicos en etapas de la enfermedad con síntomas leves. La terapia no farmacológica también sirve para aliviar síntomas anímicos y motivar al paciente a que no se rinda, ya que esta enfermedad puede llegar a hacer al paciente sentirse desvalido y desesperanzado, agotado ante la enfermedad, apoyarle para “seguir adelante” es muy importante, así como sentirse comprendidos en terapias grupales con personas que padezcan el mismo mal.

Se deben tratar de forma paralela otras enfermedades paralelas que acompañen la fibromialgia, tales como depresión o ansiedad.

Esta enfermedad se manifiesta principalmente con dolor, por lo que el paciente debe acudir a la consulta de un médico reumatólogo que con ayuda multidisciplinar determinaran el mejor tratamiento para cada paciente.

Está muy recomendado ante esta dolencia la realización de ejercicio moderado incluido en la rutina diaria, ya que se ha demostrado que mejora el estado del paciente (andar, nadar, yoga suave, pilates suave, en general ejercicios aeróbicos sin impacto).

Si el paciente recibe el diagnóstico y el tratamiento correcto es bueno hacerle saber que aunque es una enfermedad crónica no va a causarle daños secundarios más allá del tratamiento del dolor, y que una vez comience con todo el tratamiento puede hacer vida normal y realizar esfuerzos como lo hacía antes del

diagnóstico mientras no le suponga dolor, es decir, incluso es bueno que realice ejercicio físico de forma rutinaria pudiendo ser este de mayor nivel de exigencia.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de fibromialgia es complicado, ya que ningún examen ni prueba médica, ya sea de imagen o análisis ni ninguna otra da resultados que hagan visible la enfermedad para determinar la misma, que finalmente se diagnostica en base a los síntomas y descarte de otras enfermedades de tipo neurológico; esto supone una gran frustración para el paciente que hasta que es diagnosticado sufre incompreensión a su alrededor, ya que lleva un tiempo conseguir la conclusión de este diagnóstico, esto puede ser muy frustrante para quien padece esta enfermedad dolorosa.

Si el paciente recibe el diagnóstico y el tratamiento correcto es bueno hacerle saber que aunque es una enfermedad crónica no va a causarle daños secundarios más allá del tratamiento del dolor , y que una vez comience con todo el tratamiento puede hacer vida normal y realizar esfuerzos como lo hacía antes del diagnóstico mientras no le suponga dolor, es decir, incluso es bueno que realice ejercicio físico de forma rutinaria pudiendo ser este de mayor nivel de exigencia.

6 Bibliografía

<https://www.mayoclinic.org>

<https://www.cun.es>

<https://www.msmanuals.com>

<https://es.wikipedia.org>

Capítulo 53

CAÍDAS EN RESIDENCIAS DE MAYORES

ELIA FUNES RUIZ

ANGELA MARIA BOLADO TIZON

1 Introducción

Las caídas en residencias de ancianos son un problema de salud importante que puede tener consecuencias graves, como fracturas, lesiones cerebrales y discapacidad.

A medida que envejecemos, nuestra capacidad para mantener el equilibrio y prevenir caídas se ve afectada por cambios en la visión, el oído, la movilidad y la sensación. Además, el uso de medicamentos y ciertas enfermedades crónicas también aumentan el riesgo de caídas.

Las residencias de ancianos son lugares donde un gran porcentaje de personas mayores viven y se requiere una atención especializada para prevenir y manejar las caídas. Es importante que las residencias de ancianos tengan un plan de prevención de caídas en marcha y que se desarrollen estrategias para identificar y tratar a los residentes en riesgo.

Esto puede incluir la evaluación del riesgo de caídas, la implementación de programas de ejercicios para mejorar el equilibrio y la movilidad, y el monitoreo de los medicamentos. Además, es importante que las residencias de ancianos estén diseñadas y equipadas de manera segura, con características como iluminación adecuada, barandillas en las escaleras y pasillos amplios y sin obstáculos.

En resumen, las caídas en residencias de ancianos son un problema de salud importante que puede tener consecuencias graves para la salud de los residentes. Es esencial que se desarrollen estrategias efectivas para prevenir y manejar las caídas y que las residencias de ancianos estén diseñadas y equipadas de manera segura para evitar accidentes.

2 Objetivos

- Reducir la incidencia y gravedad de las caídas
- Mejorar la calidad de vida y seguridad de los residentes.
- Aumentar la eficacia de la atención médica.
- Reducir los costos asociados a las caídas

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 consultado artículos científicos publicados en revistas médicas especializadas en geriatría y gerontología, así como en revistas de salud pública y enfermería geriátrica. También se ha buscado en internet sobre el cuidado de personas mayores.

4 Resultados

Al tratar el tema de las caídas en residencias de ancianos se pueden obtener varias observaciones generales. En primer lugar, es importante tener en cuenta que las caídas en residencias de ancianos son un problema de salud importante que puede tener consecuencias graves para los residentes.

Por ello, es esencial desarrollar estrategias efectivas para prevenir y manejar las caídas. En segundo lugar, se ha observado que la evaluación del riesgo y la implementación de programas de ejercicios específicos para mejorar el equilibrio y la movilidad son medidas eficaces para prevenir las caídas.

Además, es importante tener en cuenta que el diseño y equipamiento seguros de las residencias de ancianos también pueden contribuir a reducir el riesgo de caídas.

En tercer lugar, se ha observado que el monitoreo y manejo adecuado de los medicamentos pueden ayudar a reducir el riesgo de caídas. Por último, se ha mencionado la importancia de reducir los costos asociados a las caídas, pudiendo ser una buena idea la implementación de estrategias efectivas para prevenir y manejar las caídas y mejorar el diseño y equipamiento de las residencias de ancianos.

En resumen, es importante tener en cuenta que la prevención y manejo de las caídas en residencias de ancianos es esencial para garantizar la seguridad y calidad de vida de los residentes.

Se trata de evitar que el anciano sufra riesgos innecesarios de caídas en su vida cotidiana en el centro, de esta manera el profesional y cuidadores que se ocupan del anciano serán los encargados de seguir el protocolo de cuidados y caídas.

Ante todo, si un mayor sufre una caída debemos mantener la calma y antes de levantarlo debemos de valorar y observar si la persona sufre daños.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión con este tema ,es importante tener en cuenta que las caídas en residencias de ancianos son un problema de salud importante que puede tener consecuencias graves para los residentes. La promoción de toda estrategia preventiva en estos centros es muy importante.

Por ello,se debe incrementar nuevas ideas y estrategias útiles ,eficaces y seguras para prevenir y manejar las caídas, la práctica de programas de ejercicios específicos para mejorar el equilibrio y la movilidad son medidas eficaces para prevenir las caídas.

Es importante tener en cuenta que el diseño y equipamiento seguros de las residencias de ancianos también pueden contribuir a reducir el riesgo de caídas.

6 Bibliografía

www.salud.es
opra info geriatria.com

Capítulo 54

TETRAPLEJIA. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALMA MARÍA CRUZ GÓMEZ

1 Introducción

La tetraplejia (también llamada cuadriplejia) es una enfermedad de origen neurológico que afecta a la función motora y sensitiva de las extremidades inferiores y superiores del cuerpo, al tronco y a la zona de la pelvis, lo que provoca que la manera de moverse y la sensibilidad del paciente varíe en función del grado de afectación y el nivel al que se encuentre la lesión dentro de la médula espinal.

Esta afectación puede tener un origen externo , es decir, a causa de un traumatismo como puede ser el producido a causa de un accidente de tráfico o una caída desde un lugar alto, una mala caída en una persona mayor o un origen interno, es decir a causa de una enfermedad neurológica como pueden ser la esclerosis múltiple o la esclerosis lateral amiotrófica.

Esta enfermedad afecta mayoritariamente a los hombres.

Esta enfermedad , por su sintomatología, deteriora la funcionalidad y por ello la capacidad del individuo para las actividades de la vida diaria, ya que principalmente el movimiento es lo que más será afectado así como la sensibilidad y con ello todos los problemas que supones tal circunstancia en el paciente (al no percibir los estímulos por dolor ni los cambios de temperatura existe un mayor riesgo de accidentes).

2 Objetivos

- Conocer la enfermedad de tetraplejia, origen, síntomas, evolución y pronóstico.
- Entender que siente un paciente con tetraplejia ante esta situación de salud en su vida para empatizar con el paciente de apoplejía.

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

4 Resultados

Los signos más comunes son: no hay control, es decir, los músculos no obedecen las señales que envía el cerebro para el movimiento; incontinencia urinaria y fecal; alteraciones del sistema somático por la misma razón de dicha interrupción de las fibras nerviosas (como pueden ser sudoración o rubor constante en la piel, hipertensión, frecuencia cardíaca alterada o dolores de cabeza) problemas respiratorios derivados de las repetidas infecciones por acumulación de secreciones, gastrointestinales (estreñimiento debido a la debilitación de los músculos abdominales). También con el tiempo pueden aparecer úlceras por presión en la piel, atrofia de los músculos, espasticidad muscular. También puede aparecer disfunción sexual, dolor neuropático, osteoporosis.

La tetraplejia puede ser completa, parcial, reversible o irreversible: si por ejemplo la lesión estuviera en la vértebra c1, que es la primera vértebra cervical, la persona perdería la utilidad de las cuatro extremidades y necesitaría un respirador que supliese la función pulmonar. Si la lesión estuviese en la vértebra c7, que es la última vértebra cervical puede perder el uso de las extremidades inferiores y el torso pero conservar la utilidad de los brazos y las manos.

El tratamiento de la lesión dependerá de cada caso particular y de su causa. Se pueden administrar esteroides para tratar la inflamación de la médula espinal y si se debe a causa de un traumatismo se debe emplear la cirugía urgente para aliviar

la presión e intentar corregir en problema que pudiera ser por ejemplo una vértebra fracturada que interfiere en la médula sin tener porque existir una rotura de la columna vertebral, es por esto que cada caso es diferente en su enfoque rehabilitador y pronóstico. También se puede emplear estimulación eléctrica funcional sobre los músculos que conseguirá una recuperación de la movilidad parcial.

5 Discusión-Conclusión

Algunas personas con lesión en la médula espinal pueden , en contra de lo que muchas personas creen, llegar a caminar o usar una silla de ruedas.

La alimentación como en muchos problemas de salud física es muy importante tenerla en cuenta para una mejoría funcional.

Además de la rehabilitación física también servirá de ayuda en la recuperación del paciente seguir programas de terapia ocupacional destinados al perfil de este tipo de enfermedad. Cuidar también la motivación con un profesional que procure apoyo psicológico al paciente es de vital importancia y primordial según cada caso y su causa, fortaleciendo el apoyo al paciente así como a los familiares de este.

6 Bibliografía

<https://www.mayoclinic.org>

<https://www.cun.es>

<https://www.msdmanuals.com>

<https://es.wikipedia.org>

Capítulo 55

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA DESCRITA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALMA MARÍA CRUZ GÓMEZ

1 Introducción

La enfermedad de Esclerosis Lateral Amiotrófica es una enfermedad neurodegenerativa rápida que ataca a las células nerviosas motoras superiores e inferiores (llamadas también motoneuronas) produciendo su debilitamiento y consecuentemente su pérdida hasta resultar una menor cantidad de estas neuronas que son las responsables de producir el movimiento de los músculos.

Así la Esclerosis Lateral Amiotrófica al ir muriendo estas neuronas de la corteza cerebral, el tronco encefálico y la médula espinal comenzará a producir signos característicos de ésta enfermedad como son la lentitud de los movimientos, afectando también a la musculatura que interviene en la comunicación oral, la deglución y la función respiratoria.

Esta enfermedad se distingue de otras enfermedades neurodegenerativas en que no deteriora la capacidad cognitiva ni consciente del paciente, es decir que mientras evoluciona el deterioro muscular, ya que se ven implicados todos los músculos del cuerpo indistintamente, el paciente mantiene intacta su capacidad psíquica, lo que emocionalmente puede suponer un gran sufrimiento. Tampoco

se verán afectados la musculatura ocular, el control de los esfínteres ni la sensibilidad cutánea.

El paciente necesitará en pocos años ayuda para realizar todas las actividades de la vida cotidiana.

2 Objetivos

- Dar a conocer la enfermedad de Parálisis Lateral Amiotrófica.

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

4 Resultados

La Esclerosis Lateral Amiotrófica es una patología neuronal que produce una degeneración progresiva de todos los músculos hasta que finalmente provoca una dependencia total en los últimos años de vida para realizar las funciones básicas como deglución, respiración e imposibilitando cualquier movimiento muscular, no afectando a los sentidos (sabor, vista, oído y olfato) ni a la capacidad cognitiva; solo en algunos casos se puede presentar un grado de demencia que afecte a la memoria del paciente.

En los últimos estadios de esta enfermedad casi todos los grupos musculares estarán afectados y el paciente necesitará por esto alimentación mediante sonda gástrica y el apoyo de un respirador automático, siendo así la causa más común de fallecimiento de estos pacientes el fallo respiratorio.

El diagnóstico de ésta enfermedad se consigue diferenciar de manera clara por sus síntomas y por descarte de otras enfermedades neurodegenerativas, lo que llamamos diagnóstico diferencial.

Se puede tardar alrededor de 20 meses en consolidar el diagnóstico basándose en los síntomas.

La edad media de padecer la enfermedad es alrededor de los 56 años.

En cuanto se diagnostica la Esclerosis lateral Amiotrófica se pone en marcha un equipo multidisciplinar que apoya cada sintomatología, es decir, neurólogos, neumólogos, psicólogos, logopedas para los problemas del habla, un nutricionista que procure la alimentación más conveniente y vaya adaptándola a sus necesidades.

Cuando la enfermedad está muy avanzada y los pulmones ya están fallando se puede realizar una traqueotomía al paciente para facilitar la función respiratoria, esto implica una observación constante del buen estado del paciente en cuanto al control del buen funcionamiento del respirador y la colocación y limpieza del tubo conectado a la traqueotomía. Es primordial una atención cuidadosa al respecto. Ésta circunstancia implica riesgos vitales que generan un estado de ansiedad constante en el paciente.

El paciente, al perder gradualmente su capacidad comunicativa, ya sea con el habla, así como mediante gesticulación al no poder moverse, se comunicará con la mirada, ya que sí puede mover los ojos y su nivel de consciencia será normal.

5 Discusión-Conclusión

El promedio de vida desde que es diagnosticada esta enfermedad varía entre dos a siete años. No existe medicación que haga una cronicidad, salvo alargar la vida algunos meses más. El sufrimiento y la ansiedad estarán presentes en la evolución de ésta enfermedad que deja completamente inválido a quien la sufre ya que desde el principio mantendrá al paciente consciente de dicha evolución, ésto es fatal y genera depresión al paciente.

Mejorar la calidad de vida lo máximo posible es fundamental en estos pacientes.

6 Bibliografía

<https://www.mayoclinic.org>

<https://www.cun.es>

<https://www.msdmanuals.com>

<https://es.wikipedia.org>

Capítulo 56

ALZHEIMER. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALMA MARÍA CRUZ GÓMEZ

1 Introducción

El Alzheimer es la primera causa de demencia y el mayor trastorno neurodegenerativo, seguido del Parkinson y la Esclerosis Lateral Amiotrófica.

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo progresivo del sistema nervioso central que provoca la muerte de las neuronas y la atrofia del cerebro (se encoge) produciendo en el paciente que la padece una falta de memoria a corto plazo en su inicio y durante su evolución también la memoria a largo plazo. También puede producir sintomatología en el pensamiento y en el comportamiento de la persona que sufre Alzheimer, que verá mermadas sus habilidades sociales también haciéndolo incapaz de vivir de forma autónoma.

Los primeros síntomas serán más sutiles pudiéndose confundir con faltas de memoria habituales en cualquier persona, que a veces por causa del estrés nos pueden suceder a todos, pero estos olvidos se empezarán a hacer notables como no recordar el camino para volver a casa, olvidar habilidades propias de la persona (por ejemplo alguien que cocinaba muy bien empieza a olvidar ingredientes, o alguien que cuidaba mucho su manera de vestir se empieza a vestir de manera inusual), hasta olvidos que pueden suponer una amenaza para la seguridad como olvidar una sartén en el fuego encendido, etc.

Podemos diferenciar los síntomas en motores y no motores y entender que cada caso es distinto en cuanto al tratamiento farmacológico que se irá adaptando a la evolución de la enfermedad y en cuanto a las necesidades de cuidados.

2 Objetivos

- Conocer la enfermedad de Alzheimer para procurar un apoyo óptimo en las necesidades del paciente que padece esta enfermedad.
- Conocer las etapas de la enfermedad de Alzheimer.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los síntomas no motores que diferencian esta enfermedad son pérdida de olfato, trastornos del sueño, dificultad para ir al baño, depresión.

Existen distintas fases en el transcurso de esta enfermedad en las que se pueden diferenciar los síntomas:

- Etapa leve (inicio de la enfermedad): es importante diagnosticar la enfermedad en esta etapa, ya que un diagnóstico temprano ayudará a la persona a prever situaciones futuras y planificarlas tomando algunas decisiones y convivir con la enfermedad y la aceptación de esta de manera que no produzca problemas de ansiedad mayores.

Aquí encontramos problemas de memoria leves como olvidarse de la película que se vio el día anterior en el cine, lo que se iba a hacer al cambiar de habitación por ejemplo, o lo que se iba a decir en el transcurso de una conversación, aquello que no se añadió a la lista de la compra pero se quería traer del mercado, el nombre de alguien conocido, etc.

También se tienen problemas para organizar las cosas o planificarlas.

- Etapa temprana (buena respuesta a la terapia): aquí las células nerviosas dañadas ya empiezan a suponer motivo de frustración para el paciente que actuará a veces de manera inesperada negándose a realizar tareas como puede ser bañarse.

La pérdida de memoria empieza a afectar de manera más notable y significativa, como olvidar el nombre de sus familiares, o acudir a citas que se tienen pendientes, olvidar cosas de manera más recurrente por ejemplo las llaves de casa,

incluso su propia dirección y el camino de vuelta a casa. Sufrir cambios de humor y confusión de pensamiento. Olvidarse de acontecimientos vividos que siempre se han recordado. Todo esto produce desasosiego y sentimientos de rabia y frustración.

El sueño también se verá afectado en esta etapa cambiando las horas del sueño al día y vigilia e inquietud durante la noche.

- Etapa tardía o final: aquí será ya un paciente totalmente dependiente para la realización de las actividades cotidianas y necesita supervisión constante. La memoria ya no consigue enlazar los hechos sucedidos recientemente ni tan siquiera del presente.

Las capacidades como el habla están anuladas, sentarse, a veces también tragar son tareas de gran dificultad en esta etapa de la enfermedad.

Tendencia a las infecciones, sobre todo a la neumonía.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno cerebral crónico que degenera gradualmente atacando a las células neuronales y provocando problemas en la memoria hasta que el paciente pierde el contacto totalmente con la realidad. Es un proceso muy doloroso para quien sufre esta afectación así como para sus familiares que sienten en muchas ocasiones que pierden el contacto con su ser querido aun cuando está presente en ese mismo momento, ya que estos no les reconocen. Se debe procurar apoyo a estas personas así como a sus familiares desde el momento en que es diagnosticada esta enfermedad y es bueno que los pacientes tomen decisiones mientras no tengan el juicio afectado y puedan prever las mismas y dejar constancia legal de ellas.

6 Bibliografía

1. [https:// es.wikipedia.org](https://es.wikipedia.org).
2. [https:// www.revista.portalesmedicos.com](https://www.revista.portalesmedicos.com).
3. <https://www.elsevier.es>.
4. <https://www.lavanguardia.com>.
5. <https://fundacionsigno.com>.

Capítulo 57

PSICOLOGÍA POSITIVA COMO PROFESIÓN SANITARIA

IRENE PONZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La investigación realizada por la rama de la psicología se centraba en dar solución a las sensaciones negativas producidas por los problemas hasta que Martin Seligman propuso que la ciencia dentro de la psicología se podría centrar en los aspectos más saludables de las personas. Este cambio se debe a la necesidad en la psicología para realizar un análisis más riguroso sobre el bienestar y su promoción en diferentes campos. Antes que Martin Seligman hubo otros autores que ya nombraron enfatizaban aspectos positivos dentro de la corriente humanista, resaltando Abraham Maslow y Carl Rogers.

Esta corriente positiva dentro de la psicología se centra en el bienestar y en la felicidad como elementos fundamentales; sin embargo, no obvia rasgos negativos de las personas como pueden ser el sufrimiento, problemas postraumáticos, la resiliencia y problemas de recaídas.

Este movimiento dentro de la psicología parece ser ideal obteniendo lo mejor del ser humano, pero no es una utopía, ni una fuente para producir autoengaños como si de un método mágico se tratase, sino que se debe emplear dentro de la profesionalidad de los profesionales, en este caso de los psicólogos.

La psicología positiva incluye varios bloques, siendo los más destacados las emociones positivas, el estudio de los rasgos positivos, el estudio de las organizaciones positivas y las relaciones positivas.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el personal sanitario en relación a la psicología positiva.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica para la elaboración del presente capítulo. Se ha realizado una búsqueda de información en libros, páginas oficiales y bases de datos científicas destacando Pubmed, Cochrane, Medline y Scielo. Se seleccionan artículos que proceden de diferentes publicaciones científicas para confeccionar dicho capítulo.

4 Resultados

La psicología positiva incluye varios apartados, siendo los más destacados las emociones positivas, el estudio de los rasgos positivos, el estudio de las organizaciones positivas y las relaciones positivas.

El estudio de las emociones positivas ha sido un campo desatendido en el pasado, ya que anteriormente se estudiaban emociones como el miedo y la ira. Las emociones positivas son etiquetas positivas que generan una sensación de placer frente a las negativas que generan malestar. Se ha observado que estas emociones positivas mejoran la capacidad para solucionar problemas, aumentan la creatividad y mejoran la capacidad para soportar el dolor.

La comprensión de las fortalezas humanas es de carácter esencial para el conocimiento del ser humano. Las fortalezas humanas son el resultado de buscar aspectos valiosos y deseables de las personas. Existen múltiples fortalezas que se agrupan en seis bloques: sabiduría y conocimiento (creatividad, curiosidad, apertura de mente y perspectiva), coraje (autenticidad, valor, persistencia y vitalidad), humanidad (bondad, amor e inteligencia social), justicia (liderazgo y trabajo en equipo), contención (capacidad, modestia, prudencia y autorregulación) y trascendencia (apreciación de la belleza y la excelencia, gratitud, esperanza, humor y religiosidad).

Las organizaciones positivas y las relaciones positivas incluyen la resiliencia y el crecimiento ante la adversidad. La resiliencia es una fortaleza humana, refiriéndose a la capacidad para afrontar situaciones adversas o al hecho de no generar reacciones psicopatológicas tras haber sufrido un evento potencialmente traumático.

Un área de especial importancia en la psicología positiva es el estudio del bienestar psicológico, lo que habitualmente denominamos felicidad. Existen varias dimensiones dentro del bienestar: control ambiental, crecimiento personal, propósito de vida, autonomía, autoaceptación y relaciones positivas con otros. Se ha observado que los datos demográficos básicos, la edad, el sexo y el nivel económico tienen escasa influencia en el bienestar.

5 Discusión-Conclusión

La psicología positiva es un movimiento propuesto por Seligman y otros académicos de Norteamérica. En la actualidad la investigación se centra en el desarrollo de temas relacionados con emociones positivas, relaciones positivas, rasgos positivos, organizaciones positivas e intervenciones positivas.

Existen críticas hacia la psicología positiva en caso de caer en la autocomplacencia, la simplificación, incluso el dogmatismo. Diferentes autores han indicado que en general las emociones y rasgos positivos son adaptativos y generan muchos efectos beneficiosos, sin embargo puede que no sea así en todas las situaciones, incluso puede que esto no ocurra en todas las personas. Han sido ampliamente criticadas las definiciones de esta corriente psicológica, incluso la calidad científica de sus estudios.

No se debe olvidar que la psicología positiva en la actualidad es un campo en investigación que todavía requiere avanzar en su estudio para comprender en profundidad los fenómenos que quiere explicar.

6 Bibliografía

1. Hervás G. Psicología positiva: una introducción. Interuniversitaria de Formación del Profesorado. 2009; 66(23): 23-41.
2. Esguerra G. Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. Perspectivas en psicología. 2006; 2(2):311-19.
3. Ferreriro, A. La filosofía del buen vivir. En: Vázquez C y Hervás G. La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva. Madrid: Ed. Alianza. 2009.
4. Alpízar HY, Salas DE. El papel de las emociones positivas en el desarrollo de la Psicología Positiva. Esc de psicología. 2010;5(1):65-83.
5. Prieto-Ursúa María. Psicología Positiva: una moda polémica. Clínica y Salud. 2006; 17(3): 319-338.

Capítulo 58

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA POR LOS FISIOTERAPEUTAS PARA PAUTAR EJERCICIO TERAPÉUTICO DURANTE EL EMBARAZO

BEATRIZ PUERTA RUBIO

1 Introducción

Es importante durante la etapa gestacional realizar ejercicio terapéutico, ya que conlleva una serie de beneficios como son una mejora de la postura, previene y alivia dolores que puedan aparecer asociados al embarazo, flexibiliza las articulaciones de la pelvis y tonifica y elastifica el suelo pélvico, mejora el estado de ánimo y los niveles de energía, mejora la calidad del sueño, disminuye el riesgo de diabetes gestacional o preeclampsia, favorece trabajos de parto más cortos durante la primera fase de la dilatación, controla la ganancia de peso, mejora las capacidades metabólicas y cardiorrespiratorias, así como mejorará el tiempo de recuperación postparto. Por lo tanto, son muchos los beneficios de realizar ejercicio físico durante el embarazo, pero es muy importante conocer tanto las indicaciones como las contraindicaciones de realizar este tipo de programas, para así llevar a cabo una pauta segura y beneficiosa.

La pauta recomendada de actividad física en el embarazo es de 150 minutos a la semana, intercalando de moderada a intensa, siendo esta valorada por la escala de Borg, de tal manera que la intensidad adecuada es la que le permite mantener

una conversación con una compañera durante la actividad. La periodicidad, como mínimo debe ser de 3 días a la semana.

2 Objetivos

Tener en cuenta todas las consideraciones necesarias para realizar una pauta adecuada de ejercicio terapéutico durante el embarazo, sin que suponga ningún riesgo para la embarazada ni para el bebé.

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 la hora de realizar este tipo de programas hay que tener en cuenta una serie de consideraciones para realizarlos de la manera más segura posible.

Debe haber un consentimiento médico que nos diga cómo son sus condiciones gestacionales y determinar si hay contraindicaciones absolutas o relativas para la realización de ejercicio.

Después será importante realizar una valoración inicial, como puede ser la guía Parmed-X para embarazadas que nos da información de cómo está la mujer, cómo está yendo su embarazo, cómo está de salud o qué tipo de actividad física hacía. En cuanto a la tipología de mujer embarazada, nos va a dar muchos datos para individualizar la pauta de ejercicio en función sea: o Sedentaria: Intentar que se vuelva activa día a día, que empiece a caminar, ejercicios de normalización de tensiones, etc. o Activa: Se hace una planificación en concreto de actividad física y ejercicio físico. o Deportista, atlética: Trabajar en equipo con el club deportivo. o Patológica: Ver qué tipo de patología padece, si se puede adaptar el ejercicio a la misma y si hay consentimiento médico.

Una vez tengamos todos los datos, se llevará a cabo el diseño del programa de ejercicio físico teniendo en cuenta sus signos y síntomas, como está su abdomen, su periné, si tiene o no náuseas, si ha descansado o no, para marcar la intensidad

del ejercicio. Es importante conocer el control motor y valorarlo en la rotación, flexión y extensión. Estos programas se pueden llevar a cabo de manera individual o en sesiones grupales, utilizando todo tipo de material como balones, gomas, pesas, tronco, aro, ketelbell. Se organizarán en calentamiento, progresión de la actividad y vuelta a la calma. Estarán enfocados a llevar a cabo un control de la respiración y coordinación con movimiento costal, control del transversal del abdomen, trabajo del suelo pélvico, se trabajan posturas que faciliten la dilatación y el expulsivo, buscar una pelvis y columna neutra y estabilidad escapular. Los ejercicios serán: o Movilidad y flexibilidad o Fuerza tanto concéntrica como excéntrica, siendo la prescripción de 2 veces por semana, con intensidad submáxima, con ejercicios de todos los grupos musculares y 2 series de 12-15 repeticiones de unos 8-10 ejercicios. o Ejercicios aeróbicos con sesiones de 30-60 minutos (acumular 150-300 minutos/semana) con una intensidad 12-14 escala de Borg. Además, será aconsejable combinar este programa de ejercicios con otra actividad como caminar, nadar, etc.

Hay que tener en cuenta una serie de precauciones para la seguridad para realizar ejercicio físico prenatal como son:

- ☒ Evitar realizar actividad física con calor excesivo, especialmente con humedad alta.
- ☒ Mantener una correcta hidratación y nutrición.
- ☒ Evitar movimientos violentos o ejercicios que impliquen contacto físico o riesgo de caídas.
- ☒ Evitar esfuerzos que impliquen Valsalva, para no aumentar en exceso de presión intraabdominal.
- ☒ Ejercicios en posición supina no se llevarán a cabo si hay riesgo de trombo. Las guías dicen que no más de 3 minutos haciendo un ejercicio, y según la tolerancia de la mujer.

En cuanto a las contraindicaciones para realizar ejercicio y actividad física en el embarazo encontramos:

- ☒ Absolutas: o Membranas rotas, parto prematuro. o Sangrado vaginal persistente inexplicable. o Placenta previa, después de 28 semanas de gestación. o Preeclampsia. o Incompetencia cervical. o Restricción del crecimiento intrauterino. o Embarazo múltiple de alto orden (por ejemplo, trillizos) o Diabetes tipo I no controlada, hipertensión no controlada o enfermedad tiroidea no controlada. o Otros trastornos cardiovasculares, respiratorios o sistémicos graves.
- ☒ Relativas: o Historia de abortos espontáneos. No hay razón por no practicar actividad física en el primer trimestre. o Historia del nacimiento prematuro espontáneo. o Hipertensión gestacional. o Anemia sintomática. o Desnutrición.

o Trastorno alimentario. o Embarazo gemelar después de la semana 28. o Enfermedad cardiovascular/respiratoria leve/moderada o Otras afecciones médicas importantes

5 Discusión-Conclusión

Son múltiples los beneficios que aporta la realización de ejercicio terapéutico durante el embarazo, pero eso no quiere decir que se puede hacer de cualquier manera. Hay una serie de contraindicaciones y precauciones que el fisioterapeuta debe conocer para llevar a cabo una pauta terapéutica segura y eficaz. Una vez valorada la paciente gestacional y establecidos los objetivos se puede pautar el programa de ejercicio terapéutico enfocado al trabajo de movilidad, flexibilidad, fuerza tanto excéntrica como concéntrica, y ejercicio aeróbico de tal manera que se consigan realizar esos 150 minutos de ejercicio a la semana, repartidos en 3 días y con una intensidad de moderada a intensa según la escala de Borg.

6 Bibliografía

1. Barakat R, Díaz- Blanco A, Franco E, Rollán- Malmierca A, Brik M, Vargas M, et al. Guías clínicas para el ejercicio físico durante el embarazo. Prog Obstet Ginecol 2019; 62(5): 464-471
2. Mottola MF, Davenport MH, Ruchat SM, Davies GA, Poitras VJ, Gray CE, Jaramillo Garcia A, Barrowman N, Adamo KB, Duggan M, Barakat R, Chilibeck P, Fleming K, Forte M, Korolnek J, Nagpal T, Slater LG, Stirling D, Zehr L. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. Br J Sports Med. 2018 Nov;52(21):1339-1346.
3. Hayman M, Brown W, Ferrar K, Marchese R, Tan J. SMA Position Statement Exercise in pregnancy and the postpartum period. Sports Medicine Australia. 2016
4. Brown WJ, Hayman M, Haakstad LAH, Lamerton T, Mena GP, Green A, Keating SE, Gomes GAO, Coombes JS, Mielke GI. Australian guidelines for physical activity in pregnancy and postpartum. J Sci Med Sport. 2022 Jun;25(6):511-519
5. Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period: ACOG Committee Opinion, Number 804. Obstet Gynecol. 2020 Apr;135(4):e178-e188
6. Castillo Montes FJ. Ejercicio funcional aplicado al deporte: Guía práctica de entrenamiento efectivo. Editorial: Formación Alcalá SL.2016

Capítulo 59

IMPORTANCIA DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO HIPOPRESIVO EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA FISIOTERAPIA EN EL SUELO PÉLVICO

BEATRIZ PUERTA RUBIO

1 Introducción

El Dr. Marcel Caufriez creó las técnicas hipopresivas que se definen como un conjunto de técnicas posturales que al realizarlas van a producir un descenso de la presión intraabdominal. Con ellos, se consigue una activación de la musculatura de la faja abdominal y del suelo pélvico, consiguiendo un aumento de tono en ambos grupos musculares a largo plazo, y reduciendo el riesgo de padecer patologías relacionadas con el complejo abdominopelvicoperineal como puede ser la incontinencia urinaria y prolapsos.

El ejercicio terapéutico hipopresivo se realiza a través de diferentes posturas en decúbito supino, decúbito lateral, cuadrupedia, sedestación, rodillas, caballero o bipedestación, que junto con unas determinadas secuencias, ritmos y repeticiones, acompañados durante todo el ejercicio de una respiración adecuada a través de una inspiración, seguida de una espiración, va a ayudar a que la faja abdominal comience a trabajar de manera adecuada y el suelo pélvico también. Además, si añadimos en determinados momentos una apnea tras una espiración completa, se hace un efecto de succión de órganos de la cavidad abdominal y del diafragma lo que incrementará el descenso de presión sobre el suelo pélvico.

Por lo tanto, el objetivo de estas técnicas es fortalecer la musculatura del abdomen y del suelo pélvico y reducir la presión intraabdominal, ya que en la vida cotidiana

el aumento de presión intraabdominal es muy frecuente en momentos como toser, estornudar, el sobrepeso, el embarazo, la sedestación prolongada o determinadas disciplinas deportivas.

2 Objetivos

- Analizar los beneficios de los ejercicios hipopresivos
- Valorar su eficacia como tratamiento en el suelo pélvico
- Definir como trabaja un fisioterapeuta con estos ejercicios

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

Los ejercicios hipopresivos aportan muchos beneficios como son:

- Ayuda a aliviar la mayoría de los dolores de espalda.
- Aumenta la flexibilidad muscular y movilidad articular, ya que provoca normalización de las tensiones musculoesqueléticas.
- Mejora la postura y alineación del cuerpo.
- Refuerza la coordinación y el equilibrio.
- Aumenta la conciencia corporal.
- Mejora la motilidad gástrica.
- Tonificación del suelo pélvico a largo plazo ya que al haber un descenso de la presión intraabdominal, se consigue una activación refleja de las fibras tipo I
- Tonificación de la cavidad abdominal.
- Mejor gestión de la presión abdominal al esfuerzo.
- Previene la aparición de prolapsos, incontinencia urinaria, hemorroides y dispareunias.
- Mejor vascularización de los miembros inferiores y la pelvis.
- Mejoría de la sensibilidad sexual.
- Ayuda a la recuperación postparto.

Pero también, debemos tener en cuenta una serie de contraindicaciones, donde no estarán indicados este tipo de ejercicios como son:

- Hipertensión arterial.
- Cardiopatías.
- Patologías respiratorias.
- Intervención por artrosis de cadera, rodilla, cóccix o cirugía en el pie.

Para realizar ejercicios hipopresivos es necesario tener en cuenta ciertas indicaciones posturales para realizar la técnica de manera adecuada como son:

- Autoelongación: estiramiento axial de la columna, lo que va a provocar una descompresión de la columna vertebral y un comienzo de activación de los músculos estabilizadores del tronco.
- Doble mentón
- Adelantamiento del centro de gravedad: Esta técnica consiste en desplazar el eje de gravedad del cuerpo de forma global hacia delante, trasladando el apoyo y sin perder las pautas posturales anteriores, generando una mayor preactivación de la musculatura estabilizadora.
- Decoaptación de los hombros mediante una rotación interna. Esto provoca una abducción de las escápulas para estabilizar la zona escapular, así como una activación de los serratos lo que contribuirá a aumentar el diámetro de la caja torácica
- Flexión de codos de 90°.
- Flexión dorsal de muñeca.
- Dedos en extensión.
- Ligera flexión dorsal de tobillo.

Igualmente hay que tener en cuenta determinadas pautas que tienen que ver con el mecanismo respiratorio como son:

- Inspiración lenta en 2 tiempos.
- Espiración lenta en 4 tiempos.
- Apnea espiratoria manteniendo la posición 10"-25".
- Falsa inspiración con apertura de las costillas (contracción de los serratos mayores).

El tiempo recomendable para mantener la postura es de 10 a 30 segundos.

Las sesiones tienen una duración de entre 30 minutos a 1 hora, y se recomienda 2 veces por semana. El efecto hipopresivo se consigue entorno al 4°-6° mes.

Los ejercicios se pueden realizar de manera individual con el paciente en consulta o global en grupo y deben seguir una estructuración de la clase que dividiremos en:

- Calentamiento: donde se llevarán a cabo ejercicios de movilidad articular, estiramientos y ejercicios de concienciación.

- Parte principal: Durante esta parte se llevarán a cabo ejercicios de activación de la musculatura postural que pueden ir variando el nivel de intensidad de las diferentes posturas hipopresivas, de tal manera que se modifique el centro de gravedad, que varíe la base de apoyo, produciendo cambios en el ritmo y pequeños ajustes en la alineación, así como la utilización de implementos.
- Vuelta a la calma: que consistirá en una disminución progresiva de la intensidad del ejercicio. En la que se incluyen ejercicios respiratorios, de flexibilidad o de relajación.

5 Discusión-Conclusión

El ejercicio terapéutico hipopresivo tiene múltiples beneficios a nivel del suelo pélvico y la faja abdominal. El fisioterapeuta debe conocer los comandos posturales adecuados de autoelongación, doble mentón, adelantamiento del centro de gravedad, decoaptación de hombros, flexión de codos y dorsal de muñeca, dedos en extensión y flexión dorsal de tobillos acompañados de la respiración, para su enseñanza y ejecución, así como saber estructurarlos de manera adecuada. El ejercicio hipopresivo es una técnica de fisioterapia que se utiliza en la actualidad con buenos resultados en el fortalecimiento del suelo pélvico y en el tratamiento y prevención de patologías a este nivel como puede ser la incontinencia urinaria, incontinencia fecal y POP, siendo el postparto su primera indicación.

6 Bibliografía

1. Bellido-Fernández L, Jiménez-Rejano JJ, Chillón-Martínez R, Gómez-Benítez MA, De-La-Casa-Almeida M, Rebollo-Salas M. Effectiveness of Massage Therapy and Abdominal Hypopressive Gymnastics in Nonspecific Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Pilot Study. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2018 Feb;18, 1-9.
2. Caufriez, M., Pinsach, P., & Fernández, JC. Abdominales y periné. Mitos y realidades. Mallorca: MC Editions.2010.
3. Ithamar, L., de Moura Filho, A. G., Benedetti Rodrigues, M. A., Duque Cortez, K. C., Machado, V. G., de Paiva Lima, C. R. O., Moretti, E., & Lemos, A. Abdominal and pelvic floor electromyographic analysis during abdominal hypopressive gymnastics. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*- 2018; 22(1), 159-165.
4. Resende, A. P. M., Bernardes, B. T., Stüpp, L., Oliveira, E., Castro, R. A. Girão, M. J. B. C., & Sartori, M. G. F. Pelvic floor muscle training is better than hypopressive

exercises in pelvic organ prolapse treatment: An assessor-blinded randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*. 2019; 38(1), 171-179.

5. Lorié Cruz TM. Técnicas hipopresivas como método preventivo de las disfunciones del suelo pélvico para mujeres vinculadas a la actividad física y deportiva: Revisión bibliográfica. Trabajo fin de Grado. Universidad da Coruña. 2013.

6. Noa Pelier B, Vila García JM. Rehabilitación física del suelo pélvico: ejercicios de Kegel y gimnasia abdominal hipopresiva. *Invest. Medicoquir*. 2020; 12(3).

7. Caufriez M, Pinsach P, Fernández JC. Abdominales y periné. Mitos y realidades. Reprogramación sistémica funcional. Gimnasia abdominal hipopresiva estática. Gimnasia abdominal hipopresiva dinámica. 1ª Ed. Mallorca: MC Editions; 2010

Capítulo 60

EJERCICIO TERAPÉUTICO. PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES A TENER EN CUENTA POR EL FISIOTERAPEUTA

BEATRIZ PUERTA RUBIO

1 Introducción

El ejercicio terapéutico se define como la planeación y la ejecución sistemática de movimientos, posturas y actividades corporales para prevenir factores de riesgo, mejorar/reestablecer o potenciar el funcionamiento físico y optimizar el estado de salud, condición física o sensación de bienestar, incidiendo en la calidad de vida de los individuos (APTA, 2003)

El fisioterapeuta debe conocer los aspectos básicos a tener en cuenta para elegir y diseñar un programa de ejercicio terapéutico y así escoger, plantear y supervisar ejercicios para individuos con patologías que presenten alteración en el movimiento, consiguiendo mejorar su capacidad funcional y su calidad de vida. Un buen fisioterapeuta buscará una buena elección de los ejercicios del programa de ejercicio terapéutico, pues de ello van a depender el proceso de recuperación del paciente, para ello es muy importante que conozca las precauciones que hay que tener antes ciertas patologías que aparecen, así como también conocer las contraindicaciones de algunas de ellas.

Antes de comenzar a realizar la sesión de ejercicio terapéutico, es fundamental llevar a cabo una valoración previa del paciente y en los casos en los que sea oportuno, será fundamental la derivación al profesional o profesionales necesarios para garantizar así la seguridad en los pacientes.

2 Objetivos

Analizar las precauciones con el ejercicio ante ciertas patologías.

Estudiar las contraindicaciones absolutas de ejercicio en algunas patologías.

Conocer problemas que pueden aparecer para pautar ejercicio terapéutico y como redirigirlos eligiendo la mejor ejecución del ejercicio ante estos.

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

En determinadas patologías hay que tener en cuenta ciertas precauciones que podamos encontrar como pueden ser las siguientes:

- Osteoporosis: Hay que evitar la excesiva presión sobre los huesos largos y la columna vertebral, así como reducir el riesgo de caídas. Es interesante insistir en la autoelongación y utilizar siempre material de amortiguación, como colchonetes de material viscoelástico. Así como, calcetines antideslizantes o zapatillas con suela rugosa para evitar al máximo las caídas.
- Condromalacia rotuliana: Evitar los ejercicios de contacto extremo con la rodilla.
- Fibromialgia: Es necesario no llegar a fatigar al paciente y adaptar la rutina al momento en el que se encuentre, buscando la constancia para evitar el ciclo vicioso de dolor-depresión-inmovilización.
- Estenosis del canal medular: Debemos tener en cuenta que la flexión aumenta las dimensiones del canal medular lumbar y que la extensión las disminuye, por lo que siempre tenemos que valorar la clínica del paciente y respetar la regla del no dolor.
- Protusión o hernia lumbar: Los ejercicios contraindicados en caso de protusión o hernia discal son aquellos que provocan dolor o irritación nerviosa. Siempre debemos atender a la clínica del paciente y se deben valorar los rangos de movimientos dolorosos antes de la sesión de ejercicios, respetando la regla del no dolor.
- Espondilitis anquilosante: Es fundamental evitar el ejercicio intenso en fases de brotes y posturas que favorezcan la cifosis. Es importante que los pacientes

comprendan bien la autoelongación, ya que es muy beneficioso y esencial para poder hacer los ejercicios con seguridad.

- Procesos degenerativos o inflamatorios: Como pueden ser cáncer, tuberculosis, artritis en estado agudo. Evitar cualquier ejercicio intenso. Es necesaria la autorización médica, así como mantener una comunicación directa sobre el pronóstico del paciente.
- Prótesis de cadera: Evitar la flexión por encima de 90°, limitar la rotación interna y/o aducción. Es importante el tamaño del fitball, pues deberá ser más grande de lo habitual y menos hinchado para evitar riesgo de caídas
- Hernia de hiato-Reflujo gástrico: Es importante prestar atención a la clínica del paciente y en caso de que aumente la sintomatología estaría contraindicado el ejercicio. Se debe evitar el consumo de alimentos 2 horas antes del ejercicio, hay que controlar la posición de supino y evitar las inversiones. El fisioterapeuta puede trabajar también la región diafragmática previamente.
- Patología respiratoria: Según el tipo de patología respiratoria el ejercicio a pausar estará indicado o contraindicado, por ello es fundamental el trabajo y el diálogo con su médico y una autorización médica en estos casos.
- Pinzamiento de manguito rotador: Evitar las posiciones en rotación interna y la carga de la articulación del hombro, aunque en algunos casos también podríamos limitar la elevación del hombro por encima de 90 grados si es dolorosa para el paciente. También se recomienda, la activación de la musculatura rotadora externa en fases no inflamatorias y la flexibilización y/o relajación de los rotadores internos.
- Síndrome del túnel carpiano: Hay que evitar la resistencia de la parte superior del cuerpo, la flexión de muñeca, la supinación del antebrazo y la presión sobre la palma que se produce en la carga de peso. Se recomienda el uso de mangos para flexiones o “push”. Para su correcta utilización se debe respetar el eje del antebrazo y en el caso de que las patas de los agarres sean asimétricas se deberá colocar favoreciendo la desviación radial de la muñeca del paciente.
- Síndrome del desfiladero torácico: En estos casos hay que evitar cualquier ejercicio que reproduzca los síntomas tales como hormigueo, entumecimiento, ablación del pulso, frío o dolor en la extremidad superior afectada. Un exceso de decoaptación, extensión o rotación interna en los miembros superiores puede generar esta sintomatología. En cualquier caso, siempre hay que respetar la regla del no dolor y adaptar el ejercicio a cada paciente.
- Enfermedades cardiovasculares: Siempre necesitan autorización médica. Están contraindicadas las apneas en este tipo de pacientes. En pacientes con hipertensión se evitarán las inversiones y ejercicios de alta intensidad con resistencia

pesada e instruirlos a moverse lentamente al cambiar de posición por una mayor susceptibilidad a la hipotensión ortostática. Medir la presión arterial antes y después del ejercicio.

- Espondilolistesis: Prohibir la extensión de columna por riesgo de fracturas en las láminas y lesiones graves en médula espinal
- Embarazo: Están contraindicadas las apneas, se precisa autorización médica si hay algún riesgo en el embarazo y se recomienda que el profesional esté especializado en este campo específico. Se debe evitar estar mucho tiempo en posición supina. Las autoelongaciones y decoaptaciones deben ser muy controladas, ya que debido a la relaxina hay más riesgo de padecer subluxación.
- Postparto: esperar mínimo 6 semanas después del parto y llevar a cabo un inicio muy progresivo.

5 Discusión-Conclusión

La prescripción de ejercicio es una modalidad de intervención del fisioterapeuta, avalada por la Confederación Mundial de Terapia Física (WCPT) y soportada por la Ley 528, que le permite abarcar conceptos básicos del ejercicio físico y terapéutico dirigidos a nivel particular o colectivo donde pueda actuar. Por ello, está capacitado para conocer la fisiología en las patologías de los pacientes, como abordarlas y como conseguir un ejercicio más eficaz y seguro, al conocer las precauciones en cada una de ellas y así adaptarlo según las diferentes patologías que se presenten, de tal manera que se asegure la posibilidad de llevar a cabo programas de ejercicio terapéutico en la mayor parte de la población.

6 Bibliografía

1. La Touche R. Prescripción de ejercicio terapéutico en Fisioterapia. Las bases elementales de la identidad profesional. MOVE [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 14 de enero de 2023];2(1):71-7
2. Ríos, I. D. Rol del fisioterapeuta en la prescripción del ejercicio. Archivos de Medicina (Col), 14(1), 129-143.
3. Hernández Martín, A., Puerto Noda, I., Morejón Barroso, O., & Méndez Rodríguez, S. Guía clínica para la rehabilitación de los pacientes con enfermedades reumáticas. Medisur, 15(1), 134-153.

4. Moraga Rojas C. Prescripción de ejercicio en pacientes con hipertensión arterial. Rev. costarric. cardiol [Internet]. 2008 Dec [cited 2023 Jan 14] ; 10(1-2): 19-23..
5. Barker K, Eickmeyer S. Therapeutic Exercise. Med Clin North Am. 2020 Mar;104(2):189-198

Capítulo 61

DETECCIÓN DEL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA

TAMAR BLANCA SERRANO

1 Introducción

Resumen:

Sobrecrecimiento Bacteriano del Intestino Delgado, se define como el aumento excesivo de las bacterias intestinales, concretamente del intestino delgado. Asociado a determinados síntomas, como son dolor abdominal, hinchazón, gases, diarrea y/o estreñimiento. De tratamiento variado y aun no muy específico.

Palabras clave: SIBO y probióticos.

Abstract:

Bacterial Overgrowth of the Small Intestine, is defined as the excessive increase of intestinal bacteria, specifically the small intestine. Associated with certain symptoms, such as abdominal pain, bloating, gas, diarrhea and/or constipation. Varied treatment and still not very specific.

Keywords: SIBO and probiotics.

Desarrollo del tema:

Los seres humanos tenemos la llamada microbiota intestinal con funciones muy beneficiosas, tanto en el intestino delgado como grueso. En este estudio nos centraremos en el Sobre-Crecimiento Bacteriano del Intestino Delgado, una enfermedad muy habitual y poco conocida debido a que se puede confundir con muchas otras del aparato digestivo.

Por lo que se realiza un artículo monográfico, utilizando diferentes bases de datos.

El aumento de bacterias en el intestino delgado provoca una mala-absorción en el mismo. Existe en los últimos años un aumento del 20% de la enfermedad[1]. Patología que se da tanto en niños como en adultos[2]. Enfermedad por lo pronto bastante desconocida y lo fundamental para localizarla es sospecha de que algo no va bien en el intestino padeciendo trastornos funcionales y de motilidad.

2 Objetivos

- Localizar el sobrecrecimiento bacteriano de la población desde la farmacia comunitaria haciendo funciones de atención farmacéutica.
- Aconsejar a los pacientes con posible sobrecrecimiento bacteriano intestinal un tratamiento eficaz para su patología y derivación a su médico.

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 sobrecrecimiento bacteriano intestinal es una disbiosis, se trata de un desequilibrio en la microbiota intestinal, es una enfermedad con síntomas muy diversos y comunes a muchas otras patologías tanto que es muy difícil de diferenciar sin un diagnóstico preciso. Enfermedad que interfiere en la óptima digestión de los alimentos, en la absorción de nutrientes y en las enzimas pancreáticas.

Desde la farmacia comunitaria se le aconseja el uso de probióticos específicos para enfermedades gastrointestinales, que son medicamentos que presentan bacterias beneficiosas comunes a todas esas enfermedades digestivas.

Para el sobrecrecimiento bacteriano intestinal se emplean probióticos específicos con especies de *Saccharomyces boulardii*, *Bifidobacterium lactis* BB-12, *Lactobacillus acidophilus* LA-5 y *Lactobacillus plantarum*, ya que existen artículos donde se analizan los efectos beneficiosos de las mismas[4,6,7]. Estas revisiones sistemáticas indican que la suplementación con probióticos descontaminan eficazmente dicho sobrecrecimiento bacteriano, ofrecen una disminución de la con-

centración de H₂ y provocan un gran alivio del dolor abdominal, pero no sirven como protectores del SIBO[8].

Además, se le recomienda al paciente que acuda a su médico para que corrobore la enfermedad y si fuera necesario además le prescriba el uso de antibióticos para la regulación de la microbiota.

En la actualidad hay diversos tipos de antibióticos muy empleados para el sobrecrecimiento, tratamientos eficaces para disminuir el sobrecrecimiento bacteriano, concretamente el antibiótico más empleado y muy novedoso es la Rifaximina, pudiendo llegar a prescribirse en períodos semanales con un máximo de 12 semanas, pese a que la OMS en su prospecto nos indicaría un máximo de 7 días. El paciente toma 1 comprimido cada 6 horas o incluso 2 comprimidos cada 8 horas. Cada comprimido está formado por 200 mg de Rifaximina. El paciente siente una gran mejoría principalmente a nivel sintomático.

5 Discusión-Conclusión

Múltiples factores intrínsecos y extrínsecos pueden afectar la microbiota intestinal y provocar este sobrecrecimiento bacteriano que afecta a los pacientes que lo sufren.

En este capítulo científico, se intenta incorporar el control y detección de la enfermedad, por parte de los farmacéuticos comunitarios, en su día a día. Se hará uso de los conocimientos de los profesionales de salud que se sitúan en continuo contacto con los pacientes y no siendo unos simples vendedores de medicamentos.

Haciendo uso de atención farmacéutica, que es una práctica muy introducida en la farmacia comunitaria actual como detector y gran conocedor de la enfermedad. Asesorando al paciente sobre dicha patología y recomendando su adecuado tratamiento dentro de sus posibilidades como profesional farmacéutico.

6 Bibliografía

1. Ren X, Di Z, Zhang Z, Fu B, Wang Y, Huang C, Du Y. Chinese herbal medicine for the treatment of small intestinal bacterial overgrowth (SIBO): A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Dec 18;99(51):e23737. doi: 10.1097/MD.0000000000002373.PMID: 33371127.
2. Leventogiannis K, Gkolfakis P, Spithakis G, Tsatali A, Pistiki A, Sioulas A, Giamarellos-Bourboulis EJ, Triantafyllou K. Effect of a Preparation of Four

- Probiotics on Symptoms of Patients with Irritable Bowel Syndrome: Association with Intestinal Bacterial Overgrowth. *Probiotics Antimicrob Proteins*. 2019 Jun;11(2):627-634. doi: 10.1007/s12602-018-9401-3. PMID: 29508268.
3. Nickles MA, Hasan A, Shakhbazova A, Wright S, Chambers CJ, Sivamani RK Alternative Treatment Approaches to Small Intestinal Bacterial Overgrowth: A Systematic Review. *J Altern Complement Med*. 2021 Feb;27(2):108-119. doi: 10.1089/acm.2020.0275. Epub 2020 Oct 19. PMID: 33074705.
 4. Small Intestinal Bacterial Overgrowth: Clinical Features and Therapeutic Management.
Rao SSC, Bhagatwala J. *Clin Transl Gastroenterol*. 2019 Oct;10(10):e00078. doi: 10.14309/ctg.0000000000000078. PMID: 31584459.
 5. Small Intestinal Bacterial Overgrowth in Children: A State-Of-The-Art Review. Avelar Rodriguez D, Ryan PM, Toro Monjaraz EM, Ramirez Mayans JA, Quigley EM. *Front Pediatr*. 2019 Sep 4;7:363. doi: 10.3389/fped.2019. 00363. eCollection 2019. PMID: 31552207 Review.
 6. Martín-Masot R, Molina Arias M, Díaz Martín JJ, Cilleruelo Pascual ML, Gutiérrez Junquera C, Donat E, Román Riechmann E, Navas-López VM. Management of small intestinal bacterial overgrowth by pediatric gastroenterologists in Spain. *Rev Esp Enferm Dig*. 2021 Jun;113(6):436-441. doi: 10.17235/reed.2020.7582/ 2020. PMID: 33371710.
 7. Shi J, Gao F, Zhang J. Effect of Combined Live Probiotics Alleviating the Gastrointestinal Symptoms of Functional Bowel Disorders. *Gastroenterol Res Pract*. 2020 Sep 17;2020:4181748. doi: 10.1155/2020 /4181748. eCollection 2020. PMID: 33014039.
 8. Zhong C, Qu C, Wang B, Liang S, Zeng B Probiotics for Preventing and Treating Small Intestinal Bacterial Overgrowth: A Meta-Analysis and Systematic Review of Current Evidence. *J Clin Gastroenterol*. 2017 Apr; 51(4):300-311. doi: 10.1097/MCG.0000000000000814. PMID: 28267052 Review.

Capítulo 62

VACUNACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

CARLOTA ÁLVAREZ CARBAJAL

1 Introducción

La palabra vacuna puede resultar conocida a lo largo de nuestra vida y también cotidiana en nuestro trabajo, su concepto es transmitir una enfermedad en una dosis no letal en un cuerpo sano, para generar de esta manera anticuerpos. Así, una persona que se infecta con posterioridad a la vacuna su organismo estará preparado para hacer frente a dicha enfermedad y combatirla. De esta manera conseguimos que con la vacunación se logre la inmunización para evitar una situación que podría ser mortal.

Para tomar conciencia del papel importante que tiene el proceso de vacunación, es fundamental la formación del personal en el ámbito sanitario, puesto que tenemos que dar ejemplo a la demás población. La duda principal se centra en si las vacunas son fiables o no lo son, todas se someten a pruebas de seguridad muy estrictas, así como a ensayos clínicos, antes de ser aprobadas para asegurar su completa calidad para el uso público.

Es cierto que todos estos conflictos se remontan a muchos años atrás, pero a día de hoy forma parte de un especial debate a causas de la crisis sanitaria que desgraciadamente hemos vivido con la llegada de la pandemia mundial causada por el virus Sars-Cov-2.

2 Objetivos

Exponer las ventajas del personal sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo a conciencia una investigación contrastada con la realización de una exhaustiva búsqueda de artículos y libros. También se han seleccionado diversos artículos científicos procedentes de diversas publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Antes de iniciar una vacunación hay que tener en cuenta una serie de aspectos como por ejemplo la susceptibilidad del trabajador a diferentes enfermedades todo ello estudiado en función a los antecedentes. Por otro lado la actividad profesional, así como la situación laboral en el centro de trabajo, en el cual se orientará al trabajador de las ventajas e inconvenientes de la vacunación a realizar. Y por último es importante tener en cuenta la salud del trabajador, en función a su edad o posibles patologías sobre todo enfermedades crónicas o inmunodepresión.

Una buena estrategia frente a la vacunación del personal del ámbito sanitario se basa en una adecuada formación continuada de los mismos, en la que podemos incluir estudiantes de medicina, enfermería, farmacia... La vacunación es un punto importante en la seguridad y salud en el trabajo.

Dentro de los objetivos o de los aspectos más importantes a tener en cuenta en una vacunación es que su papel principal es proteger a los trabajadores de contraer enfermedades y así mismo proteger a los pacientes. Como profesionales sanitarios se debe dar ejemplo a la población y tener conciencia de la importancia de las vacunas para evitar, no solo enfermedades sino también el bajo rendimiento debido a la ausencia en el trabajo. Aquí juega un papel importante los servicios como Salud Laboral los cuales deben cumplir 'la vacunación' en el ámbito laboral según el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo.

En la actualidad, las vacunas frente al COVID-19 protegen contra esta enfermedad porque inducen inmunidad contra el virus SARS-Cov-2. De esta manera se protege a los grupos más vulnerables o pacientes de riesgos, como por ejemplo

los ancianos. Todo ello disminuye la probabilidad de contagiar a otras personas y, por tanto, también protege a las mismas.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, es cierto que hoy en día el término vacunación ha abierto más debate debido a los acontecimientos vividos. La decisión de no vacunar, no solo provoca riesgos a nivel individual sino también a nivel colectivo, y esto se ha visto recientemente con la situación de pandemia frente a la Covid-19.

La eficacia y seguridad de las vacunas es incuestionable, todos estos años de investigación y estudios, nos muestran una cifra aproximada de 2,5 millones de muertes evitadas en niños menores de 5 años. Luchemos por la utilizando de las vacunas desde el conocimiento científico, para conseguir la prevención de enfermedades inmunoprevenibles y el bien de la población.

6 Bibliografía

- 1) https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/vacunas/docs/Vacunacion_sanitarios.pdf
- 2) [https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines?adgroupsurvey=\protect\TU\textbraceleftadgroupsurvey\protect\TU\textbraceright&gclid=EAIaIQobChMIjNKalr6_AIVaRoGAB0CtA5mEAAYASAAEgLERvD_BwE](https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines?adgroupsurvey=\protect\TU\textbraceleftadgroupsurvey\protect\TU\textbraceright&gclid=EAIaIQobChMIjNKalr6_AIVaRoGAB0CtA5mEAAYASAAEgLERvD_BwE)
- 3) <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-19#2>
- 4) <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination>
- 5) <https://www.insst.es/documents/94886/375272/Vacunaci%C3%B3n+en+el+%C3%A1mbito+laboral>
- 6) <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/14460/GARC%C3%80GUTI%C3%A9REZ,%20Marina.pdf;jsessionid=44E4A3554DD30D336252323C50187F59?sequence=1>

Capítulo 63

EL IMPORTANTE PAPEL DEL CELADOR AL RESPECTO DE CAÍDAS EN PACIENTES INGRESADOS

ALMUDENA RODRÍGUEZ ELEZ

1 Introducción

En la esfera hospitalaria como es habitual dentro de nuestro trabajo y competencias es la ayuda y apoyo al paciente y sobre todo a los pacientes están ingresados, y por su menoscabo en la salud, o por sus necesidades y carencias en ese momento de su ingreso, debido a lo mencionado algunos de ellos, pueden estar más predispuestos o vulnerables a un mayor riesgo de caída. Una caída puede, además, derivar en unas nuevas lesiones y/o patologías, por lo que intervenir sobre este círculo es cardinal (Álvarez, Ruiz, Rodríguez y Moro et al., 2015).

La literatura científica ha demostrado, reiteradamente, que los individuos que sufren caídas posteriormente o por segunda ocasión, pueden ver disminuido su grado de movilidad y, finalmente, acabar siendo individuos dependientes. Esto, además, también está relacionado con graves secuelas o inclusive con muertes prematuras.

Las consecuencias físicas que se han mencionado previamente pueden ir desde lesiones leves, hasta lesiones de una gran gravedad, pudiendo ocasionar incluso la muerte del afectado en los casos más extremos. Lo más habitual es encontrar fracturas de huesos y/o alteraciones musculares. Las fracturas más recurrentemente detectadas que se acontecen con origen de una caída son aquellas que afectan, esencialmente, a las extremidades, tales como las fracturas del humero o las femorales (Olvera-Arreola et al., 2013).

2 Objetivos

Exponer la importancia que tiene el celador y el papel que cumple en la prevención de caídas en los individuos que se hallan hospitalizados.

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

Tras analizar y revisar las documentaciones seleccionadas, se halla que las caídas son uno de los principales orígenes de las lesiones en los individuos que son mayores de los 60 años. Por otro lado, la recurrencia de caídas en la esfera sanitaria en especial la hospitalaria es de una incidencia media-alta, por lo tanto, y como se ha mencionado ya previamente, el celador, que es uno de los profesionales que más estrecho contacto tiene con estos afectados, debe estar formado e instruido de un modo que pueda saber evitar, de una forma temprana, y anticiparse a una posible caída.

Para conseguir este objetivo, el celador debe saber identificar los distintos elementos y condicionantes de riesgo de cada paciente de manera particular e individualizada. Asimismo, será importante que, a la llegada del paciente al hospital, se realice por parte del personal enfermero una valoración del riesgo de caída. Esta valoración inicial debe ser conocida por el celador para poder actuar en consecuencia.

De entre los elementos de riesgo más habitualmente detectados y que predisponen a un riesgo de caída, encontramos: la edad avanzada, especialmente en los individuos mayores de 70 o 75 años; la presencia de alguna enfermedad o patología de demencia o de deterioro cognitivo, incluso aunque esté sea muy leve; baja movilidad, toma de ansiolíticos y/o antidepresivos (u otros medicamentos dirigidos a las patologías que estos pacientes pueden ostentar y que logren afectar a su psicomotricidad).

Por todo lo citado, el celador también debe disponer de ciertas estrategias y recursos que le admitan abordar los distintos y diversos retos diarios. En este sentido, el celador debe de saber manejar apropiadamente la cama en la que se localiza el paciente, así como la silla de ruedas o, en última instancia, igualmente grúas u otros recursos y aparataje a su disposición.

Finalmente, en su trato con el afectado deberá asegurarse de que la habitación esté apropiadamente iluminada, de que el afectado tenga puestos unos zapatos adecuados (para evitar resbalar) o de que use el bastón, el andador o cualquier dispositivo de apoyo que pueda precisar. Asimismo, nunca meter prisa al paciente y el profesional debe adaptar a sus ritmos será la mejor forma de garantizar su seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que, de cara a evitar caídas en la población considerada vulnerable, el celador ha de disponer no solo de unos conocimientos básicos, sino igualmente de una serie de habilidades comunicativas que le admitan adaptar los conocimientos de los que dispone a las necesidades particulares e individuales de cada paciente, entendiendo al individuo como un ser integral.

Aplicar todos los conocimientos antes mencionados en el apartado previo, permitirá que el tiempo de hospitalización siga su curso establecido y se acorte, lo que influirá asimismo en un menor gasto sanitario. Finalmente, todas estas pautas ayudarán a que el paciente gane en autonomía e independencia, fomentando su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Alvarez, I. D. L. C. T., Ruiz, L. C., Moro, J. C. B., & Rodríguez, R. M. E. (2015). Condicionantes de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado. *Correo científico médico de Holguín*, 9(2).
2. García-Huete, M. E., Sebastián-Viana, T., Lema-Lorenzo, I., Granados-Martín, M., Buitrago-Lobo, N., del Pilar Heredia-Reina, M., ... & Mota-Boada, M. L. (2016). Las caídas hospitalarias, estrategia de mejora para disminuir su incidencia. *Enfermería Clínica*, 26(2), 96-101.
3. Laguna-Parras, J. M., Arrabal-Orpez, M., Zafra-López, F., García-Fernández, F. P., Carrascosa-Corral, R. R., Carrascosa-García, M., ... & Alejo-Esteban, J. A. (2011). Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: condicionantes relacionados. *Gerokomos*, 22(4), 167-173.

4. Olvera-Arreola, S. S., Hernández-Cantoral, A., Arroyo-Lucas, S., Nava-Galán, M. G., Zapien-Vázquez, M. A., & Pérez-López, M. T. (2013). Condicionantes relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. *Rev Invest Clin*, 65(1), 88- 93.
6. Rodríguez-Rieiro, C., Velasco-Gago, M. C., Chacón-García, A., Izquierdo-Membrilla, I., Sanchidrián-de Blas, C., & Rodríguez-Pérez, P. (2007). Caídas en el hospital: registro del año 2005. *Revista de Calidad Asistencial*, 22(3), 128-132.
7. 128-132.

Capítulo 64

SERVICIOS DE ASISTENCIA POR EL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

PILAR CUADRADO OTERO

1 Introducción

La atención primaria es la prestación de servicios de asistencia sanitaria a los individuos en los centros de salud, a lo largo de toda la vida del afectado/usuario, sin ninguna distinción en cuanto a religión o raza, así como de su ideología política o inclusive de su condición económica o social.

La atención primaria tiene unos aspectos básicos como son la coordinación, accesibilidad, integralidad y la longitudinalidad; todos ellos otorgan y ofrecen una asistencia de calidad y eficiencia.

La atención primaria comprende:

- La asistencia sanitaria en modo programada o urgente, tanto en la propia estructura de consulta como en el domicilio del afectado/usuario.
- Programas de referencia en cuanto a promoción de la salud encauzados a las mujeres, los adultos, la tercera edad, la población infantil, la pubertad y adolescencia, los grupos de riesgo y los afectados crónicos.
- Prevención de patologías y/o enfermedades como por ejemplo la atención a la salud bucodental.
- Rehabilitación y o recuperación.
- Trabajadores sociales.

Para conseguir que todo funcione comedidamente se demanda una organización establecida en:

1. Estructura física, así como la humana.

Física en referencia a los materiales, zona básica, centro de salud, área de salud.

Humana: facultativos, enfermeros, Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, administrativos, celadores.

2. Proceso.

Actividades clínicas, administración y/o gestión, actividades docentes, investigación.

3. Resultado.

Fuentes de información, sistema de control/evaluación, incentivos, estadísticas.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones y desempeños de los profesionales celadores en el servicio de atención primaria para un mejor funcionamiento del centro de salud y una mejor atención y asistencia de los afectados/usuarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 celador, en atención primaria, tiene distintas funciones y desempeños como pueden ser:

- La apertura y cierre de puertas del centro de salud.
- Velar porque las dependencias, consultas e instalaciones se hallen en orden, procurando a su vez que los usuarios que concurren al centro de salud mantengan el respeto que merece, el orden y procuren estar en silencio.
- Informarán a los afectados/usuarios sobre el lugar donde se ubican las consultas, el día y hora de las consultas o cualquier duda que pueda llegar a tener los afectados/usuarios, pero en ningún caso, ya que no es competencia de los celadores, se dará información sobre salud o tratamientos.

En caso de afectado/usuarios con una movilidad reducida o nula que no puedan valerse por ellos mismos, el celador se encargara de acompañarlos hasta las con-

sultas tanto médicas como de enfermería o lugares oportunos que el usuario necesite usar.

- El celador se encargará y responsabilizará de reposición del material que falte en las consultas si no existiera el puesto de Técnico en cuidados auxiliares de enfermería u otras dependencias, así como del manejo de las fotocopadoras y/ o de cualquier máquina auxiliar.
- Dentro del mismo centro, el celador trasladará los papeles y documentaciones que se precisen, así como las historias clínicas de los afectados/usuarios. También se responsabilizará de clasificar, repartir y recoger la correspondencia.
- Ayudará a otros profesionales del centro sanitarios o no sanitarios con los afectados/usuarios en las pequeñas curas o intervenciones ambulatorias, siempre que se requiera o demande su ayuda en defecto de que no hubiera técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- En caso de los pacientes de urgencias, tomará datos a los afectados/usuarios y si es necesario contactará con el servicio del 112.

El celador va a ser el profesional de la salud con el que primero se encontrará el afectado/usuario que asiste a un centro de salud de atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en los centros de salud es muy importante, y de una gran ayuda y colaboración con todo el equipo de Atención primaria, pues es la primera persona en llegar y la última en salir.

Es la primera persona con la que se relaciona y ve el afectado/usuario y en algunos casos el encargado de infundir la tranquilidad que necesita en esos momentos, prestándole la ayuda y/o información necesaria, pues está presente en todas las áreas del centro de salud.

Para ello el celador debe disponer de gran empatía y paciencia para el trato y comunicación con el afectado/usuario, pero a su vez es reconfortante, pues ayuda y cuida de los mismos.

Por todo ello, el papel del celador en los centros de salud en Atención primaria, es muy importante, pues sin su trabajo, se podría llegar a paralizar el centro.

6 Bibliografía

1. <https://congresosicepa.com/celador-atencion-primaria/>.
2. <https://essaeformacion.com/funciones-celador-atencion-primaria>.
3. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/atencion-primaria.html>.

4. www.astursalud.com.
5. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf
6. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/recursos-para-profesionales/saludpublica/coronavirus-sars-cov-2-informacion-y-protocolos-asistenciales>
7. <https://www.canarias7.es/sociedad/sanidad/contagios-entre-no-sanitarios-DB9074674>
8. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/coronavirus-fijados-tres-escenarios-de-riesgo-para-el-personal-sanitario-3575>

Capítulo 65

EL CELADOR FUNCIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA ISABEL MADRIGAL COBO

MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON

MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

ÁNGEL NOTARIO GARRIDO

1 Introducción

La atención primaria forma parte del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Según la conferencia Alma-Ata, la atención primaria la define como:

“La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

Si hablamos de Atención Primaria, nos referimos al más básico y primer nivel del sistema, a diferencia de la Atención Secundaria, que es el segundo nivel, especializado.

El equipo de Atención Primaria trabajan bajo la dirección de un Coordinador Médico. Integran el Equipo:

- Los médicos de familia y Pediatría.
- Puericultura de Zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería y Practicantes de Zona y Auxiliares de clínica.
- Los funcionarios técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local.
- Los farmacéuticos titulares de la Zona.
- Los Veterinarios radicados en la Zona.
- Trabajadores sociales o asistentes sociales.
- El personal administrativo.
- Celadores.

En los servicios de Atención Primaria, cuando no se obtiene respuesta a sus problemas de salud y enfermedades, son derivados a Atención Especializada.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es conocer de forma detallada las funciones más habituales del celador en el ámbito de la Atención Primaria para las que están capacitados.

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 Atención Primaria es el primer nivel para poder acceder de forma ordinaria la población al Sistema Sanitario Público.

Para cubrir todas las necesidades del paciente, el personal de atención primaria cubrirán las necesidades del paciente dándole calidad en atención, información, respeto, acceso y equidad.

Las funciones más habituales del celador en atención primaria son:

1. Vigilancia y seguridad: El celador debe vigilar el orden y la limpieza de todas las dependencias e instalaciones en el Centro de Salud, además de procurar que los pacientes estén en silencio.
2. Información y atención al usuario: Los celadores tienen contacto directo también con los pacientes. Unas veces tienen que dar información del lugar y otras como horarios de consulta, días de consulta, papeleo, etc. Pero nunca sobre tratamientos ni salud.
3. Traslado y movilización de pacientes: El celador tiene trasladar a pacientes que entran en el Centro de Atención Primaria con movilidad reducida y llevarlos a las consultas
4. Reposición de materiales: El celador es el que repone el material que falte en las consultas del Centro de Salud, además maneja las máquinas reproductoras.
5. Reparto de la documentación: Traslada la documentación necesaria como Historias Clínicas cuando se le requiera.
6. Asistencia a otros profesionales del equipo: Contribuye a mejorar el bienestar del paciente ayudando a otros profesionales del equipo en la medida de sus posibilidades.

Los celadores están presentes en todas las áreas del sistema sanitario y esto ayuda a mejorar la calidad asistencial.

El celador tiene la obligación de saber dónde está cada área para dar traslado en caso necesario a cada paciente y su trato con el paciente y la familia tiene que ser de calidad, es decir ser amable, paciente, extrovertido y educado.

En atención primaria debe darse una buena calidad asistencial y para ello los profesionales aparte de tener una buena formación, tienen que tener voluntad para una mejor calidad asistencial teniendo los medios necesarios.

5 Discusión-Conclusión

El trato humano es fundamental entre personal, trabajadores y familiares. El personal tendrá que empatizar con el paciente y su familia.

Es importante que el Celador conozca bien el Centro de Salud para realizar las tareas de forma diligente, sea atento, empático con la gente y tenga buena disposición para realizar todas las tareas que le encomiendan.

En los centros de salud, las actividades que se desarrollan sanitarias son destinadas para la curación, promoción, prevención y rehabilitación de la salud tanto colectiva como individual.

Para finalizar la labor del Celador, es parecida de los que trabajan en las puertas de un Hospital, puesto que los pacientes no se quedan ingresados.

6 Bibliografía

- <https://essaeformacion.com/funciones-celador-atención-primaria>.
- <https://1library.co/article/la-atenci%C3%B3n-primaria-celadores>.

Capítulo 66

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

MARIA ISABEL MADRIGAL COBO

MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON

MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

ÁNGEL NOTARIO GARRIDO

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.

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.

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.

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.

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.

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 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.

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.

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.

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.

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 a los informes que les sean ordenados.

5 Discusión-Conclusión

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.

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.

6 Bibliografía

1. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Disponible en <https://www.comunidad.madrid/hospital/clinicosanCarlos>.
2. El paciente en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Disponible en <https://es.stonybrookmedicine.edu>.

Capítulo 67

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA

MARIA ISABEL MADRIGAL COBO

MARIA JOSEFA GARCIA IMBERNON

MARÍA LORENA MARTINEZ SIPAN

LUIS ALBERTO TIGUA ALVARADO

ÁNGEL NOTARIO GARRIDO

1 Introducción

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.

El embarazo se define como una de las etapas de la vida de las mujeres, esta etapa es una de las más importantes 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.

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.

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.

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

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. 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.

6 Bibliografía

1. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
2. Pubmed

Capítulo 68

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN UN HOSPITAL DE DÍA

MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA

CARMEN PALACIOS SALINAS

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-
MANJAVACAS

JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON

CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ

1 Introducción

El servicio del Hospital de día está compuesto y formado por puestos con sillones y por boxes con camillas, la cual depende del estado de la salud que presente en ese momento de los ciclos los pacientes, este tipo de pacientes son frágiles y cuentan con las defensas del sistema inmunitario bajas, debido a la quimioterapia. Se define Hospital de Día como un servicio en el cual se encuentra integrados parte de la unidad de oncología de un centro hospitalario. En el Hospital de día, es un servicio en el cual van los pacientes para recibir el tratamiento para su proceso oncológico, en forma de ciclos de quimioterapia, ya sea intracavitaria, intravesical, intraperitoneal, etc., dependiendo del tipo de cáncer a tratar. El celador forma parte de un equipo integrante de este servicio, el cual está formado por el personal de enfermería y de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, así como también cuenta con la presencia de especialistas en oncología.

El servicio del Hospital de día, funciona como una unidad de cuidados intensivos (UCI), está formado por un mostrador de forma circular, el cual conforma el centro de actividades y del servicio, alrededor se encuentran los puestos de sillones o camillas, y desde ahí, el personal sanitario controla el estado de los paciente, así como de las vías y sueros con la medicación.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo serán conocer las funciones de un celador en el servicio del Hospital de Día.

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

Este es uno de los servicios que requiere la presencia constante del celador asignado al mismo, ya que estos pacientes pueden desestabilizarse en cualquier momento y requerir una actuación urgente por parte del personal sanitario. Únicamente abandonarán el servicio y trasladarán muestras y equipos de transporte del servicio a otros servicios cuando así lo indique el personal sanitario.

Los pacientes que acuden al hospital de día para ser atendidos proceden de sus propios domicilios o de la unidad de planta de oncología. Los pacientes internados en sus domicilios suelen moverse solos, pero otros llegan en sillas de ruedas o incluso en camillas del servicio de ambulancias.

Cuando los pacientes ingresan en el del hospital de día por la mañana, generalmente se someten a análisis de sangre y orina, donde el celador designado los lleva a un servicio de laboratorio lo más rápido posible. Este análisis se repite varias veces en un ciclo, con los carros cargados con muestras, en orden, llevados al servicio de laboratorio de la misma manera, y luego devueltos al servicio con carros vacíos y moldes de pipetas. A veces, los pacientes con cáncer requieren pruebas adicionales, como radiografías, ultrasonidos, tomografías computarizadas, etc. La

transferencia de estas pruebas es responsabilidad del celador. Los llevará al servicio designado, esperará a que se complete la prueba y devolverá al paciente al servicio.

Los celadores trabajan junto con otro personal sanitario que está en Hospital de día para ubicar y acomodar a los pacientes en cada posición, ya sea en sillones o camillas de servicio. También colabora en los movimientos posturales que requieren los pacientes encamados, así como en la colocación de biberones o cuñas cuando lo necesitan los sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

El servicio del hospital de día se encuentra y enfrenta cada día con nuevos retos, ya que el crecimiento constante de los casos de los pacientes con algún tipo de tumor, en los últimos años, así como a la combinación de medicamentos, para paliar o erradicar las dolencias y síntomas de los mismos.

El celador que trabaja y presta sus funciones en el servicio de un hospital de día, debe tener unas cualidades muy especiales, como son una atención esmerada con los pacientes, empatía, que por las características que tiene, necesita una atención de forma constante, por eso el celador contribuye con su labor, a que el servicios sea integral y de calidad para los pacientes del hospital de día.

6 Bibliografía

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

Capítulo 69

EL CELADOR Y SU RELACIÓN CON EL ENFERMO MENTAL

MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA

CARMEN PALACIOS SALINAS

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-
MANJAVACAS

JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON

CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ

1 Introducción

En la actualidad ha aumentado los casos y la asistencia psiquiátrica, ya que esto es debido a los cambios en muchos aspectos. Tras el crecimiento de este tipo de enfermedades, se han creados hospitales de día, comunidades terapéuticas, centros de salud mental, pisos protegidos, entre otro muchos otros, lo cual hará que desaparezcan los denominados llamados manicomios, donde antiguamente se internaban o encerraban, para así alejar a los enfermos mentales de la población sana.

La salud se define como un estado general de bienestar mental, físico y psíquico, que no solo es por la ausencia de enfermedades.

Se define a la psiquiatría como una de las ramas de la medicina, la cual se centra en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales. También

de algunos trastornos de la personalidad y la conducta. Se tratara de remediar y evitar algunas variantes psíquicas que son anormales.

Las funciones de un celador dentro de la unidad de psiquiatría, son muy amplias y una gran parte de ellas supone estar en contacto directo con los pacientes. Al tratarse de pacientes con unas características especiales, debido a sus conductas, tiene una gran responsabilidad que es muy importante.

La red de centros especializados en patología psiquiátrica, está compuesta por:

- Estructuras intermedias.
- Unidades de Hospitalización Psiquiátrica
- Centros de Salud Mental.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán conocer las funciones de un celador con un enfermo mental, así como importancia.

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

Dentro de la Unidad de Psiquiatría, los celadores prestaran ciertas funciones dentro de este servicio, las cuales nos encontramos las siguientes:

- El celador acompañara a los pacientes y el resto de personal sanitario a pasear por las zonas ajardinadas, que se encuentren contiguas del Centro sanitario.
- Traslado de los pacientes a las Unidades y Consultas de Centro Sanitario que les sea preciso.
- Se abstendrán de hacer cualquier tipo de comentarios con los familiares y con las visitas de los pacientes sobre sus diagnósticos, exploraciones y tratamientos y sobre todo sobre los pronósticos de su enfermedad.
- Cuidaran del entorno y del ambiente de los pacientes, levantando las persianas por la mañana y bajándolas por la noche.

- Colaboración junto con otros profesionales de esta Unidad en la reducción de pacientes agitados, por ejemplo sujetando a los pacientes alterados a los que hay que aplicar sujeción mecánica.
- Vigilaran el correcto orden y la armonía entre los pacientes.
- Control del suministro de tabaco a todos los pacientes que se les ha sido permitido en su tratamiento.
- Ayudaran a los pacientes a su aseo personal que lo precisen.
- Se deben abstener de realizar funciones que son impropias de su categoría, ya que pueden ser denunciados por usurpación de funciones e intrusismo profesional.
- Ayudaran al personal sanitario en la administración de los inyectables y de los tratamientos de pacientes que se niegan a colaborar.
- Vigilancia de los pacientes que no quieren asearse para que lo hagan.
- Irán a recoger la medicación y otros productos de la Farmacia.
- Controlaran el acceso y la circulación de las personas por esta Unidad.
- Vigilaran a los pacientes en sus paseos o cuando estos salgan hacia el exterior en recintos acotados.
- Vigilaran todas las puertas de acceso a la Unidad Control de entradas y de salidas.

5 Discusión-Conclusión

El celador tendrá que usar un lenguaje educado, hacia el paciente y sus familiares se encuentren nerviosos o alterados.

El celador juega un papel muy importante en el trato con los pacientes que padecen una enfermedad mental, ya que una de sus funciones principales es la comunicación con los pacientes. También debe tener en cuenta las circunstancias que estén atravesando los pacientes así como sus familiares, por eso los celadores se deben dirigir hacia ellos ante todo con respeto y utilizando una familiaridad cuando nos den pie a ello.

Es de vital importancia que el enfermo mental será tratado con amabilidad y corrección y sobre todo se le debe prestar la mayor atención posible, para que no crea que sólo nos interesan sus problemas.

6 Bibliografía

Pubmed www.scielo.org

Capítulo 70

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE REHABILITACION

MARIA DOLORES GONZALEZ SEGURA

CARMEN PALACIOS SALINAS

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-
MANJAVACAS

JOSÉ MARIA AZNAREZ CHACON

CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ

1 Introducción

En el servicio de rehabilitación acuden aquellos pacientes que precisan de una ayuda por diversas causas, entra la que nos encontramos la alteración de la movilidad de los pacientes. Por eso mismo, en el servicio de rehabilitación se encuentran incluidas diversas especialidades médicas.

El celador del servicio de rehabilitación, requiere un tipo de funciones relacionadas con unas condiciones físicas aptas, para el esfuerzo que deben realizar, ya que estas funciones van directamente para ayudar al personal requerido para ellas, que son los fisioterapeutas, ya que les ayudan a realizar los movimientos de los pacientes en diferentes ejercicios de la rehabilitación. También para ayudarles a colocarse de una manera adecuada para que se pueda trabajar bien con ellos.

El celador, juega un papel de vital importancia en la unidad hospitalaria de rehabilitación, no solo debe dominar la movilización de los pacientes, sino también conocerla, sobre todo a la hora de realizar los cambios posturales y tener una correcta higiene postural.

En los servicios de rehabilitación, se trabaja de una forma multidisciplinar, en la cual se encuentra integrada por profesionales sanitarios, como son el personal de enfermería, fisioterapeutas, médicos, terapeutas ocupacionales, rehabilitadores, así como también el personal de gestión y servicios, como son los auxiliares administrativos y los celadores.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo serán describir y conocer las principales funciones de un celador en el servicio de rehabilitación.

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

El celador que trabaja en el servicio de rehabilitación, tiene unas funciones peculiares, las cuales requieren de que estos trabajadores tengan y cuenten con unas condiciones físicas que estén adaptadas al esfuerzo que tienen que realizar. Entre las funciones que desarrollan, nos encontramos las siguientes:

- Deben avisar al personal de seguridad, cuando se llegue a producir alguna situación incómoda con algún visitante o algún intruso que pueda causar algún conflicto.
- Transporte de la documentación que se les deja a cargo, así como del traslado de las comunicaciones verbales.
- Deben estar localizados mientras dura su jornada de trabajo, pueden ser llamados en cualquier momento para la realización de alguna de las funciones que les pertenecen.

- Prestar ayuda a los fisioterapeutas y al resto de personal que trabaje en la unidad de rehabilitación para movilizar a los pacientes.
- Cuidado de los pacientes y del resto de personas que se encuentren visitando a estos, cuidando todas las instalaciones y de los objetos que se encuentren en ellas, para evitar el deterioro.
- Serán los encargados de la limpieza de aquellas zonas que les sean encomendadas.
- Si encuentra algún tipo de desperfecto en el mobiliario o en las instalaciones que componen la unidad de rehabilitación, deben avisar a sus superiores para que quede constancia de los mismos.
- Darán información sobre las anomalías que se puedan llegar a encontrar en el servicio de rehabilitación sobre el tema de la limpieza para que se solucione cuanto antes.
- Son los encargados de que se cumpla y exija el máximo silencio posible dentro de las dependencias de este servicio, siempre procurando que todo se encuentre en orden que les confíen.
- Trasladarán ciertos materiales de una zona a otra, como son los muebles o algún aparato que se requiera en otra zona.

5 Discusión-Conclusión

El porcentaje de pacientes que tienen un problema de movilidad limitada o reducida es bastante elevado, si lo comparamos a otras áreas de un centro hospitalario, por eso el celador no es en la última instancia el principal responsable de este tipo de tratamiento rehabilitador, sino que presta su ayuda en cuanto a la movilización, sujeción y acomodo de los pacientes que están siendo sometidos a este tipo de terapias es fundamental.

El celador cuando actúa con pacientes con una movilidad limitada, debe ayudar y asistir a los fisioterapeutas, en la sujeción y movilización de los usuarios del servicio de rehabilitación.

6 Bibliografía

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

Capítulo 71

PREVENCIÓN DEL PERSONAL ELECTRICISTA CONTRA INCENDIOS EN EL ÁMBITO SANITARIO HOSPITALARIO

EDUARDO GARCIA DONATE

CARLOS LÓPEZ MUÑOZ

FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO

PEDRO JOSE CORTES MOLINA

RUBÉN CAVA

1 Introducción

La formación del personal de mantenimiento hospitalario es fundamental, principalmente para concienciarles de la importancia de tomar medidas de precaución, para poder intervenir en caso de desastre.

Para ello, es fundamental contratar personal interdisciplinario, comprometerlo sistemáticamente hacia un objetivo común y capacitarlo en sus aspectos no especializados para obtener resultados adecuados. Este es el objetivo principal de la presentación a continuación, y este método le permite integrar al personal del hospital de manera organizada mientras prepara el mismo plan de seguridad y al mismo tiempo proporciona una lista de riesgos. Los planes antes mencionados

deben ser considerados mientras brindan orientación sobre las posibles acciones que se pueden tomar dependiendo de las capacidades de infraestructura de cada hospital.

Dado el riesgo de desastres, tomar medidas para minimizar su impacto puede reducir el nivel de riesgo. Existe una diferencia entre peligro y riesgo de desastre. Debido a que el riesgo o la amenaza de que ocurra un desastre es un estado natural y, a menudo, está más allá del control humano, los humanos solo deben enfocarse en tratar de predecir la ocurrencia de desastres. El riesgo de desastre depende de la fragilidad de las estructuras hechas por el hombre, y la magnitud depende únicamente de las precauciones tomadas previamente para minimizar las consecuencias. De esta manera, el riesgo de desastres naturales existe como una condición natural, pero el riesgo es provocado por el hombre, y al ignorar el aspecto de prevención, podemos aumentar el riesgo nosotros mismos. Debe hacerse correctamente.

- Conocer las áreas de riesgo: hay más riesgos en estructuras de edificios, almacenes y archivos históricos (si aún existen).
- Comprender los efectos perjudiciales del fuego: inhalación de humo, quemaduras y lesiones durante el pánico precipitado.
- Identificar el tipo de incendio y extinguirlo lo antes posible según planes de formación y prevención.
- Cumplir las normas previstas en la ley: la seguridad de las instalaciones médicas, tanto hospitales como centros médicos de la construcción, construcción resistente al fuego, segregación sectorial, evacuación horizontal en lugar de vertical.

2 Objetivos

- Formar y profundizar en la prevención contra incendios en el ámbito sanitario del personal de mantenimiento, electricistas en los centros sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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

Formación del personal hospitalario:

Capacitación y tutoría de todo el personal del hospital. La capacitación y educación de todo el personal del hospital en aspectos básicos de seguridad es fundamental para lograr resultados positivos en la implementación del plan. Los oficiales de seguridad deben desarrollar e implementar programas generales de educación y capacitación con el objetivo principal de que todo el personal sea consciente de la importancia de la seguridad dentro del hospital. Estos planes deben ser establecidos de manera permanente y continua por el hospital y tener una cobertura común para todos los empleados del hospital. Deben diseñarse para que sean didácticos, interesantes y motivadores mediante la realización de seminarios, conferencias, ejercicios y capacitaciones prácticas y el uso de carteles y carteles en las paredes. Para lograr el objetivo de cubrir áreas comunes en la capacitación, los gerentes de seguridad deben planificar actividades para que sean accesibles a todos los turnos para no ser molestados por la llegada de nuevos empleados que deben planificar.

El personal de seguridad, junto con los miembros del comité de seguridad del hospital, realizan simulacros periódicos para implementar las medidas de seguridad aprobadas en el manual de seguridad y evaluar los desastres del hospital. Se deben evaluar las respuestas y las consecuencias. Solo a través de ejercicios regulares podemos saber el nivel de capacitación y coordinación del personal del hospital durante un desastre. Los ejercicios deben realizarse con regularidad: los ejercicios deben realizarse al menos dos veces al año y deben planificarse y configurarse para que la ejecución sea lo más cercana posible a las condiciones reales. Durante el ejercicio, se debe asignar personal capacitado para observar y evaluar la calidad del desempeño del personal del hospital y realizar una evaluación general de los resultados. Esta evaluación debe ser comunicada a todos los participantes en la sesión de trabajo y demostrar los éxitos y fracasos de la implementación. El informe final de la revisión de la práctica es presentado por el oficial de seguridad al comité de seguridad, quien revisa y, si es necesario, revisa el manual de seguridad del hospital.

En cuanto al fuego, el calor generado durante la combustión se puede transferir de tres formas:

- Radiación: continuamente irradia calor en ondas.
- Conducción: el intercambio de calor se produce desde un punto caliente a un punto frío a través de un medio conductor.
- Convección: el proceso de transferencia de calor a través de un fluido en

movimiento. Para combatirlo se necesita:

- Dotación de personal: asigne roles a todos para evitar confusiones en caso de incendio.
- La terminación se hace por: refrigeración, retención de oxígeno (asfixia), interrumpir la reacción en cadena (inhibición) y alcance.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad hospitalaria es responsabilidad de todos. Para brindar servicios seguros y apropiados en caso de un desastre, cada persona que trabaja en un hospital es esencial. El personal de mantenimiento es responsable de la seguridad de la infraestructura y los equipos y trabaja para lograr planes de mantenimiento adecuados para edificios, equipos y vehículos.

6 Bibliografía

1. Sagehome.H. Por un trabajo mejor: Guía de análisis de las condiciones de trabajo en el medio hospitalario. Madrid. INSHT, 1989.
2. Portal preventivo de Riesgos Labores. Riesgo de incendios. 2015.
3. ASPY la seguridad y la salud de tu empresa. Incendios. 1 de marzo de 2018.
4. www.mtas.es.
5. www.monografias.com.
6. Myriam Mahecha. Seguridad e Higiene en el Trabajo. Bogotá. Colombia.

Capítulo 72

EL PERSONAL ELECTRICISTA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SU INFLUENCIA EN LA CONFIABILIDAD DE LOS SISTEMAS Y EQUIPOS SANITARIOS

EDUARDO GARCIA DONATE

CARLOS LÓPEZ MUÑOZ

FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO

PEDRO JOSE CORTES MOLINA

RUBÉN CAVA

1 Introducción

El mantenimiento puede definirse como “un conjunto de acciones destinadas a reacondicionar o mantener componentes, equipos o sistemas en un estado en el cual sus funciones pueden ser cumplidas”. Por ello, el personal de mantenimiento presenta, entre su vocabulario habitual, conceptos como “mantenibilidad” y “confiabilidad”, términos relacionados no solo con que los componentes y equipos desarrollen sus funciones, sino con que lo hagan con calidad y seguridad, preservando el entorno y al menor coste posible.

De cara a garantizar la confiabilidad, disponibilidad y mantenibilidad de los equipos y sistemas, se precisa de invertir capital y de asumir riesgos. De esta forma, llegar a la consecución de dichos términos no se basa tanto en la cantidad de los equipos y materiales, como en su calidad. Dicho de otra manera, la institución o empresa invertirá capital para incrementar sus coeficientes de seguridad. En función de las características de la empresa o la organización, esta inversión será mayor o menor. En el caso que nos ocupa, que son las instituciones sanitarias, la inversión del capital es aún más elevado, pues su principal objetivo es el mantenimiento en la salud de la población. Analizar al personal de mantenimiento y cómo, con su labor, puede influir en la confiabilidad y disponibilidad de los equipos biosanitarios, es un tema de actualidad que conviene ser analizado.

2 Objetivos

Analizar cómo se aplican, a nivel práctico, los criterios de mantenibilidad, disponibilidad y confiabilidad en instituciones sanitarias por parte del profesional de mantenimiento.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se ha realizado a través de diferentes bases de datos, pertenecientes a estudios descriptivos transversales observacionales. Se han utilizado como palabras clave varios descriptores, mediante los que se ha conseguido encontrar los artículos necesarios en bases científicas para la realización del trabajo. Se han utilizado las siguientes palabras clave: mantenimiento, mantenibilidad, confiabilidad, sanidad, disponibilidad. La búsqueda se ha restringido a los últimos diez años.

4 Resultados

Los conceptos mencionados previamente deben ser analizados de forma individualizada. En primer lugar, el término de “mantenibilidad” puede definirse como “la expectativa que se presenta de que un sistema pueda ser reparado o mantenido en un marco temporal concreto”. Puede definirse en términos de “probabilidad”, de forma que la mantenibilidad se relacionaría con la probabilidad de que un equipo que ha presentado un error o un fallo sea reparado en un determinado tiempo. Por lo tanto, a nivel cotidiano, este criterio va delimitado por el tiempo

en el que se comienza la reparación, la duración en la reparación, los tiempos muertos, la necesidad de repuestos o por espera de materiales. También influye el tiempo que se tarda en diagnosticar o localizar el fallo, los tiempos de desmontaje y los tiempos de ajustes y pruebas. En todos ellos incidirá, directamente, la capacidad del personal de mantenimiento, su experiencia y su capacidad de diagnóstico y de reacción. Se detecta, como variable añadida vinculada, el hecho de que el equipo de trabajo se encuentre correctamente organizado y haya buenos procesos comunicativos.

Por otro lado, el poder reducir tiempos y aumentar la mantenibilidad se relaciona con un aumento entre la confiabilidad y la disponibilidad. Los tres términos se relacionan entre ellos de forma bidireccional, de forma que si uno mejora, mejoran de forma análoga los otros dos y viceversa.

Cómo variables añadidas a mencionar, se ha encontrado que, con la mejora de la mantenibilidad, disponibilidad y confiabilidad, se asocian: la facilidad del equipo de trabajo para realizar el mantenimiento, la capacidad de los profesionales y la planificación previa del mantenimiento. Es más, este personal deberá ser conocedor de los distintos tipos de sistemas y equipos con los que se trabaja en las instituciones sanitarias y los requisitos que se le aplica a cada uno. De esta forma, en los incineradores hospitalarios, buscaremos una alta confiabilidad y mantenibilidad, sin embargo, para el tratamiento de aguas estos criterios pueden variar. Ser consciente de dichos criterios ayudará a realizar una adecuada labor de planificación.

5 Discusión-Conclusión

Que el sistema sanitario sea confiable es fundamental. Para conseguirlo se debe invertir capital, entendiendo que lo barato -a largo plazo- puede salir caro. La bibliografía científica ha demostrado que, cuando se trabaja con la salud del ciudadano, merece la pena invertir capital en mantenimiento preventivo para evitar, posteriormente, mantenimientos correctivos. Los criterios analizados en este estudio mejoran o empeoran en función de las características del personal de mantenimiento, de su experiencia, de su capacidad en la toma de decisiones, de sus procesos comunicativos y de su capacidad planificadora y organizadora.

Asimismo, el margen de maniobra del que disponen estos profesionales y estos equipos es esencial. También se han de tener en cuenta los materiales con los que se cuenta, así como la inversión que la institución sanitaria ha realizado en material de calidad. En este sentido, la mantenibilidad puede garantizarse con bajas inversiones, pero esto no revertirá en la confiabilidad de los sistemas y

equipos.

6 Bibliografía

1. Depestre, L. O. L. (2012). Del Mantenimiento Correctivo al Mantenimiento Centrado en la Confiabilidad. *Revista Centro Azúcar*, 39(3).
2. Aguilar-Otero, J. R., Torres-Arcique, R., & Magaña-Jiménez, D. (2010). Análisis de modos de falla, efectos y criticidad (AMFEC) para la planeación del mantenimiento empleando criterios de riesgo y confiabilidad. *Tecnología, Ciencia, Educación*, 25(1), 15-26.
3. Gallegos blanco, s. F. (2018). Mejora a plan de mantenimiento preventivo equipos central térmica hospital regional dr. Guillermo grant benavente.
4. Chávez Gómez, V. H. (2010). Sistema de información para el control, seguimiento y mantenimiento del equipamiento hospitalario.
5. Grajales, D. H. M., Sánchez, Y. O., & Pinzón, M. (2006). La confiabilidad, la disponibilidad y la mantenibilidad, disciplinas modernas aplicadas al mantenimiento. *Scientia et technica*, 1(30).
6. Rivera Estay, J. L. (2015). Modelo de toma de decisiones de mantenimiento para evaluar impactos en disponibilidad, mantenibilidad, confiabilidad y costos.
7. Poveda Guevara, A. J., & Lozano, M. (2012). Aplicación de la Metodología de Mantenimiento Centrado en Confiabilidad para el Desarrollo de Planes de Mantenimiento.

Capítulo 73

EL PERSONAL ELECTRICISTA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS MEDIDAS EN EL USO DE ESCALERAS DE MANO EN HOSPITALES

EDUARDO GARCIA DONATE

CARLOS LÓPEZ MUÑOZ

FRANCISCO JAVIER CARRETERO CUARTERO

PEDRO JOSE CORTES MOLINA

RUBÉN CAVA

1 Introducción

En un hospital aparte de la actividad asistencial y administrativa, tienen lugar otro tipo de actividades como son las tareas limpieza, el trabajo de almacén y el trabajo de mantenimiento. Es en este último caso donde más necesarias son.

Para desarrollar este tipo de actividades, en muchas ocasiones es necesario el uso de escaleras de mano, las cuales suponen un riesgo tanto para el profesional que la utiliza como para sus compañeros e incluso para los propios pacientes o acompañantes. Por ello es necesario conocer los riesgos que suponen su uso y las medidas preventivas a adoptar.

En primer lugar, hay que definir que es una escalera de mano. La escalera de mano es un instrumento portátil que consiste en dos piezas paralelas o ligeramente

coincidentes unidas a intervalos por travesaños y que se emplea para subir o bajar a un individuo de un nivel a otro.

Según el tipo de escalera nos podemos encontrar con una escalera simple de un tramo, escalera doble de tijera, escalera extensible, escalera transformable o una escalera mixta con rótula, cada una con sus características propias de construcción y uso, así como la diversidad de materiales de las que pueden estar hechas: madera, aluminio, acero y materiales sintéticos.

2 Objetivos

Conocer cuáles son los riesgos que entraña el uso de las escaleras de mano y las medidas preventivas a adoptar.

3 Metodología

Revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de las principales notas técnicas y guías publicadas por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) relacionadas con el uso de escaleras manuales. Revisión bibliográfica de bases de datos, consulta de guías y protocolos hospitalarios.

4 Resultados

Almacenaje, limpieza, mantenimiento. Para realizar estas actividades es necesario el uso de escaleras de mano. En concreto, nos vamos a centrar en las labores de mantenimiento, ya que tanto electricistas, mecánicos, albañiles, fontaneros. A la hora de realizar obras o reparaciones es muy probable que deban hacer uso de estos equipos de trabajo que, siendo su uso tan común incluso en los hogares, suponen un riesgo si no se tienen en consideración determinadas medidas preventivas que pueden tener consecuencias graves tanto para quien las usa como para quien pase cerca en ese momento.

Riesgos:

- Caída de altura: puede producirse por diversos motivos entre ellos están el deslizamiento lateral de la parte superior de la escalera debido a un apoyo inestable, una mala colocación de la escalera, el viento, un desplazamiento lateral del usuario, etc.; deslizamiento del pie de la escalera por la falta de zapatas antideslizantes, suelo inestable o en cuesta, escasa inclinación en la colocación de

la escalera, etc.; inestabilidad al subir cargas o al moverse lateralmente para efectuar un trabajo; desequilibrio al resbalar en los peldaños por el uso de un calzado poco apropiado y que el peldaño esté sucio; gesto violento del usuario por un objeto difícil de subir, una descarga eléctrica, intentar recoger un objeto que va a caer, etc.; basculamiento hacia atrás de la escalera al ser demasiado corta para la altura a la que se desea trabajar o por estar colocada muy verticalmente sin respetar el ángulo adecuado de colocación; subir o bajar de espaldas a la escalera; y por errónea colocación de cuerpo, pies o manos.

- Atrapamientos: pueden producirse al desencajarse las bisagras de la ensambladura de las cabezas de las escaleras de tipo tijera o transformable, a la hora de abrir una escalera extensible o al romperse la cuerda de dicha escalera al estar mal atada durante el desplegado y el plegado.
- Caída de objetos sobre otras personas: para la realización de determinados trabajos es necesario el uso de herramientas o materiales que pueden caer desde la escalera sobre el personal que esté ayudando, así como al resto de personas que puedan pasar por debajo o cerca de la escalera.
- Contactos eléctricos directos o indirectos: por el uso de escaleras metálicas para realizar trabajos de electricidad o cercanos a instalaciones eléctricas.
- Accidentes varios: los operarios pueden sufrir desmayos, mareos, al subirse a las alturas.

Medidas preventivas:

- Antes de iniciar cualquier trabajo, es necesario comprobar el estado de los peldaños, largueros, zapatas y en caso de detectar algún desperfecto que pueda ocasionar algún problema de seguridad, no debe ser utilizada y se comunicará la incidencia para que sea reparada o sustituida.
- Previo a su utilización, deberá asegurarse su estabilidad de forma que la base quede debidamente asentada. En caso de disponer de ruedas, se deberá asegurar su inmovilización.
- Hay que asegurarse de que la suela de los zapatos y los peldaños estén secos y limpios de sustancias deslizantes.
- Se debe evitar situar la escalera en una zona de paso o frente a una puerta salvo que fuese imprescindible, en cuyo caso se debería bloquear la puerta y señalizar la zona.
- La bandeja superior de la escalera no debe ser utilizada como si fuese un peldaño más. Su función es servir de apoyo para depositar objetos manipulados y para aportar un punto de agarre en caso de perder el equilibrio.
- Las escaleras de mano nunca deben ser pintadas, ya que se podrían tapar defectos que deben ser tenidos en cuenta. Solamente está permitido el uso de barnices

transparentes.

- Para ascender o descender de la escalera, así como para realizar el trabajo, se estará frente a la escalera y nunca de espaldas. Además, durante el ascenso y descenso se mantendrán en todo momento tres puntos de contacto con la escalera.
- Nunca se deben emplear para transportar o manipular cargas que por su peso y tamaño puedan poner en peligro la seguridad del trabajador.
- No pueden ser empleadas a modo de caballete para sostener otras plataformas de trabajo.
- No se emplearán bajo condiciones meteorológicas desfavorables.
- No serán utilizadas por dos o más personas de manera simultánea.
- A la hora de realizar trabajos que puedan suponer un riesgo eléctrico, se mantendrán las debidas distancias de seguridad con los elementos que estén en tensión eléctrica y se emplearán escaleras fabricadas en madera o en fibra de vidrio aisladas.
- En caso de tener que realizar una reparación, solo se deben emplear aquellas piezas contempladas por el fabricante.
- Siempre deben ser limpiadas tras su uso de las posibles sustancias que hayan caído sobre ellas y se almacenarán protegidas de la intemperie.
- Las escaleras no deben ser utilizadas por personas que sufran vértigo o similares.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de una escalera de mano deberá limitarse a las circunstancias en que la utilización de otros equipos de trabajo más seguros, como por ejemplo las plataformas elevadoras móviles de personas o los andamios, no esté justificada por el bajo nivel de riesgo en relación con la frecuencia, altura y duración de los trabajos a desarrollar y por las características del lugar donde vayan a ser llevados a cabo. Cuando se determine que es necesario su uso se deberán tener en cuenta las medidas preventivas citadas anteriormente así como las especificaciones de cada fabricante.

Para reducir este tipo de riesgo es necesario formar a los trabajadores sobre un uso correcto y adecuado de las escaleras de mano para evitar posibles accidentes que puedan tener consecuencias graves tanto para ellos como para compañeros y usuarios del hospital.

6 Bibliografía

1. [Internet]. Mc-mutual.com. 2020 [cited 16 December 2020]. Available from: https://www.mc-mutual.com/documents/20143/47599/mantenimiento_es.pdf/52117697-2b20-6997-d83a-066797e9b4d0.2310.
2. [Internet]. Insst.es. 2020 [cited 16 December 2020]. Available from: [https://www.insst.es/documents/94886/375493/Folleto.+Empleo+seguro+de+las+escaleras+de+mano+-+A%C3%B1o+2012+\(en+cat%C3%A1logo\)](https://www.insst.es/documents/94886/375493/Folleto.+Empleo+seguro+de+las+escaleras+de+mano+-+A%C3%B1o+2012+(en+cat%C3%A1logo)).
3. [Internet]. Insst.es. 2020 [cited 16 December 2020]. Available from: https://www.insst.es/documents/94886/327166/ntp_239.pdf/c0e26253-5bed4177-93da-644b921956c8.
4. [Internet]. Insst.es. 2020 [cited 16 December 2020]. Available from: <https://www.insst.es/documents/94886/160070/N%C3%Bamero+21.+utilizaci%C3%B3n+de+escaleras+manuales>.

Capítulo 74

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPIS) EN LA SANIDAD

FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ IGLESIAS

1 Introducción

Hablar de EPIs es hablar de protección individual del trabajador y más dentro del ámbito sanitario, tan necesarios últimamente por los hechos que nos han acontecido a nivel sanitario en los últimos años.

Un EPI es cualquier dispositivo y/o medio que utilice el trabajador para su protección, cuyo objetivo principal es proteger al trabajador en el desarrollo de su actividad laboral y cuando existan riesgos para su salud y que no pueden ser evitados a través de la protección colectiva, deben reunir una serie de características, las cuales, serán en función del riesgo al que se exponga o la actividad que se realice, de esta forma se hará un uso correcto del mismo.

Dando una respuesta a las necesidades de información y asesorar en relación al uso de los EPI para la protección contra los riesgos presentes en el lugar de trabajo cumpliendo una función de divulgación y de promoción de la seguridad y salud en el trabajo para ayudar y mejorar la seguridad y salud de los trabajadores que, como consecuencia de su actividad laboral puedan requerir el uso de EPI, facilita un breve acceso a la información, permitiendo su consulta, queriendo ser un documento práctico de la Seguridad y la Higiene en el Trabajo, teniendo en cuenta la integridad del trabajador.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de los EPIs en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Revisión bibliográfica efectuada a través de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Bibliotecas de carácter electrónico y bases de datos, tales como Pubmed, Medline, y Scielo, revistas médicas, etc., lectura y estudio Ley de Prevención de Riesgos Laborales Ley 31/1995, de 8 de noviembre, Publicado en BOE de 10 de Noviembre de 1995.

4 Resultados

El uso de EPIs debe ser el adecuado a cada actividad o riesgo. Debemos protegernos de cualquier riesgo que surja, ya que al estar en contacto directo con la enfermedad se puede incrementar. Para ellos hay 4 partes importantes que debemos proteger: manos, ojos, boca y nariz. Esto lo realizaremos de la siguiente manera:

- Guantes: protección de las manos con el uso de guantes no estériles de un solo uso.
- Pantallas faciales o gafas: protección ocular.
- Mascarillas, mascarillas filtrantes o máscaras completas dependiendo del nivel de riesgo por inhalación: protección respiratoria

Son esenciales para el controlar riesgos y el cuidado de la salud de los trabajadores. El empresario queda obligado a proporcionar equipos de protección individual adecuados para el desempeño de las funciones y realizar una labor de vigilancia y formación del empleado para un uso efectivo, procurando así que estos equipos realicen bien la función para lo que están diseñados. Evitando que el personal sanitario y no sanitario expuesto afecciones producidas por virus y bacterias (Hepatitis, SIDA, Herpes, etc.), sean afectados. Por tanto, es obligación conocer cuáles son los EPIs básicos y aprender a utilizarlos de forma correcta. Manteniendo como objetivo básico o principal y disminuir los riesgos a los que son expuestos por el desempeño de sus funciones.

Por lo tanto, podemos tener como resultado el no contemplar su uso o realizar un uso inadecuado de los EPIs nos puede llevar a la exposición a riesgos de carácter innecesario, que afectará de forma directa a nuestra salud y la de los demás, como hemos sufrido en la pandemia COVID-19, Por este motivo un centro hospitalario ha de tomar medidas técnicas y organizativas de forma particular y colectiva, dando una mayor y mejor protección al trabajador y con ello de forma indirecta al resto de la población, disminuir los riesgos y su exposición a ellos.

El uso correcto de los equipos de protección consigue que los trabajadores no

sufran accidentes laborales ni contagios con agentes biológicos, se deben valorar aspectos como la gravedad del peligro, la frecuencia o tiempo de exposición, las condiciones del puesto de trabajo, las prestaciones del equipo en sí y todos aquellos riesgos adicionales, que no hayan podido evitarse.

El personal sanitario es uno de los que más debe protegerse, ya que permanentemente cohabita se en contacto directo con pacientes con enfermedades contagiosas un equipo de protección que no le puede faltar nunca a cualquier persona que trabaje en el sector sanitario Independientemente del equipo que el personal sanitario emplee, ha de asegurarse de que es el adecuado y que protege su salud. Hay muchos tipos de trabajo. Por eso el motivo esencial para atender a este artículo está en las siglas EPI (equipo de protección individual), es decir, proteger de uno o varios riesgos que reducen la seguridad del empleado o su salud.

Una cosa sí hemos de tener clara, son de uso individual, no pudiendo ser utilizados por más personas. Solamente se podría dar este caso de forma muy excepcional.

El Real Decreto 773/1997 en su Art. 7 establece una clasificación de los tipos de EPIs:

- Categoría I: protegen frente a riesgos mínimos, como por ejemplo guantes de limpieza, batas, mandiles, etc.
- Categoría II: los no incluidos en las categorías I o III. Protegen frente a un riesgo medio, como por ejemplo muchos tipos de calzado de seguridad.
- Categoría III: protegen de un peligro mortal o que puede dañar seriamente la salud, como por ejemplo protecciones respiratorias filtrantes que protegen de gases tóxicos, los EPIs frente al Ébola o al coronavirus, etc.

5 Discusión-Conclusión

No existe un modelo único de EPI, nos encontramos con varios tipos o categorías, dependiendo del riesgo al que nos enfrentamos o atendiendo a su composición y características de fabricación.

Encontramos en el ámbito sanitario (guantes, mascarillas, protectores oculares, etc.), que han de cumplir unos requisitos en su fabricación recogidos en este Real Decreto, que han de someterse Procedimiento de Evaluación para tener un marcado CE y declaración de conformidad.

Los equipos de protección no son únicamente utilizados en la sanidad, tanto en la industria como construcción son de relevada importancia, ya que su uso salva vidas.

6 Bibliografía

1. Anexo IV R.D 1216/1997.
2. Ley 31/ 1995 de 8 de noviembre de prevención de Riesgos Laborales.
3. Canales sectoriales interempresas equipamiento médico hospitalario. ANADE.
4. CSIT, Unión profesional.
5. Real Decreto 773/1997, criterios a tener en cuenta para la utilización de EPIs.
6. Real Decreto 1407/1992, regula las condiciones que tienen que cumplir los EPIs para ser seguros y poder ser comercializados. Protección Hospitalaria, Huca.

Capítulo 75

PERSONAL SANITARIO ABORDA LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y SU PREVENCIÓN

FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ IGLESIAS

1 Introducción

Históricamente, la idea que la mujer era inferior al hombre tanto física como intelectualmente se ha transmitido de generación en generación, creando una sociedad patriarcal que desarrollo un comportamiento misógino y violento contra la mujer como una forma de dominación. Instaurándose una creencia que el hombre era superior, dejando a la mujer en un segundo plano, aplicando una violencia masculina sobre ellas y alejándolas de la participación social y vulnerando en muchas ocasiones sus derechos.

La Resolución de la Asamblea General ONU 48/104 del 20 de diciembre de 1993, Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, observa la necesidad de un reconocimiento universal a la mujer de los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad que todos los seres humanos ostentan y que la eliminación de todas las formas de discriminación a la mujer contribuiría a eliminar la violencia contra ella.

A través de los valores culturales, conductas sociales establecidas se desarrollan y arraigan en la familia y en las relaciones sociales conductas machistas que desembocan en la violencia, esta violencia se transmite a través centros escolares a los adolescentes, perpetuando estas actitudes en el tiempo. Por ello, la prevención y eliminación solo puede venir o llegar desde la educación y el cambio en los modelos establecidos.

2 Objetivos

Reflexionar sobre la problemática de la violencia de género y su prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos. Se han empleado las palabras clave violencia, violencia de género. También se ha consultado la Estrategia Estatal para combatir las violencias machistas 2022-2025, Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de género.

4 Resultados

Los principales aspectos en los que debemos avanzar en materia de la Violencia de género son:

- EDUCACIÓN: Concienciar a la población de que la violencia de género es un problema que afecta principalmente a las mujeres, intentar cambiar conceptos, conductas y actitudes establecidos socialmente. Educar es fomentar la igualdad.
- PREVENCIÓN: Fomentar la autoestima de las mujeres, dirigido a las niñas y las adolescentes. Promover la idea de que son valiosas.
- SENSIBILIZACIÓN: Estudio del problema, implementar herramientas para su erradicación sabiendo reconocer la violencia , implicar a toda la sociedad, conocer el problema en profundidad para así poder comprenderlo.

Uno de los aspectos en los que se debe trabajar principalmente es en el concepto de inferioridad, teniendo la creencia y el prejuicio que la mujer es inferior a nivel cultural, físico e intelectual, como la raíz del problema. A partir de esta idea se van generando ideas, conductas y actitudes que perduran en el tiempo y se establecen bajo una normalidad a la que nadie le extraña, de ahí la necesidad de una labor de concienciación, divulgación y sensibilización.

También es fundamental sacar de la esfera privada, es decir, de la familia, de la pareja, el problema de la violencia de género. La vulneración de la mujer se apoya en la intimidad para mantenerse e instaurarse en el tiempo. La violencia no es un lenguaje, ni un instrumento, ni aún menos un fin de dominación, de aquí sale el concepto POSESIÓN, amar no es poseer, el desprecio cotidiano, la

manipulación emocional y psicológica, la anulación para infravalorar a la mujer, el maltrato físico, el control y manipulación, son circunstancias que se dan en el ámbito privado de la familia y que deben ser tomados como algo público, ya que afectan a los derechos fundamentales de las personas en este caso en concreto de las mujeres, sabemos que la gran mayoría de víctimas son mujeres, la existencia de hombres que sufren manipulación y maltrato por parte de sus compañeras o esposas.

Si hacemos público este problema debemos empezar por la asociación de todos los estamentos sociales, es decir, esferas políticas, organismos asistenciales, servicios de seguridad, la propia población, trabajando todos de forma conjunta para erradicar el problema que afecta a toda la población.

Se hace necesario, poner en valor la EDUCACIÓN, para renovar conceptos establecidos, como la inferioridad de la mujer, la posesión o control y la manipulación. La sociedad también educa, lo mismo que se instauró el patriarcado, debemos perseguir la igualdad y la valoración como igual de la mujer, pues esa minoración o infravaloración da como resultado la víctima, sea mujer o de cualquier tipo y sobre esa víctima, se aplica la violencia que justo es la que se quiere eliminar.

Por lo tanto, desde el estado, los poderes públicos, se han de promover legislaciones, políticas e instrumentos que posibiliten el cambio de patriarcado a un modelo igualitario. Es fundamental la concienciación, es necesario que la sociedad, la familia, los vecinos o compañeros de trabajo, apoyen un cambio y reaccionen ante cualquier situación que conlleve violencia, nuestro vecino, o ese amigo que, de vez en cuando, trata mal a su novia. Contra eso debemos luchar si pretendemos erradicar de nuestras sociedades la violencia de género.

5 Discusión-Conclusión

El nivel de violencia de una sociedad se define por la cultura de esa misma sociedad.

La violencia de género debe ser erradicada, actuando sobre conceptos arcaicos, desfasados y sobre todo Falsos.

Trabajar en el fomento de valores, en la juventud, la familia y, realizar una labor intensa, sobre todo en los centros educativos, en las escuelas a una temprana edad, para crear ciudadanos iguales, en su forma de pensar y actuar. Se debe aprovechar la era tecnológica como instrumento de divulgación y sensibilización.

Por último, destacamos la importancia de apoyar a las víctimas, que además pertenecen a estamentos sociales desfavorecidos, vulnerables, con pobreza, dándoles las herramientas para poder obtener mejores condiciones de vida, saliendo de la situación de aislamiento e intimidad que la violencia de género necesita.

6 Bibliografía

- PLAN NACIONAL DE SENSIBILIZACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO MARCO CONCEPTUAL Y EJES DE INTERVENCIÓN.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado (BOE), de 29/12/2004.
- Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES, SECRETARIA DE IGUALDAD.
- INSTITUTO DE LA MUJER.
- La Resolución de la Asamblea General ONU 48/104 del 20 de diciembre de 1993.

Capítulo 76

ESTRÉS LABORAL EN LA SANIDAD

FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ IGLESIAS

1 Introducción

El estrés es un sentimiento de tensión física o emocional que proviene o es generado por una situación o pensamiento que haga sentir a una persona frustrada, furiosa o nerviosa.

El estrés es la reacción del cuerpo a una prueba.

El estrés y los riesgos psicosociales son todo aquello relacionado con el trabajo, con el puesto, con las tareas o el entorno, y que tienen la capacidad de afectar a la ejecución del trabajo y a la salud de las personas, pasando a ser uno de los principales problemas para la salud y la seguridad laboral.

Las consecuencias del estrés en el ámbito sanitario es especialmente grave y visible por la exposición cara al público o el usuario de su trabajo y el factor adicional de prestar un servicio. La relación con el paciente no es fácil y exige el despliegue de unas herramientas, competencias, habilidades y actitudes por parte del personal sanitario.

Desde el pasado año 2020 que comenzó la pandemia provocada por el COVID-19, se ha vuelto necesario observar y vigilar el estrés, en el personal sanitario que ha vivido esta situación a pie de cama estando en primera línea y luchando contra esta lacra.

El estrés laboral sanitario está presente en el ámbito laboral debido a la exigencia de esta actividad y la responsabilidad a la que se enfrentan los trabajadores que no es otra que la salud de la persona y en este caso pacientes-usuarios. Influye tanto a nivel emocional como psicológico.

2 Objetivos

Conocer las consecuencias del estrés laboral en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El cansancio emocional es muy elevado, siendo más elevado a mayor antigüedad en el servicio sanitario con lo que nos damos cuenta de que el tiempo desarrollando una actividad es un factor importante en el estrés o en la generación de estrés de la persona, y no digamos factores como la inestabilidad laboral, exigencias por encima de las propias posibilidades, grupos mal compenetrados, la no existencia de líder o una organización idónea, por ejemplo en prácticamente todo el estudio.

Se comprueba que afecta con bastante incidencia el tema de la jornada laboral, en aspectos como la nocturnidad y la turnicidad, que la duración de la jornada que también es un factor importante en una mayor escala están aquellos cuyas jornadas son superiores a las 7-8 hrs diarias.

Destacar que aspectos relacionados con la gestión y la organización del trabajo, como la mala designación de grupos, la mala relación entre sus participantes, el malestar laboral, y como no el cansancio laboral, afectan de manera decisiva y el cansancio con mayor importancia.

Destacar las diferencias en la relación de los equipos de trabajo. Aquí nos encontramos a profesionales con dificultad de relación personal con su equipo de trabajo lo que afecta de manera decisiva. El grado de control del trabajador sobre las tareas que realiza influye en su nivel de estrés, esta proporción está regulada de forma decisiva por la variable GRUPO, la autoeficacia del equipo de trabajo. El control del individuo en la realización de sus tareas, así como al contrario ser parte de un equipo auto-eficaz puede proteger frente al estrés y desarrolla la satisfacción personal del trabajador. Pero si el control personal del trabajo y

la eficiencia del grupo no son facetas presentes en el mismo, las consecuencias negativas.

5 Discusión-Conclusión

La mayor parte de los autores y de los estudios tienen en común la idea que los niveles de estrés a los que están sometidos los trabajadores sanitarios del ámbito hospitalario son elevados y repercuten negativamente sobre su salud.

La sintomatología que presentan en situaciones de estrés son los trastornos músculo-esqueléticos, depresivos, alteraciones psicosomáticas, etc.

Tras el estudio de la información recabada, sería preciso llevar estudios más amplios en la población española, y no circunscribir esto a centro de trabajo hospitalario o sanitario, pues dadas las circunstancias el personal sanitario, lleva unos años trabajando por encima de sus posibilidades desde la pandemia covid-19, acumulando un cansancio emocional y físico. Todo esto conlleva o trae asociado las malas relaciones dentro de un equipo de trabajo que son las de mayor protagonismo, haciendo que el ámbito de trabajo no sea el más adecuado, creando malestar entre los diferentes miembros del equipo, incrementando los niveles de estrés.

Es importante conocer la situación laboral en España, no solo en este sector, sino en el resto de sectores, de una manera nacional o de país, para con datos generales poder instaurar políticas o acciones enfocadas de manera eficaz a la prevención eliminando ambientes estresantes y actuar sobre las patologías derivadas del estrés en la población trabajadora del país, con un análisis por sectores utilizando al personal sanitario cuyas funciones realizan en el ámbito hospitalario como un sector donde recopilar información exhaustiva.

6 Bibliografía

1. <https://www.scielo.org/es/>.
2. Unidad Docente de Medicina del Trabajo. La Rioja. Hospital San Pedro. Logroño.
3. Unidad Docente de Medicina del Trabajo. Asturias. Hospital Universitario Central de Asturias.
4. Unidad Docente de Medicina del Trabajo. Madrid. España.
5. Medicina y seguridad en el trabajo.
6. Organización Internacional del Trabajo (OIT).
7. Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Canario de Salud.

8. Servicio prevención de la Agencia Sanitaria Poniente, Almería.
9. Estudios consejerías y concejalías bienestar social y asuntos sociales.
10. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

Capítulo 77

EL PLANCHADOR/A , FASES DE LA ROPA CUANDO LLEGA A LA ZONA LIMPIA

MANUEL GALDÓN GARVÍ

ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ

CORTES MARTINEZ TOLEDO

ANTONIA HENRY PULIDO

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

1 Introducción

Después de la limpieza, continúe con el siguiente paso.

Es decir, entramos en la denominada zona limpia, donde la prenda pasa a la siguiente etapa del “circuito limpio”. Eso significa secar, planchar, doblar y almacenar. La manipulación de la ropa limpia debe hacerse con mucho cuidado para evitar la recontaminación. Use manos y guantes limpios. Asegúrate de que la prenda esté completamente seca al final del proceso. La humedad facilita el crecimiento del moho. La prenda irá protegida en una bolsa de plástico transparente hasta su nuevo uso. La ropa desechada no es completamente higiénica y no se puede volver a utilizar, sino que se vuelve a lavar. Si está dañado, primero pasa por el proceso de reparación y costura. Los locales utilizados para el almacenamiento están completamente limpios y desinfectados y se utilizan únicamente para este

fin. La ropa se apila en estanterías con pinchos hacia el exterior para que sea más fácil contar la ropa y evitar que otros se caigan al suelo al recoger la ropa. La ropa limpia que no ha estado en contacto con la ropa sucia se transporta en coche. No recomendamos el secado a máquina. Esto se debe a que la ropa debe estar ligeramente húmeda para plancharla. Además, si está completamente seco, humedécelo ligeramente justo antes de plancharlo con un rodillo o con las manos.

2 Objetivos

Conocer e indicar las diferentes fases por las que pasa la ropa una vez lavada y limpia por parte del personal de planchados.

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

Puede especificar la etapa después de que la prenda ingrese a la zona limpia. Se parece a esto:

- Seco.
- planchar. - Bloqueado.
- Depósito. Y esta área en particular especifica las tareas a realizar en esa área.
- Descarga y clasificación de la lavadora: Las prendas que salen del proceso de lavado deben separarse en lotes de prendas para planchar y lotes de prendas moldeadas.
- Carga de la secadora: El proceso de secado de la ropa se realiza después del lavado. Su función es eliminar cualquier resto de humedad del tejido y mantener la ropa seca. La secadora se coloca detrás de la lavadora y va directamente del proceso de lavado a la secadora. En la sección de secado puede ver diferentes procesos, como el proceso de centrifugado, el proceso de secado y el proceso de secado en túnel.

- Clasifique la ropa limpia por contorno y forma y pásela por diferentes sistemas de planchado
- Planchar según el horario de ropa online. - Planchar la prenda con el sistema de plancha o a mano.
- Inspección visual de la ropa: Verifique o controle si hay manchas, rasgaduras u otros defectos. - Doblar toallas secas.
- Doblar la ropa planchada. Estas operaciones son fundamentales para el paso final de colocación de la prenda.

Puede almacenarse en ropa interior o distribuirse a varios servicios centrales.

Para el transporte, las prendas pueden colocarse en jaulas previamente desinfectadas o vehículos de distribución y sellarse.

El planchado es la aplicación de calor y presión para eliminar las arrugas que se forman en las telas durante el lavado y el secado. Aplicar calor a la tela también ayuda a eliminar la humedad que pueda quedar en la prenda.

Las lavadoras industriales requieren múltiples sistemas manuales y/o mecánicos para diferentes tipos de ropa en la sección de planchado. Un planchador debe estar al tanto de todos los procesos y etapas por las que debe pasar una prenda después de haber sido limpiada e incluida en los procedimientos de limpieza anteriores. No todas las prendas requieren planchado. No, pero tengo mucha ropa que necesita planchar.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, resumimos nuestro trabajo enfatizando la necesidad de que las planchadoras de los centros hospitalarios manejen y procesen adecuadamente las prendas cuando ingresan al circuito de la zona limpia. Y su cuidado es muy importante.

El personal de lavandería del hospital es un componente crítico y de gran labor de las operaciones del hospital. Además de lo anterior, se debe enfatizar la necesidad de capacitación continua para estar al día y poder desempeñar el trabajo de manera eficiente y eficaz, ya que al día se genera muchísima lavandería en los centros hospitalarios, y gracias a este servicio, se puede disponer de todo mucho más rápido.

6 Bibliografía

1. Manual básico del planchador/a <https://tutemario.es>

Capítulo 78

EL PLANCHADOR/A, FACTORES PARA ELEGIR EL EQUIPAMIENTO NECESARIO DE LA ZONA DE LAVANDERÍA

MANUEL GALDÓN GARVÍ

ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ

CORTES MARTINEZ TOLEDO

ANTONIA HENRY PULIDO

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

1 Introducción

El tratamiento de la ropa que se realiza en una lavandería es un proceso continuo que se lleva a cabo en fases separadas y siguiendo el principio de no retroceso. Como debemos saber, es necesaria la separación de dos zonas (zona sucia y zona limpia) por una barrera sanitaria. Cada fase se lleva a cabo en áreas separadas que contarán con el equipamiento necesario, los suministros y el personal necesario para las labores que allí se realicen.

El equipamiento e instalaciones vamos a entenderlo referido a la maquinaria que es necesaria para que funcione cada zona de lavandería (incluido el área de planchado), mientras que el material lo entendemos referido a los tipos de productos necesarios para realizar el lavado, secado, planchado, arreglos de las prendas.

La elección de la maquinaria de lavandería es muy importante tanto si se pretende montar una instalación nueva como si se trata de remodelar o modernizar una ya existente.

Se debe considerar tarea a realizar, la capacidad y potencia del aparato, el consumo y el número necesario, así como el espacio disponible.

En cuanto al tipo de maquinaria, los equipos necesarios para poner en marcha una lavandería industrial son variados, con diversas funciones y capacidades.

2 Objetivos

Conocer e indicar los diversos factores para la elección correcta de la maquinaria de la lavandería por parte del personal de plancha.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, hemos estado haciendo una búsqueda sistemática de maquinaria de una lavandería industrial en diferentes artículos sanitarios relacionados con este tema.

Por último hemos realizado una búsqueda en diferentes bases de datos como Scielo, PubMed y Medline, introduciendo palabras clave como planchador/a, y equipamiento lavandería.

4 Resultados

Para hacer la elección necesaria para el equipamiento de una lavandería habrá que tener en cuenta los siguientes factores:

- Tipo de ropa que se va a tratar: dependerá del tipo de centro que van a utilizar los servicios de lavandería.
- Cantidad de ropa que se va a procesar: dependerá del número de usuarios o residentes que emitan ropa y de si la lavandería atenderá la demandada una sola institución o de varias.
- Calidad de la ropa: los tejidos resistentes soportan mejor los tratamientos agresivos.

Los tejidos que son menos resistentes se deterioran antes, y tienen una vida mas corta.

- Grado de suciedad de la ropa: naturalmente la suciedad que presenta la ropa no es siempre la misma. Pero es cierto que en muchas ocasiones se puede prever si

un tipo de suciedad va a ser mas o menos frecuente, dependiendo del uso que se le dé a la ropa, y el tipo de actividad para la que se utilice.

- Turnos de trabajo: es importante tener en cuenta el número de horas que van a estar las máquinas en funcionamiento
- Distribución del trabajo :es posible que el volumen de trabajo se distribuya de manera homogénea y continua a lo largo del día, o se incremente a determinadas horas.
- Previsión de incidencias: al hacer un cálculo del número de maquinaria necesaria, se debe considerar el tiempo de paro o inactividad de una máquina, ya sea por descanso, revisión o mantenimiento.
- Sencillez de manejo: normalmente y sobre todo si se trabaja en varios turnos, las máquinas van a ser manejadas por diferentes operarios. Por ello es recomendable seleccionar aparatos sencillos, con instrucciones e indicaciones fácilmente comprensibles.
- Concordancia entre las fases: el proceso de tratamiento de la ropa debe ser continuo, es decir, la ropa lavada pasa a una secadora, y de ahí a la sección de plancha. Presupuesto: indudablemente los costes son importantes, y el gasto que se realice dependerá también del presupuesto disponible .

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo hemos podido conocer, investigar y llegar a la conclusión que la dotación de maquinaria para una lavandería se hará atendiendo a diversos factores descritos anteriormente sobre todo especialmente atendiendo a la ropa a tratar, al proceso y a la organización del trabajo.

La maquinaria elegida debe respetar al máximo la integridad de los tejidos, para contribuir así en la conservación de las prendas.

Hay prendas mas delicadas que otras, a las que no se les puede dar un tratamiento agresivo. También puede ser que se necesite un proceso específico, antimanchas, desinfectante, antiarrugas.

Básicamente es necesaria la maquinaria adecuada para los siguientes procesos:

Maquinaria para lavado: lavadoras, tren de lavado y centrifugadoras.

Maquinaria para secado: secadoras.

Maquinaria para planchado: calandras y planchas.

Maquinaria para empaquetado: plegadoras y empaquetadoras.

6 Bibliografía

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

Capítulo 79

EL PLANCHADOR/A Y EL PROCESAMIENTO DE LA ROPA EN EL ÁREA LIMPIA EN EL CALANDRAJE DE LA ROPA PLANA

MANUEL GALDÓN GARVÍ

ENCARNACIÓN CARCHANO LÓPEZ

CORTES MARTINEZ TOLEDO

ANTONIA HENRY PULIDO

MARIA GLORIA RUEDA GONZÁLEZ

1 Introducción

La ropa limpia ha sido sometida al proceso de lavado y desinfección, y ha de mantenerse protegida y almacenada hasta que sea usada nuevamente .

Es importante que esta ropa no sufra ningún tipo de contaminación, ya que actuaría como vehículo de transmisión.

La ropa limpia será sometida a la mínima manipulación posible, mecanizando y automatizando todos los procesos posibles.

Se evitará el contacto con cualquier superficie que no esté perfectamente limpia y desinfectada, incluso una vez empaquetada. La ropa limpia permanecerá en las instalaciones de la lavandería el menor tiempo posible.

El personal que manipula la ropa limpia no tendrá contacto con la ropa sucia, tendrá las manos perfectamente limpias y usará guantes.

Las prendas de línea, cuando salen del túnel de lavado, se colocan al principio de la calandra de planchado cogiéndolas por los extremos con guantes para no contaminarlas, y a partir de ahí serán arrastradas por el sistema de rodillos.

Las sabanas y otras prendas de línea necesitan tan solo un secado ligero antes de meter en calandra, ya que el calor aplicado durante el planchado terminara de secarlas.

Es importante aplicar una temperatura de planchado adecuada para cada tipo de tejido, ya que la aplicación de temperaturas mas altas dañaría los tejidos.

2 Objetivos

- Describir el procesamiento de la ropa una vez que se encuentra en el área limpia
- Exponer el funcionamiento de las calandras de planchado.

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.

También hemos sacado información de un manual de planchador/a y por último hemos aportado nuestra experiencia laboral en este área.

4 Resultados

En el procesamiento de la ropa en el área limpia los principales pasos a seguir serían:

- Manipulación: incluyendo la manipulación durante el secado y planchado y también durante el empaquetado y la distribución y no menos importante durante la reparación y el marcaje
- El transporte: utilizando medios de transporte limpios, desinfectados y preferiblemente cerrados. Se seguirá un circuito que no se cruzara ni tendrá contacto con el circuito seguido por la ropa sucia.

- Almacenamiento: el hospital contará con un almacén de ropa de lencería perteneciente al servicio de lavandería y planchado, en el que se mantendrán las prendas limpias y empaquetadas hasta su distribución por servicios del hospital. El calandraje de la ropa plana es un procedimiento que afecta a todas las actividades del planchado de ropa plana de las calandras y a todas las personas que participan en esta actividad.

En una lavandería industrial lo habitual es disponer de calandras diferentes, en todas ellas, se podrá planchar todo tipo de ropa plana ,pero variará la forma de introducir la ropa y su programación.

1) Tipo de ropa para planchar:

En la ropa plana lavada para planchar se diferencian los siguientes tipos:

Colchas.

Sábanas.

Sábanas fenestradas (abiertas).

Tyraveseros.

Fundas.

Paños.

2) Preparación del material:

Previamente al planchado debe prepararse la calandra y el material que esta requiera.

La puesta a punto consistirá en pasar una manta especial impregnada en parafina 8 para un buen mantenimiento de los rulos, realizándose esta actividad cada dos horas.

3) Puesta a punto y preparado de las calandras:

- Calandra 1: introductora ,planchadora y plegadora.
- Calandra 2: introductora, planchadora y plegadora.
- Calandra 3: también consta de las mismas tres partes, sin embargo su puesta en marcha se realizará desde la plegadora y la introductora.
- Calandra 4: igual que las anteriores consta de las mismas tres partes, pero también su puesta en marcha se volverá a realizar desde la plegadora y la introductora.

4) Planchado de la ropa:

Las calandras 1 y 2 están provistas de un sistema de apilamiento automático para las sabanas y colchas, mientras que en la calandra 3 hay que programarlo y en la 4 no hay apilamiento, es todo manual .

Una vez decidido el tipo de ropa que se quiere planchar se procederá a la programación de la calandra y el planchado de la ropa.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que en el procesamiento de la ropa en el área limpia debemos llevar a cabo dicho proceso con especial atención para que la ropa ni se contamine ni sufra ningún desgaste ni desperfecto. Para ello será de suma importancia que la ropa limpia pase por cada uno de los procesos que le corresponda y en dichos procesos se le apliquen las diferentes acciones que sean necesarias para llegar con éxito al embalaje final de dicha ropa limpia a la zona de almacén de lencería, para mas tarde pueda volver a ser utilizada.

En el proceso de planchado prestaremos especial atención en el tipo de ropa que vamos a tratar así como el tipo de tejido.

En el planchado de la ropa plana tendremos que conocer y saber manipular las diferentes calandras con las que trabajemos, pues del planchador depende la buena utilización de dichas calandras.

6 Bibliografía

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

Capítulo 80

LA IMPORTANCIA DE LA FIGURA DEL CELADOR EN LA ESFERA DE LA SALUD

CATALINA VALENCIA MORENO

GEMA VALENCIA MORENO

SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO

FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS

ENRIQUE DIAZ-TENDERO

1 Introducción

El celador es el trabajador que efectúa los desempeños y las funciones dispuestas en el punto número 2, del artículo 14 del Estatuto del personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social y está en posesión del conveniente Certificado de Escolaridad o de una titulación equivalente (o con categoría profesional registrada en Ordenanza Laboral o por un Convenio Colectivo).

En la práctica sanitaria un celador es aquel profesional que en el hospital moviliza y transporta a los enfermos, lleva documentos y efectúa tareas en apoyo al personal sanitario.

Es importante y muy significativo desarrollar este citado artículo debido a las distintas y tantas funciones que efectúa en la esfera sanitaria para presentar el

cometido, el desempeño y en que zonas, sitios, unidades y servicios sanitarios lo desarrolla.

El cometido y desempeño del celador es, por tanto, fundamental dentro de los equipos multidisciplinarios para el cuidado y asistencia integral del paciente enfermo a tratar, así como, además, es muy importante y significativa su formación profesional y actualización en todo momento para poder ofrecer un apoyo y cuidados sanitarios de calidad.

La figura del celador tiene una función muy importante en referencia al apoyo interno para los profesionales sanitarios, ya que van a ser imprescindibles son sus asistencias en el auxilio de aquellas tareas por decir una de ellas de quirófano de cirugía mayor, así como las que le sean ordenados por facultativos, Supervisoras o Enfermeras/os o de los técnicos en cuidados de enfermería, sin obviar las que efectúan en cuanto al control interno de los pacientes enfermos y sus familiares y el control y manejo de personas y usuarios en el Área de Urgencias.

2 Objetivos

Describir la figura del profesional del celador según la legislación vigente establecida en la actualidad, sus funciones, cometidos y las distintas categorías dentro de la profesión del celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las Funciones y cometidos o puestos que desempeñan los celadores se ve referenciadas en el artículo 14, en su punto número 2, del Estatuto aprobado de Personal No Sanitario y que ejecuta y realiza su tributo laboral de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Dicho estatuto se originó a través de una Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de

Julio del año 1971. Es por lo que debemos hacer saber en esta exposición y tener en consideración que las funciones y desempeños del celador no se han actualizado ni desarrollado convenientemente al paso del tiempo desde hace más de unos 40 años y sí que es cierto que hay diversas Comunidades Autónomas que han conseguido llegar a establecer sus propios reglamentos y protocolos en cuanto al desempeño que debe realizar acorde con los tiempos de un celador.

Entre las funciones y desempeños de la figura de celadores estas son algunas de las más usuales que efectúa un celador en la esfera sanitaria:

- Ayuda y apoyo en la acomodación de los enfermos, trasladar objetos, mobiliario y documentaciones que le sean confiados siempre por un superior, ejecutar las diferentes y diversas ocupaciones de apoyo al profesional sanitario, asimismo será encargado de la vigilancia del área o zona del centro donde trabaja, apoyara y ayudara a la conveniente higiene de enfermos, deberá estar al tanto de que se guarde el mayor silencio y en el mejor orden posible de las dependencias, muy extraordinariamente puede acometer tareas de limpieza, en los laboratorios experimentales serán los encargados de los animales que allí sean manipulados, deberá como cualquier profesional informar o registrar a los superiores oportunos de los detrimentos y de las anomalías, velar junto con el personal sanitario del confort de los enfermos, proporcionar servicios de guardia.

Además de la figura del profesional del celador general coexisten bastantes variantes y puestos que han ido progresando hasta llegar a ser una categoría dentro del cuerpo de celadores. Las funciones y los cometidos aquí no son determinantes, pero cada uno tiene su propia especialidad.

Existen las siguientes categorías, encargado de los turnos, de lavandería, instituciones geriátricas, de ambulancias, plantas de hospitalización, encargado de puerta de entrada, urgencias, etc., vigilancia, farmacia, boxes, rehabilitación, de dependencias administrativas, almacén, urgencias, ambulatorios, quirófanos, unidad de vigilancia intensiva (UVI) o de necropsias y así un largo etc., en el cual se vuelve imprescindible para el buen funcionamiento de los lugares en los que desarrolla su función.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas y el rol del celador dependerán siempre del puesto concreto que ocupen y tendrán que estar capacitados o ser instruidos para poder ejercer estas funciones de celador si sus superiores les asignan estas tareas.

Demostrada queda la importancia y relevancia que desarrolla esta figura tan conocida y desconocida de todo lo que desarrolla a la vez para muchos en la

esfera hospitalaria. Dentro de un hospital no solo tienen contacto directo con los pacientes enfermos los profesionales sanitarios como facultativos, o enfermeras/os, ya que entre las labores del celador de hospital prima el contacto con enfermos y sus familiares además del contacto con el equipo de personal sanitario y administrativo del hospital o de la clínica en la que despliega su labor profesional.

Un celador sanitario es un profesional imprescindible para el buen funcionamiento diario de estos centros.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-funciones-apoyo-equipos-sanitarios/>.
2. Celadores del Insalud, centro de estudios procesales 4º Edición. 01/1998.
3. Espinosa CV, Menoret V, Puchulu MB, Selios MJ. Celador en la relación equipo de salud-paciente. *Diaeta* [Internet]. 2009 Sep [citado 2022 Sep 12]; 27(128): 31.
36. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372009000300005&lng=es.

Capítulo 81

EL CELADOR EN PLANTA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SUS FUNCIONES

CATALINA VALENCIA MORENO

GEMA VALENCIA MORENO

SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO

FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS

ENRIQUE DIAZ-TENDERO

1 Introducción

Los celadores de los centros hospitalarios y de cualquier institución sanitaria son una parte importante del equipo de atención en planta, ya que tiene un trato directo con los pacientes, sin olvidarnos de los familiares y de que forma equipo sobre todo con las técnicas de cuidados auxiliares de enfermería, porque van siempre de la mano. La persona que acompaña al paciente en la planta de hospitalización es el celador, y este llevará la documentación que acredite el historial clínico del paciente, siempre se lo entregará a la supervisora de planta. Los pacientes podrán llegar de distinta manera a la planta: bien desde el servicio de urgencias del propio hospital, bien sea de forma programada para someterse a alguna intervención o bien para realizar una prueba diagnóstica, también podrían

ser trasladados desde otro hospital o desde las consultas externas del mismo hospital. En definitiva, la figura del celador de planta se encuentra como parte integrante y fundamental de un equipo humano en el que todos y cada uno de ellos, realizan una labor de asistencia y cuidado del paciente, pero será el celador quien conduzca al paciente ante un ingreso en planta, y también se encargará de diferentes tareas que expondré a continuación en este capítulo.

2 Objetivos

- Exponer las diferentes funciones y tareas que un celador de planta desarrolla, describiendo el trato con el paciente y los diferentes dispositivos que maneja.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva sobre la literatura científica existente en relación al papel del celador con los pacientes. Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos, como son: PubMed, Medline y Scielo. Criterios de exclusión/inclusión: únicamente se han utilizado artículos científicos de habla castellana.

4 Resultados

Primeramente, destacaremos la importancia que tiene un celador con los familiares del paciente, y hay que saber que en cada planta de los hospitales tenemos:

1. Como norma general, en los hospitales existe un horario de visita.
 2. El celador debe desalojar las habitaciones para que el médico pase visita.
 3. En las UCI los horarios son diferentes, donde a veces se puede pasar a ver al enfermo media hora cada vez. El celador de planta tiene unas funciones muy variadas desde la información al traslado de material, resumiendo es un trabajo dinámico. Sus funciones están en todo momento ligadas con el bienestar del paciente:
- Comunicar los informes verbales lo más rápido posible.
 - Llevar los documentos o correspondencia que les sean confinados por superiores al lugar donde corresponda.
 - Hacerse cargo de los enfermos que llegan a planta.

- Dirigir a los enfermos a las camas designadas en la habitación y si es necesario, ayudando al personal auxiliar sanitario a encamarlo.
- Trasladar a los enfermos, bien sea en cama, camilla o silla de ruedas por los diferentes servicios hospitalarios donde lo designe el médico, para realizar diferentes pruebas de diagnóstico, consultas externas, así como el acompañamiento en el momento del alta hospitalaria.
- Controlar la entrada, salida de los visitantes, evitando la introducción de cualquier elemento no autorizado, velar por el orden, que no halla ruidos y que esté todo en orden. Asegurando el uso correcto de las instalaciones y mobiliario informando sobre su uso correcto.
- Cuidar que los pacientes y visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más de lo normal.
- Recibir al enfermo precedente de urgencias, así como al enfermo que sea programado para ingreso.
- Ayudar al enfermo y al personal sanitario en el aseo y en las movilizaciones del enfermo dependiente.
- Manejar la grúa para la movilización del enfermo con déficit de movilidad.
- Cuando el enfermo fallece, encargarse de ir a buscar la documentación y el sudario, para después ayudar al personal sanitario a amortajar al paciente fallecido poniéndole una sábana antes de hacerse cargo del mismo y trasladarlo al mortuario.
- No permitir que se fume en ninguna dependencia.
- Traslado de aparatos de uso médico, informes, mobiliario, muestras biológicas, medicamentos y albaranes al almacén general cuando se necesite, además de evitar que los aparatos sean manipulados por el enfermo y visitantes.
- Transportar y colocar la bala de oxígeno en la cabecera de la cama del enfermo, que se llevará al lugar donde le indique la enfermera abriendo la botella y adaptando el manómetro según la necesidad del enfermo, bajo la supervisión de la enfermera.
- Llevar la documentación del enfermo para adjuntarlo al archivo de su historia correspondiente.
- Vigilar y avisar a sus inmediatos superiores si ven cualquier anomalía o desperfecto que se encontrara en la conservación del edificio ya sea de limpieza, material o estructural.
- Hacer cualquier otra tarea cuando se lo solicite un superior.

5 Discusión-Conclusión

El celador somos una figura imprescindible dentro del servicio de planta hospitalaria, ya que conectamos directamente con el paciente, dado que somos los primeros con la que toma contacto al realizar su ingreso, quienes colaboramos en las diferentes necesidades del mismo durante su estancia en el hospital, y en ocasiones, también el último con el que trata el paciente cuando no es válido por sí mismo.

Aparte de ayudar en los cuidados personales del paciente, en cuanto a aseo y movilización, somos quienes nos encargamos de su traslado por las diferentes dependencias del hospital que nos ha indicado el médico. Por tanto, requiere de unas aptitudes como son: eficacia, empatía, paciencia, entereza, y espíritu de equipo, que son los calificativos que más nos define a los celadores de planta. Intentaremos que los pacientes estén los más cómodos dentro de las posibilidades, y ayudaremos al resto de personal sanitario y auxiliares en sus quehaceres diarios, facilitando su trabajo y en todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento de la planta. Cabe deducir que el celador en planta, con todas nuestras tareas tan indispensables, debemos ser tenidos en cuenta para que sean puestos a nuestra disposición los medios suficientes para el desarrollo de nuestras funciones.

6 Bibliografía

1. Pérez-Jover, V. Mira, J.J. y Tomás O, et al. Buenas prácticas y satisfacción del paciente. Revista de Calidad Asistencial. Noviembre-Diciembre 2010. Páginas: 348-355. - Talavera Pleguezuelos, Clemente. Atención al usuario de la Administración Pública. Págs: 82-122.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 82

FUNCIONES Y PAPEL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

CATALINA VALENCIA MORENO

GEMA VALENCIA MORENO

SERGIO MANUEL ROMERO GARCIA-MORENO

FRANCISCOA QUIÑONES VALDEPEÑAS

ENRIQUE DIAZ-TENDERO

1 Introducción

Los celadores que trabajan en este servicio debido a la gravedad y las propias particularidades de estos enfermos encamados deberán tener una preparación eficiente sobre movilidad de estos, agilidad y efectividad, estar correctamente uniformados y saber perfectamente cuáles, son sus funciones y colaboración con el resto del personal. El celador de la UCI como tal, ejercerá un refuerzo al personal de la unidad y es el nexo de unión con otros servicios del hospital.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio sumamente especializado y equipado a pacientes con graves enfermedades o dolencias que no pueden ser atendidas en planta hospitalaria, ya que estos pacientes precisan de un cuidado y tratamiento especial por su situación.

Se trata de un área polivalente de acceso restringido donde se da una atención durante todo el día a pacientes que se encuentran en estado de gravedad.

El que un hospital tenga una unidad de cuidados intensivos proporciona a este de la posibilidad de dar unos cuidados de calidad a los pacientes.

La UCI está conformada por médicos especializados en atender dichos tipos de pacientes graves con amplia experiencia en manejo de todo tipo de pacientes críticos, desde cardiólogos hasta politraumatizados y post-operados complicados.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que realiza este personal no sanitario (celador de Unidad de cuidados intensivos) en dicha área del hospital.
- Destacar el papel fundamental que el celador de Unidad de cuidados intensivos realiza y ensalzar la importancia de sus funciones en esta.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pacientes que se trasladen tendrán que ir correctamente monitorizados, con controles constantes de signos vitales. El celador tiene que transmitir tranquilidad tanto al paciente como a los familiares, ser riguroso, eficaz y resolutivo, ya que este es un servicio de alta complejidad que debe brindar un cuidado integral a aquellas personas críticas en salud. Será importante su ayuda en las labores de movilización y traslado y su colaboración estrecha con el resto del personal y esencial su labor como nexo con el resto de servicios.

Por ejemplo, en el turno de mañana deberá establecer unos objetivos claros junto con el resto de personal en cuanto a las altas y las pruebas a efectuar. Tendrá que trasladar las muestras si es preciso y se encargará también de poner en los boxes el material desechable en caso de aislamiento. Serán los encargados de la entrada de familiares en hora de visita, así como de avisar de su finalización y observar el

correcto funcionamiento con la obligatoriedad del uso de bata y calzas. También recogerán los cubos llenos para su sustitución.

En el turno de tarde se efectuarán las mismas labores y en el de noche además colaborarán con las auxiliares de enfermería en movilización, vaciado de bolsas, etc.

En esta unidad el celador procurará no realizar ruidos innecesarios y será una persona con amplia formación en la movilización, dado que las características de los pacientes, encamados y muchas veces inconscientes, hace necesaria esta capacidad.

Por lo tanto, el celador, al igual que el resto del personal, debe conocer perfectamente las diferentes posiciones sanitarias como decúbito supino, decúbito prono, lateral.

Los celadores en esta unidad permanecerán uniformados con batas asépticas cada vez que entren o salgan dado el estado de los pacientes. La atención que se le proporciona al paciente en esta unidad ha de ser vista de forma integral, por lo tanto, ha de existir una correcta coordinación con todo el equipo y toda la infraestructura necesaria. El celador no es la persona encargada de salvar vidas, pero si pasa mucho tiempo en contacto con los pacientes y saber hablar, tranquilizar y acompañar en esta situación puede ser una de las responsabilidades más satisfactorias.

5 Discusión-Conclusión

Al ser una de las áreas más específicas tendremos que realizar formación para cumplir efectivamente con nuestras funciones y orientarnos bien. Tener conocimientos adecuados y específicos contrastados y en colaboración con el resto de los compañeros para hacer un buen equipo y ayudarnos eficazmente, consiguiendo que el tiempo de permanencia del paciente sea menos traumático. La experiencia de trabajar en esta unidad donde el paciente se aísla Temporalmente de su grupo familiar para ser observado, quedando al cuidado de personal desconocido para él, conduce a reflexionar acerca de sus necesidades de carácter emocional, sensitivo y de confort. Esta atención permanente, el estrés de no saber que, va a pasar y el poco descanso del paciente produce una desorientación que debemos tener en cuenta a la hora de realizar nuestra labor en la unidad.

6 Bibliografía

1. El celador en la Uci. Juan Tomás Giménez Casos.

2. Ana Owen. Monitorización en Cuidados Intensivos. McGraw- Hill Interamericana de España. 1993.
3. A. Esteban; C. Martín. Manual de Cuidados Intensivos para Enfermería.

Capítulo 83

EL ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO

NURIA GARCÍA DIAZ

PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT

MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ

M. DOLORES CORRAL LOPEZ

1 Introducción

La historia clínica da garantía de una asistencia al usuario de forma adecuada. Puede acceder a ella el personal que esté implicado directamente en la atención al paciente y tienen que guardar secreto médico todos, da igual la categoría que sea.

Hay fines, para los que se asegura el anonimato, pero se puede acceder para fines judiciales, epidemiológicos, de docencia, de Salud Pública e investigación, salvo que el paciente dé consentimiento para no separarlos.

En los clínico-asistenciales, es imprescindible unificar datos identificativos como en investigación por parte de la autoridad judicial. La historia clínica sirve en el ámbito procesal, como medio de prueba de si hubo negligencia o no en los médicos y si se cumplió el derecho de los pacientes.

El personal auxiliar administrativo, solo podrá entrar en los apartados que atañan a sus funciones, relativas a la historia clínica. Vamos a ver el contenido que tiene

la historia clínica:

- Hoja clínica-estadística.
- Informe de urgencia.
- Evolución del mismo.
- Orden médica.
- Hoja interconsulta.
- Resultados de pruebas complementarias.
- Informe de alta.
- Informes de anestesia, registro de parto, quirófano, de anatomía patológica, etc.
- Gráfico de las constantes.
- Terapias realizadas de enfermería.
- Informe de ingreso.
- Pruebas de anamnesis y física.
- La evolución en enfermería.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

- Saber para qué se necesita la historia clínica y que derechos y obligaciones hay sobre ella, así como el tiempo de conservación de la misma.

Como objetivo secundario:

- Marcar las pautas para que el auxiliar de enfermería acceda a la historia clínica.

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

¿Quién conserva las historias clínicas? El centro sanitario según la ley 41/2002, con garantía de un correcto uso de la misma. ¿Cuánto tiempo se conservan? Se conservarán como mínimo cinco años y serán los profesionales sanitarios

quienes colaborarán en la creación y en el mantenimiento de una documentación ordenada y secuencial al asistir al paciente.

Las historias clínicas estarán en un archivo único donde su gestión se hará a través de la unidad de documentación y de admisión clínica. No obstante, los profesionales son los que de forma individual responden de la gestión y custodia de la historia clínica.

El paciente tiene derecho a obtener una copia de la historia, con reserva de las anotaciones que los médicos hayan anotado de forma subjetiva. Se tiene que acreditar la representación, para acceder a la historia clínica. En caso de que el paciente falleciera, se facilita el acceso a personas de su familia o de hecho salvo que esté prohibido expresamente por el paciente.

Nunca un profesional de la sanidad por el simple hecho de querer saber tiene acceso a la historia del paciente, ya que va en contra del derecho a la intimidad. Solo puede si asiste al paciente o tiene relación de servicio o contractual.

Una persona no puede acceder sin previa autorización, ni revelar o divulgar los datos de la historia porque es un delito que está muy castigado llegando a penas de prisión.

Es el Centro Sanitario quien almacena de forma segura todos los datos que tiene la historia clínica. Su privacidad tiene que estar garantizada, así como su seguridad y tiene solo que facilitar su consulta al personal que esté solamente autorizado. Para ello es fundamental aplicar unos mecanismos de control para acceder a la historia del paciente.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el auxiliar administrativo tiene que guardar secreto en todo lo que atañe a la salud del paciente, derecho fundamental que viene en la Constitución Española.

En caso de que se incumpla, está penalizado. Cuando el paciente lo necesite tiene derecho a obtener una copia de su historia clínica, historia que es fundamental para la calidad de asistencia del paciente.

De tal manera que el Centro Sanitario es quien la custodia y garantiza el buen uso de la misma. Como vemos, la historia clínica es un documento clave para una buena gestión sanitaria en el que constan servicios sanitarios y datos de la salud del paciente.

6 Bibliografía

1. Libro Auxiliar Administrativo – SESPA - MAD.
2. <https://medicinagaditana.es/quien-y-por-que-puede-acceder-a-la-historiaclinica/>.
3. https://www.nubimed.com/blog/que_es_historia_clinica/.

Capítulo 84

LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA GESTIONADA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO

NURIA GARCÍA DIAZ

PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT

MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ

M. DOLORES CORRAL LOPEZ

1 Introducción

Dentro de los centros sanitarios, existen las listas de espera quirúrgica para realizar una intervención en el quirófano que no es considerada de carácter prioritario, ya que las urgentes siguen otro proceso. Estas listas surgen en base a las patologías de los pacientes que no responden a tratamientos conservadores.

Se trata de que el tiempo de espera sea el menor posible siendo los encargados de gestionar estas listas los auxiliares administrativos. En ocasiones existe una gran diferencia entre la oferta y la demanda de las cirugías que se realizan. Para evitar estos problemas y quejas el auxiliar administrativo utiliza los recursos en sus manos para poder gestionarlo, pero solamente el aumento de los recursos podría acabar con ello.

La gestión de estas listas por parte de los auxiliares administrativos es la base para facilitar su disminución, ya que en muchos casos el aumento de los recursos no es la solución. Como se está comentando cada auxiliar administrativo de la gestión de la lista quirúrgica de la especialidad médica que utiliza debe generar los criterios para incluir al paciente de forma científica en base a la bioética y la eficiencia de los recursos sanitarios que se van a ofrecer al paciente, siempre teniendo claro la gravedad, la variante de la probabilidad de mejora y el entorno social que rodea al paciente que son la base para una rehabilitación y mejoran la disminución de las listas de espera.

La prioridad y la distribución son variables que debe tener en cuenta el auxiliar administrativo.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo:

Mostrar a través de un caso clínico como se gestiona la lista de espera quirúrgica.

Como objetivo secundario:

Mostrar el procedimiento específico de la lista de espera quirúrgica del servicio de traumatología.

3 Caso clínico

Marta, mujer de 70 años, acude a la consulta externa de traumatología donde el médico especialista le indica que después explicarle cómo va a ser el procedimiento de la prótesis de cadera que la van a poner y de firmar el consentimiento informado, ya que se trata de una técnica invasiva; va a ser incluida en la lista de espera quirúrgica indicándole que debe dirigirse con la documentación al auxiliar administrativo del departamento de la lista de espera quirúrgica para que se los tramite y se incluya en ella.

Marta se dirige a la ventanilla donde el auxiliar administrativo le explica que la lista de espera es aproximadamente de tres meses, que tres días antes la llamará para que venga a realizarse una analítica, la prueba del covid -19 o test de antígenos (actualmente depende del sistema de salud se puede o no realizar), una radiografía y un electrocardiograma junto a unas pruebas cruzadas y se le

colocará una pulsera de identificación para facilitar el trabajo de las diferentes unidades del centro sanitario.

También se le informa que debe ingresar en ayunas y acompañada de un familiar o de alguien cercano de su entorno. Se gestiona a Marta la consulta con el anestesista donde se la va a realizar un electrocardiograma, recibirá el resultado de la analítica y la explicará qué tipo de anestesia se va a utilizar y le dará el visto bueno para la intervención.

El auxiliar administrativo informa a Marta que el día de la operación debe de ingresar a las 7 de la mañana en ayunas, que se la va a acompañar a planta y que después de la operación permanecerá ingresada aproximadamente unos cuatro o cinco días, dependiendo de la evolución en la que puede permanecer acompañada en la medida de lo posible. Se le comenta que el tiempo de espera no puede ultrapasar los 6 meses.

Después del proceso sanitario al que se somete Marta que se inicia desde que entrega los documentos en el servicio de lista de espera quirúrgica hasta que se le da el alta del centro sanitario, el auxiliar administrativo entrega a esta los documentos del alta hospitalaria y tramita la misma para que pueda volver a su domicilio tramitando también su vuelta a casa en ambulancia o por los medios que ella decida gestionando el proceso de rehabilitación al que debe someterse después de la prótesis de cadera.

4 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el papel del auxiliar administrativo en la gestión de la lista de espera quirúrgica es fundamental para que esta se tramite.

Es el encargado de gestionar entre el profesional sanitario, quirófano, anestesista, enfermería, banco de sangre, planta de la especialidad y en este caso de traumatología y el usuario o paciente, todos los recursos que se requieren para una operación o cirugía. Con el ingreso en planta y todo el procedimiento antes, durante y después de una operación mayor como es, en este caso el cambio de una prótesis de cadera.

De tal manera que un error de esta figura de gestión y servicios puede hacer que se rompa la cadena y no se realice de forma satisfactoria la operación y sea perjudicial para todo el colectivo. Por ello, el personal administrativo en este servicio suele recibir la formación y la acreditación correspondiente para un buen

funcionamiento de los quirófanos.

5 Bibliografía

1. Martí, J. (2022). La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales. *Gaceta Sanitaria*, 16, 440-443.
2. <https://revistamedica.com/gestion-listas-espera/>.
3. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-11266>.

Capítulo 85

LA MULTICULTURALIDAD Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

PILAR GUILLEM DÍAZ-MADROÑERO

NURIA GARCÍA DIAZ

MARÍA JESÚS ÁLVAREZ RUIZ

M. DOLORES CORRAL LOPEZ

PILAR DIAZ MADROÑERO VERDUT

1 Introducción

Actualmente, en la sociedad en la que nos encontramos la gran facilidad para movilizarse y poder viajar por todo el mundo, ya sea por placer, trabajo o necesidad, ha originado un verdadero cambio, revolución, transformación y adaptación de la multitud culturas.

A esta realidad y diferencias en cuanto a modo de enfrentar las situaciones y al idioma, que afecta a nuestra comunicación diaria, no escapa de esto el ámbito sanitario. Por ello es necesario tener en cuenta unas pautas multiculturales comunicativas para obtener una buena relación asistencial de atención con los inmigrantes que acuden a los servicios sanitarios.

Solo conociendo cómo se comunican las diversas culturas y reflexionando acerca de la nuestra propia, podremos cambiar, asimismo, actitudes individuales que favorezcan el conocimiento mutuo: a menudo no hay conflictos culturales, sino conflicto de ignorancia entre sujetos más que entre culturas.

El capítulo es producto de la combinación del análisis del conocimiento técnico establecido en la experiencia profesional sobre la práctica de la comunicación entre culturas.

Para ello, se recabaron datos especializados sobre las diversas comunicaciones entre culturas, es que brinda soluciones prácticas, con el objetivo de describir una serie de aspectos que apoyarán, ayudarán y facilitan la comunicación con el colectivo inmigrante en la esfera de la atención sanitaria en los centros de salud y de este modo, evitar interferencias y tergiversaciones.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

- Analizar por parte del auxiliar administrativo la comunicación entre culturas y favorecer la atención sanitaria de los inmigrantes.

Como objetivo secundario:

- Presentar los principales aspectos de la comunicación verbal y no verbal en la comunicación entre culturas.

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

Uno de los puntos a tener en consideración para que logremos entendernos con los diversos inmigrantes que vienen demandando información o asistencia a las consultas sanitarias es la comunicación no verbal. Esta nos muestra las emociones y los estados de ánimo del individuo que tenemos delante y asimismo, mostramos las nuestras.

En cada cultura existen disímiles modos de expresar sentimientos o emociones y pensamientos que se traducen en elementos de comunicación corporal. Según la RAE, La cultura es la asociación de prácticas, conocimientos, símbolos y creencias y costumbres que elabora un grupo social con la finalidad de adaptarse a su

entorno. Por tanto, la cultura de un grupo en la corporación de particularidades únicas que distingue a sus miembros de otro grupo.

Cuando describimos culturas a menudo hacemos estereotipaciones, error frecuente, ya que no podemos predecir el comportamiento de individuos ni por un rasgo concreto ni definir por estos estereotipos a toda una cultura.

El profesional auxiliar administrativo tiene un contacto directo de acercamiento físico y personal, así como contacto visual que logra incomodar a muchas culturas. A veces, cuando tratamos a sujetos de diferentes culturas, desde la perspectiva de la nuestra, caemos en el error de elevar el tono de la voz o emplear frases cortas con verbos en infinitivo. En los centros sanitarios, se han dado casos de sudamericanos que se sienten cohibidos con nuestro modo directo de hablar en un tono elevado y una entonación contundente.

A menudo surgen malos entendidos cuando se trata de comunicar una sintomatología que no se saben trasladar a un idioma que no conocen. Una de las claves para intentar mitigar estos escenarios es entre brindar la comunicación no verbal o corporal de los/as individuos, tales como el movimiento de las manos, la expresión de la mirada, la distancia entre interlocutores, las expresiones faciales, la sonrisa, el silencio o la vestimenta. Como apunta Xavier Guix: “Hay una realidad de la que no podemos escapar cuando nos relacionamos, ni nos vemos, ni nos oímos a nosotros mismos”.

A esta sabía reflexión hay que añadir tres leyes intrínsecas de la comunicación humana:

1. La verdad no es lo que expone el emisor, sino lo que entiende el receptor.
2. Cuando el receptor dilucida mal el mensaje del emisor, el culpable es siempre el emisor (excepto que el receptor no quiera escuchar).
3. Toda comunicación implica un aspecto de contenido, y un aspecto de relación, que condiciona el contenido.

Si a todo esto le añadimos el elemento cultural (idioma, concepción del mundo, etc.) el proceso de comunicación entre culturas se complica aún más. Para intentar mitigar esta realidad, existen unos facilitadores universales que ayudan a que la relación sea sobre todo humana como la empatía, la escucha activa, mirar a los ojos, la atención, respetar, aceptar, claridad, resolver problemas y no hacer culpables a los otros.

A pesar de los facilitadores universales de la comunicación, hay que tener cuidado de dilucidar el comportamiento de un miembro de una cultura según los valores de la propia, ya que esta situación logra dar lugar a interpretaciones desafortunadas.

Se debe estar alerta a posibles diferencias culturales y comunicativas respecto

al significado de las palabras, los temas de conversación sean adecuados o temas tabús que logran ser mal vistos hablarlo en público, las interrupciones, las pausas entre los enunciados de los y entre locutores, el grado de formalidad o hasta qué punto las cosas se dicen de modo directo o indirecto.

A continuación, se exponen una serie de aspectos para evitar malentendidos cuando se trata con sujetos de otras culturas:

- Buscar señales no verbales que indiquen confusión o vergüenza, para tratar de relajar la situación.
- Observar la falta de obstáculos. Si nunca hacen preguntas, logran que esté cayendo en el monólogo.
- Atender si el interlocutor hace esfuerzos por cambiar de tema, logra ser señal de que no haya entendido el mensaje.
- Atención si el otro se ríe cuando no toca, logra denotar que algo no va bien.
- Cuidado con el “sí” que significa “sí, he oído su pregunta” en lugar de “sí, le he entendido”.
- Alerta si se reciben respuestas positivas a preguntas negativas, ya que algo no cuadra.
- Evitar frases largas con demasiadas ideas.
- Hacer que el locutor repita lo que se quiere transmitir.
- Dejar tiempo para que el otro pueda hacer preguntas.

5 Discusión-Conclusión

En un mundo globalizado, trabajar en la atención sanitaria implica enfrentarse a una serie de retos relacionados con la interculturalidad, como logran ser el nivel de entendimiento, los choques culturales, o incluso las posibles agresiones.

Para entender cómo se relacionan los sujetos no solo se debe tener en consideración la cultura de la que proceden, sino asimismo, el contexto, el entorno y la sociedad de la que proceden y a la que emigran. En el fondo, los valores y la gestión de las emociones subyacen de nuevo, puesto que están en la base de cualquier contacto humano.

Es obvio que, en materia de la atención personalizada a individuos procedentes de otros países en un centro de salud, hay que pormenorizar las generalizaciones y la interpretación de la información desde el prisma de nuestros valores y patrones culturales, según las circunstancias en que se lleve a cabo el trabajo. Para ello, es indispensable precisar una serie de aspectos a tener en cuenta para evitar malentendidos y facilitar la comunicación entre culturas.

6 Bibliografía

1. Usos y abusos del concepto de cultura. Cuadernos de pedagogía. Carrasco. S.
2. Vivir entre dos culturas. Serbal, UNESCO. Andizian S, Catani y otros autores.
3. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/inmigracion/inmigra.htm>.
4. <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/capitulo7.pdf>.

Capítulo 86

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL

MARÍA ROSA MARTÍN-SERRANO SÁNCHEZ-
MANJAVACAS

CARMEN PALACIOS SALINAS

CRISTINA BENÍTEZ DÍAZ

1 Introducción

Los auxiliares administrativos en el servicio de farmacia son los encargados de la selección de materiales y saben consultar y ordenar facturas y pagos. Al presentar el saldo total de algunas recetas, también tienen que revisar 6 estados de cuenta bancarios, y conciliar ingresos y gastos usando los saldos de consumo mensuales y anuales, y finalmente también tienen que administrar la compra de medicamentos y por supuesto sus gastos a. El trabajo en la farmacia no se limita a dispensar medicamentos o recomendar los productos más útiles para la salud del paciente, va un paso más allá y desemboca en otras tareas más administrativas 1,2.El Hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada.

Disponen de farmacias hospitalarias especializadas así como de técnicos de farmacia y auxiliares administrativos que desarrollan sus propias tareas y actividades 1,3. Un hospital es una institución encargada de la hospitalización clínica y la atención especializada y auxiliar requerida en el área afectada. : Es la atención

secundaria, que se presta de forma ambulatoria y de urgencia, con posibilidad de hospitalización.

Los auxiliares administrativos que se encuentran en el servicio de farmacia se encargan de seleccionar el material y todo lo que exista en farmacia.

2 Objetivos

Conocer las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia, así como saber manejar el software farmacéutico y proporcionar atención farmacéutica especializada.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre literatura científica. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado Google con palabras clave como el auxiliar en el servicio de farmacia.

4 Resultados

El servicio de farmacia está compuesto por los siguientes empleados calificados: F.E.A. Farmacéuticos, enfermeros, asistentes de supervisión, enfermeros, enfermeros de cuidados intensivos, auxiliares administrativos y limpiadores del turno vespertino^{1,3}. El Servicio de Farmacia del Hospital, el cual está subordinado a la Subdirección de Gestión Clínica del Hospital, la función de este servicio será descargar los medicamentos necesarios a través de los sistemas de dispensación con el fin de atender los requerimientos necesarios para mejorar la salud de los pacientes de manera adecuada y eficiente. . pacientes Para lograr los objetivos, el Departamento de Farmacia se comunica constantemente con los servicios clínicos del hospital y determina las funciones y responsabilidades de cada miembro del 2º Departamento de Farmacia. Las principales funciones de los auxiliares administrativos en el servicio de farmacia son:

- Participar en las actividades de planificación, organización y control de la unidad.
- Salida fácil para albaranes de reemplazo. - Organizar y cuadrar recetas y facturas emitidas.

- Asegura la salida de boletas de dispensación de medicamentos. - Cooperar y evaluar la calidad de los materiales utilizados.
 - Ordenación de almacenes, mesas, desinfección, etc.
 - Registrar diariamente todas las preparaciones estériles y nutrición parenteral.
- Es imprescindible la presencia de un administrador o contador en el equipo de farmacia. Porque comprobará, entre otras cosas: la gestión de compras, la supervisión contable, la comunicación de resultados o si hay que hacer frente a impuestos. Todos ellos deben presentarse regularmente a la farmacia de acuerdo con su recomendación, para lo cual se deben presentar documentos 1.
- Los auxiliares administrativos de farmacia no son necesariamente farmacéuticos, ni tienen por qué ser médicos o enfermeros, ya que todas sus funciones son administrativas.
- Los auxiliares administrativos de farmacia tienen el compromiso de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud y la seguridad del paciente^{1,2}.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares de administración de farmacia son los responsables del correcto funcionamiento de los equipos de cómputo, quienes verifican las entradas y salidas de medicamentos, las existencias remanentes, las fechas de vencimiento y transfieren toda la información relacionada con los medicamentos al programa de cómputo. 1.4.

Es la realización de todas nuestras actividades de servicio, en base a la cual se establecen metas específicas para cada año, indicadas en el plan del sistema de gestión de la calidad, y se mantiene el control de todos los procesos. Todos los contenidos, balances y análisis se resumen anualmente en la revisión del sistema de gestión de la calidad 1, 2.

6 Bibliografía

<https://www.educaweb.com/profesion/>
www.revistamedica.com
www.medline.org

Capítulo 87

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA PLANTA HOSPITALARIA

ALEJANDRO PIÑERO REINA

AFRICA VÁZQUEZ ORTEGA

LAURA GARCÍA RECIO

1 Introducción

Al igual que cualquier otro celador que trabaja en cualquier servicio del Hospital, el celador de la Planta Hospitalaria debe ser humano, tener paciencia y ganas de trabajar, ya que las funciones que va a tener que desarrollar en planta hospitalaria son muy variadas. Algunas de las muchas funciones que va a realizar el celador que trabaja en una planta hospitalaria son:

- Será el responsable de hacerse cargo de todos aquellos pacientes que llegan a la planta.
- Llevará la cama o silla de ruedas del paciente a la habitación correspondiente.
- Trasladará al paciente de la habitación hacia un determinado servicio y viceversa.
- Llevará los aparatos y el material de un lugar a otro.
- Se encargará de controlar las entradas y salidas de los visitantes.
- Dará la información que le sea dada a otros servicios del Hospital.
- Se encargará del amortajamiento de los pacientes fallecidos.
- Informará a los superiores de cualquier desperfecto que se produzca.

Además de todas estas funciones, el celador de planta ayudará cuando lo necesiten y sea necesario a otros profesionales, cuando la auxiliar de enfermería necesite.

site ayuda para lavar a un paciente, cuando el peluquero esté ocupado y haya que rasurar a un paciente para que el médico pueda realizar la intervención, etc.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conocer que funciones va a desempeñar un celador que trabaja en una planta de Hospital.

3 Caso clínico

Paciente de 55 años, casado y con dos hijos mayores de edad, un día acude a su médico de cabecera por un resfriado, tras pasar el paciente a la consulta, el médico le manda paracetamol, un antitusivo y le dice que vuelva dentro de una semana. A la semana el paciente vuelve a la consulta, pero comenta que se encuentra peor, por lo que el médico decide mandarlo al servicio de Urgencias. Una vez en el servicio de Urgencias, los médicos llaman al celador para que acompañe al paciente a rayos para que se haga una placa, en los resultados de la placa se observa que el paciente no sufre un resfriado sino una neumonía, por lo que se decide llamar al celador para que ingrese al paciente en planta para realizarle un estudio más completo y administrarle un tratamiento de choque. Una vez en planta se realiza una analítica de sangre y se le administran por vía intravenosa antibióticos y analgésicos, con la finalidad de calmar la tos del paciente. Tras permanecer una semana ingresado y con el tratamiento que le están administrando los profesionales sanitarios, el paciente mejora su estado de salud.

Después de tres semanas de estar ingresado en el Hospital y de realizarle una placa para ver la diferencia con la que se le hizo la primera vez nada más entrar por Urgencias, el paciente recibe el alta hospitalaria y una cita para dentro de quince días con el médico que lo ha estado viendo, tras recibir el alta el celador ayuda al paciente a recoger todas sus pertenencias y lo acompaña hasta la puerta del hospital donde están su mujer y sus dos hijos esperándolo.

4 Discusión-Conclusión

El celador que trabaja en una planta de un Hospital debe saber muy bien cuáles son las funciones que va a tener que desempeñar, por ello el celador de este servicio debe ser una persona preparada y con conocimientos, ya que va a tratar con personas cuyo estado de salud no se sabe cómo va a evolucionar. Por ello,

es fundamental que la persona que trabaje en este servicio sea una persona con experiencia y que pueda ayudar en todo lo que se le pida.
Por último y para finalizar, es importante que destaquemos que el celador desempeña un papel fundamental en la planta hospitalaria.

5 Bibliografía

-Sicepa. Funciones del celador en las Plantas de Hospitalización [Internet]. II Congreso Virtual SICEPA - USIPA "2022: Sanidad, un trabajo en equipo". 2021. Encontrado en: <https://congresosicepa.com/plantas-hospitalizacion/>.

Capítulo 88

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA HOSPITALARIA

MARGARITA RAMOS MARTÍNEZ

MARÍA DEL CARMEN REINA GAMERO

JUANA PÉREZ DURÁN

1 Introducción

Antes de nada, ¿qué es la farmacia hospitalaria? Vamos a responder diciendo que es aquella zona que se encuentran dentro de todos los hospitales y que gracias a un almacén habilitado dentro de la misma realizara una vital tarea de guardia y custodia de una gran cantidad de medicamentos, bajo una serie de normas establecidas, bajo el mando y dirección de un responsable farmacéutico que se velara por el uso racional de los medicamentos como una de sus premisas principales.

Dentro lo que es la farmacia hospitalaria encontramos a la farmacia ligera, localizando en ella a la responsable de la gestión de todas las diferentes dosis diarias que se suministran a los distintos pacientes, siendo esta totalmente específica e individualizada a las necesidades de cada uno de ellos. Este servicio se lleva a cabo a lo largo y ancho de las plantas hospitalarias y se realiza a través de unos carros con unas cajoneras personalizadas con el nombre y medicación recetada para cada paciente.

Tras lo anteriormente reseñado podemos describir algunas de las funciones o tareas principales que lleva a cabo el celador dentro de la farmacia hospitalaria, como son:

- Se encargará de la recepción de cajas / paquetes con el material solicitado una vez llegue a la farmacia.
- Trasladará dicho material a la zona donde se le haya indicado para su posterior almacenaje.
- Preparación de sueros y alcohol, así como su posterior distribución a las distintas unidades.
- Tareas de logísticas bajo demanda del responsable de farmacia de los medicamentos que se le indiquen dentro del centro hospitalario.
- Movilidad de los carros de medicación en las distintas plantas hospitalaria.
- Apoyo en tareas de organización e inventario.
- Tareas de Vigilancia y custodia de la farmacia.

2 Objetivos

Exponer, a partir de un caso clínico, la importancia del papel ejercido por el celador en la farmacia hospitalaria gracias a sus tareas de apoyo, gestión y organización dentro de la misma, con la ayuda que eso brinda al facultativo al mando de esta en numerosas gestiones que se llevan a cabo diariamente.

3 Caso clínico

Paciente de 57 años, soltero, sin hijos, paciente de la unidad de oncología, es diagnosticado hace aproximadamente 14 meses de tumor en el páncreas. Está siendo tratado con quimioterapia, así como unos nuevos medicamentos experimentales de reciente descubrimiento, con los cuales está formando parte de un grupo de estudio para así conocer los resultados en la ralentización en el desarrollo de dicho tumor.

Dicha medicación se gestiona y distribuye a través de la farmacia hospitalaria exclusivamente por lo que nuestro paciente debe acudir junto con la prescripción dada por su oncólogo cada semana, ya que este llega con la dosis justa para dicho periodo de tiempo. Por lo que el farmacéutico le recuerda al celador a su mando que deberá realizar cada semana el pedido a la distribuidora de dicho fármaco para que cada lunes el paciente pueda tenerla disponible sin falta ya que su tratamiento dependerá de ello.

Una vez el medicamento llega a la farmacia es recepcionado por nuestro celador, el cual informa al farmacéutico de la llegada de este, no solo de este sino de muchos otros que el repartidor le hace entrega junto con una serie de documentación donde se enumera y desglosa todos los medicamentos recibidos en dicho envío,

una vez realizadas las comprobaciones pertinentes, se encargara de su almacenaje dentro de la nevera situada en la misma bajo el protocolo y condiciones que marca el fabricante para su correcta conservación, ya si esto no se cumpliera, el medicamento perdería todas sus propiedades y no podría ser administrado al paciente.

Así mismo y por último contacta con el paciente informando de que el medicamento ha sido recibido, por lo que puede pasar a retirarlo junto con la receta de este dentro del horario de la farmacia.

4 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos decir algunas de las numerosas y variadas funciones que lleva a cabo el celador dentro de la farmacia hospitalaria ayuda en gran medida con la organización, gestión, distribución y custodia de los medicamentos que llegan a diario a ella. Colaborando estrechamente junto al farmacéutico al mando de ella, siempre bajo las premisas y órdenes dadas por este último para el correcto funcionamiento de esta.

Así como la importancia de la labor de coordinación y comunicación de los distintos departamentos médicos con la farmacia, ya que gracias a ello se podrá realizar una correcta distribución y dispensación no solo de los medicamentos, sino de sueros y alcohol necesarios para el correcto funcionamiento de cada planta.

5 Bibliografía

-La Farmacia Hospitalaria, UN Servicio de Gran valor sanitario. MEDAC. Disponible en: <https://medac.es/blogs/sanidad/farmacia-hospitalaria>.

Capítulo 89

ROL DEL CELADOR EN URGENCIAS

MUNIR MOHAMED ALI

1 Introducción

El área de urgencias es el área por donde entran los pacientes que se encuentran en una situación crítica, el servicio de urgencias va a tener un acceso directo y único por el hospital para que puedan acceder directamente los pacientes. Como hemos dicho esta área del hospital va a estar separada de las demás áreas del resto del hospital ya que los pacientes van a requerir una atención inmediata por parte de los profesionales sanitarios. Cuando se atiende a personas que acuden al departamento de emergencias por cuestiones de salud graves, es importante clasificar entre aquellas que son de emergencia y aquellas que pueden esperar ya que la vida del paciente no corre peligro. Una situación de emergencia en un paciente es aquella en la que nos enfrentamos a una situación crítica en la que la vida del paciente corre peligro, por lo que el paciente va a necesitar una atención médica inmediata. Algunas de las muchas labores que los celadores de este servicio van a desempeñar son:

- Van a controlar a todo el personal que va a entrar y salir del servicio de urgencias.
- Se va a encargar de recibir y trasladar a los pacientes a sus respectivos lugares.
- Llevar la documentación.
- Trasladar a los pacientes de un lugar a otro.

2 Objetivos

Dar a conocer a partir de un caso clínico las funciones que ejerce el celador en el servicio de urgencias.

3 Caso clínico

Paciente de 30 años de edad, casado y con un hijo pequeño de 1 año, un día cuando sale de fiesta con sus amigos el paciente en una pelea recibe un apuñalamiento en una de las piernas y los servicios de emergencias reciben una llamada para que atiendan al paciente. A la llegada el médico junto con el enfermero de la ambulancia consiguen detener la hemorragia que tiene el paciente, lo montan en la ambulancia y lo trasladan al servicio de urgencias, tras llegar al servicio de urgencias el celador que trabaja en urgencias ayuda al personal de la ambulancia a sacar al paciente de la ambulancia. Tras sacar al paciente de la ambulancia, el celador traslada al paciente a la UCI donde permanecerá en observación en todo momento por los servicios sanitarios del hospital. Tras permanecer durante 2 semanas en la UCI del hospital, el paciente es trasladado a la planta por el celador ya que su vida no corre peligro. Tras permanecer 2 meses en la planta del hospital, el paciente recibe el alta por parte del Dr. Jiménez, tras recibir el alta el personal de enfermería llama a los celadores para que acompañen al paciente en todo momento hasta que este abandone el centro hospitalario. Pasadas dos semanas el paciente acude a consultas externas del hospital, tras llegar al hospital el celador recoge al paciente en una silla de ruedas y lo lleva hasta la puerta de la consulta del facultativo, donde esperará hasta que le toque su turno, tras finalizar en la consulta la auxiliar de enfermería llama al celador para que recoja al paciente de la consulta y lo acompañe a la puerta del hospital.

4 Discusión-Conclusión

En conclusión, los celadores que trabajen en el servicio de urgencias del hospital van a realizar un trabajo muy importante, ya que deben estar capacitados para ejercer una gran variedad de funciones en dicho servicio. Los celadores que trabajan en este servicio van a ser los que van a estar más preparados ya que van a recibir todos los días a pacientes que se encuentran en una situación muy grave y cuya salud corre peligro, por lo que deben atenderlo de una manera rápida y eficaz al paciente.

Para finalizar, tenemos que decir que el celador que trabaja en urgencias tiene mucha responsabilidad.

5 Bibliografía

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-en-el.html?m=1>.

Capítulo 90

VERIFICACIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL FRENTE A RADIACIONES IONIZANTES

MARINA GUTIÉRREZ RUIZ

1 Introducción

Los criterios internacionales recomiendan, según los protocolos “ALARA” (As Low As Reasonably Achievable), mantener el nivel de exposición a la radiación tan bajo como razonablemente sea posible reduciendo los tiempos de exposición, aumentando la distancia a las fuentes, mediante formación continuada, utilizando barreras estructurales (paredes blindadas de hormigón o plomo, mamparas de protección que suelen estar en los quirófanos colgadas del techo o adheridas a las mesas de exploración) y Equipos de Protección Individual (EPI) frente a las radiaciones ionizantes adecuados.

Los EPIs son dispositivos que protegen frente a la radiación ionizante y que el personal sanitario expuesto utiliza en su tarea. Dentro de este grupo podemos encontrar una amplia variedad de modelos, dependiendo de la tarea y la función de la persona, las características y el nivel de protección que debe tener.

Dentro de los dispositivos de protección de profesionales caben destacar los delantales plomados, collares de tiroides, gafas plomadas y guantes de protección. Dentro de los dispositivos de protección para pacientes destacan los delantales de protección de gónadas, los protectores de escroto y de ovarios y los delantales de protección para uso dental.

Todos estos elementos deben garantizar la seguridad del usuario y del paciente, para lo cual existe una norma internacional que los regula. También es deber

del personal sanitario afectado, el cuidar como corresponde los equipos, ya que podrían fracturarse o quebrarse e ir perdiendo el nivel de protección.

2 Objetivos

El objetivo del trabajo es exponer un procedimiento de verificación de los dispositivos de protección personal frente a los riesgos por irradiación externa (delantales, guantes, protecciones gonadales, etc) que utilizan los trabajadores expuestos a la radiación para garantizar la protección adecuada.

3 Metodología

La búsqueda de información sobre los equipos de protección individual frente a las radiaciones ionizantes y su control de calidad se ha llevado a cabo mediante la revisión bibliográfica de libros y artículos destacados de la rama de la Física Médica y sus aplicaciones.

4 Resultados

El material necesario para llevar a cabo el procedimiento de verificación del correcto estado de los EPIs frente a la radiación ionizante es: a) Equipo de fluoroscopia b) Mesa de examen o camilla de 2 m² c) Maniquí de PMMA (polimetilmetacrilato) 30x30x20 cm³ d) Monitor de radiación e) Cinta métrica f) Cinta adhesiva.

Para la verificación periódica de la integridad de los EPIs, se realiza una inspección visual por si hubiera signos claros de deterioro en la envoltura externa, las costuras o los velcros/cinturones de sujeción. A continuación, se extiende el dispositivo sobre una mesa y se realiza una inspección táctil de toda su superficie en busca de defectos o cuarteamientos, en la lámina de protección plomada. Se realiza una verificación de los dispositivos con imagen de fluoroscópica, especialmente para aquellos cuyo estado sea dudoso, colocando el delantal plomado sobre el receptor de imagen y barriendo con fluoroscopia (técnica: fluoroscopia manual y exposición pulsada con tensión 60 kV y corriente ≤ 2 mA) aquellas zonas del delantal sospechosas que previamente han sido marcadas con cinta adhesiva. También se verifican las condiciones higiénicas del EPI. Se evalúa el grado de estabilidad que presenta la envoltura (forro, texto) de modo que no se desprenda

ninguna parte de la misma y el estado de limpieza de la envoltura para garantizar las condiciones de asepsia en el campo quirúrgico estéril, así como las condiciones de salud e higiene de los usuarios.

Los EPIs utilizados por los trabajadores expuestos (radiológicos intervencionistas, enfermeras, técnicos...) de hospitales o clínicas médicas deben ser revisados anualmente para garantizar su protección frente a la radiación ionizante.

5 Discusión-Conclusión

La protección radiológica consiste en la protección de los trabajadores expuestos por motivos profesionales a las radiaciones ionizantes, de forma tal que el número de personas expuestas y la probabilidad de que se produzcan exposiciones sea lo menor posible y que las dosis individuales resultantes de dichas exposiciones también sean las menores posibles y no sobrepasen los límites de dosis reglamentarios. Para ello, se recomienda tener en cuenta el tiempo de exposición y la distancia y los elementos de blindaje.

El procedimiento establecido para la evaluación del correcto estado de los EPIs garantiza la protección del personal trabajador frente a la radiación. Para maximizar la vida útil de los EPIs se recomienda mantenerlos colgados adecuadamente evitando pliegues en la lámina de blindaje.

6 Bibliografía

1. Consejo de Seguridad Nuclear de España. <https://www.csn.es/proteccion-radiologica/>.
2. SACYL - Sanidad. Junta de Castilla y León. Enero 2019. "La radiación. Tipos de radiación". <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/pruebas-diagnosticas/pruebas-diagnostico-imagen/radiacion-tipos-radiacion>.

Capítulo 91

ACELERADORES DE PARTÍCULAS LINEALES UTILIZADOS EN RADIOTERAPIA

MARINA GUTIÉRREZ RUIZ

1 Introducción

La radioterapia es una de las modalidades de tratamiento más comunes contra el cáncer. Según la etapa y el tipo de tumor, se utiliza sola o combinada con otros tratamientos como la cirugía o la quimioterapia. El objetivo final es conseguir mayores efectos sobre el tumor, preservando el tejido sano.

La primera opción de tratamiento con intención curativa es la cirugía, sin embargo, la radioterapia es fundamental para algunos casos en los que se debe conservar el órgano afecto y su función. En otros casos, se combina (terapia adyuvante) tras la cirugía oncológica y la quimioterapia en tumores avanzados con el fin de atacar las células cancerosas que aún queden después del tratamiento inicial. Cuando no es posible eliminar el cáncer por completo, la radioterapia paliativa es clave para reducir el tamaño de los tumores, aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La radioterapia utiliza radiación ionizante, aquella radiación tan elevada que es capaz de arrancar electrones de los átomos y puede estar formada por fotones (rayos X, rayos gamma) o por partículas (electrones, neutrones, protones, partículas alfa...). Esta radiación es capaz de atravesar materiales, o en su caso, a las personas, lo cual tiene importantes aplicaciones diagnósticas y terapéuticas en el ámbito de la medicina.

Las principales fuentes de obtención de radiación ionizantes son las fuentes radiactivas (emiten radiación por sí mismas hasta convertirse en átomos estables) y los generadores de radiación (extraen radiación como consecuencia de su funcionamiento cuando se hallan conectados a la corriente eléctrica), como los equipos de rayos X y los aceleradores de electrones lineales.

En Radioterapia, los aceleradores de electrones lineales (linacs) son los equipos que proporcionan haces de partículas (electrones o fotones) de dosis elevadas de radiación para el tratamiento de cáncer y otras enfermedades.

2 Objetivos

Hacer un estudio sobre los componentes de un acelerador lineal de electrones (linac) y sus funciones, mediante los cuales se obtiene haz de radiación ionizante para el tratamiento del cáncer de pacientes.

3 Metodología

La búsqueda de información sobre los componentes de los aceleradores lineales de electrones y sus funciones se ha llevado a cabo mediante la revisión bibliográfica de libros y artículos destacables de la rama de la Física Médica y sus aplicaciones. 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 partes fundamentales de un linac, cuyo esquema se muestra en la figura adjunta, son:

1. Cañón de electrones
2. Inyector de electrones
3. Fuente de potencia de radiofrecuencia (Magnetron o Klystron)
4. Guía de onda aceleradora y sección aceleradora
5. Modulador
6. Sistema de presión y sistema de vacío
7. Sistema de deflexión y direccionamiento del haz

8. Sistema de control de la dosis

9. Sistema de colimación

CAÑÓN DE ELECTRONES

El cañón de electrones es un recipiente cerrado, generalmente cilíndrico, en el que se tiene un filamento (cátodo) que es incandescente al intercalarlo en un circuito alimentado por un generador de corriente. En el otro extremo se encuentra una grilla o rejilla (ánodo) que es la que permite el ingreso de los paquetes de electrones en la primera cavidad de la guía de onda. En el recipiente se hace un alto vacío para evitar desviaciones de los electrones.

Al calentar el cátodo (parte negativa) por efecto termiónico se emiten electrones que se dirigen hacia el ánodo (parte positiva). Entre el ánodo y el cátodo se establece una alta diferencia de potencial que es la que permite acelerar los electrones y que accedan a la guía de onda con cierta velocidad.

INYECTOR DE ELECTRONES

El módulo electrónico que permite el ingreso de los paquetes de electrones en la sección aceleradora, contigua al cañón, a una cierta velocidad es el inyector. Provee el alto voltaje entre cátodo y ánodo y además es el que controla el voltaje de la rejilla. Su funcionamiento se basa en solamente habilitar el paso de los electrones cuando toca un pulso mediante una reducción del voltaje negativo de la grilla. Es decir, en condiciones en que no entran electrones la grilla se encuentra a un voltaje más negativo que el cátodo y por lo tanto los electrones son rechazados para viajar a ánodo. Si actúa el inyector con los pulsos, la inyección hace este voltaje un poco más positivo y permite el paso de los electrones de cátodo a ánodo o primera cavidad de la guía de ondas.

FUENTE DE POTENCIA DE RADIOFRECUENCIA

Para acelerar los electrones en la guía de onda es necesario suministrar con microondas de alta potencia. Mientras más alta sea la energía que queremos para el haz, más grande deberá ser la potencia que tendremos que aplicar y por tanto habrá que utilizar distintos componentes en el acelerador. Si se requiere altas energías se utilizan los Klystron que son amplificadores de alta frecuencia que requiere otro módulo que le suministra haz de microondas en baja potencia y luego él la amplifica con la ayuda de este cuadro o modulador. Si no se superan los 6 MV se logra con el Magnetrón, el cual también necesita un modulador, sistema que provee un pulso de muy alta corriente en un pequeño lapso de tiempo.

El Klystron es una fuente de microondas de alta potencia cuyo funcionamiento se basa en producir una amplificación de un haz de microondas de baja potencia generadas en un dispositivo externo denominado oscilador. Por un lado, el Klystron recibe una parte del haz de microondas de baja energía proveniente del oscilador. Por otro lado, le llega una alta tensión pulsada proveniente del modulador. A la salida del Klystron se tiene un haz de microondas amplificado que se inyecta en la sección de aceleración mediante las guías de ondas. Gracias a este elemento es posible obtener hasta una potencia pico de 30 MW, valor muy superior al obtenido con el Magnetrón.

El Magnetrón es un dispositivo de geometría cilíndrica con cavidades resonantes con un cátodo en su eje central y un ánodo en su pared exterior. Un campo eléctrico intenso y pulsado se aplica entre el cátodo y el ánodo de manera que los electrones generados por efecto termoiónico son acelerados en la dirección cátodo-ánodo. Un campo magnético estático e intenso se aplica en las cavidades de tal forma que los electrones siguen una compleja trayectoria perdiendo energía de microondas de alta potencia. El Magnetrón, a diferencia del Klystron, no necesita un oscilador externo. El Magnetrón usado en máquinas de radioterapia logra potencias de pico máximas de hasta 5 MW.

La diferencia fundamental entre el Klystron y el Magnetrón es que el primero amplifica mientras que el segundo no. La potencia máxima alcanza es mucho mayor en el Klystron, pero complejidad es mayor su precio es más elevado.

GUÍA DE ONDA

La guía de onda conducen las microondas amplificadas hasta la sección aceleradora mediante fenómenos de reflexión en sus paredes, las cuales pueden ser de sección circular o rectangular.

SECCIÓN ACELERADORA

Es el elemento donde se produce la aceleración del paquete de electrones generado por el cañón por efecto de las microondas de alta potencia generadas por el Klystron o el Magnetrón.

En radioterapia sería imposible obtener haces de energía del orden del MeV acelerando los electrones como en los tubos de rayos X, aplicando un voltaje entre cátodo y ánodo del orden de los MV. Es por esto que es necesaria la aceleración de los electrones, los cuales se exponen a una campo eléctrico constante a lo largo de toda la sección de aceleración. Como ejemplo, los electrones se

pueden asemejar a un “surfista” que se sitúa sobre un ola moviéndose a la misma velocidad que ella.

En función la posición del paquete de electrones sobre la onda sinusoidal, el valor de campo varía y en consecuencia la aceleración de los electrones varía y también su energía final. La energía máxima se obtiene cuando el paquete se sitúa en la cresta de la onda (campo eléctrico máximo) y no siente ninguna aceleración cuando se sitúa en el valle de la misma (campo eléctrico nulo).

Por tanto, se hace con un campo eléctrico alterno de radiofrecuencia (RF). El campo eléctrico que permanece en las cavidades de la guía de ondas y cuando el electrón se lo encuentra va ganando velocidad hasta alcanzar la v deseada y por tanto alcanzar la energía deseada para el haz de RT.

Los electrones van ganando velocidad cuando pasan de una cavidad de la guía a la siguiente. Entre cavidades la RF es nula. En el tiempo en que el electrón transita entre cavidades, la fase en la cavidad siguiente se invierte y permite que el electrón se vuelva a acelerar.

Las sección de aceleración consta de una larga serie de cavidades resonantes de microondas adyacentes ubicadas en el interior de un cilindro hueco en el que se hace el vacío. La longitud de la sección de aceleración varía en función de la energía máxima que se pretende obtener. Cuanta mayor sea la energía final deseada, mayor tendrá que ser la longitud de aceleración de la guía de onda. Existen dos tipos de estructuras de aceleración: por ondas viajeras y por ondas estacionarias.

MODULADOR

El modulador es el encargado de suministrar y modular los impulsos de alta tensión al cañón y al Klystron de forma sincrónica. Es un dispositivo fundamental en los aceleradores lineales, equipos que funcionan en modo pulsado.

SISTEMA DE VACÍO

Una bomba iónica salvaguarda el grado de vacío adecuado tanto en la estructura acelerador como en el cañón de electrones para evitar que el haz de electrones interacciones con las moléculas del aire o se desvíe empeorando el proceso de aceleración.

SISTEMA DE PRESIÓN

La presión adecuada del exafluoruro de azufre desde una bombona de almace-

namiento es fundamental para aumentar la capacidad de conducción de las guías de onda.

BOBINAS FOCALIZADORAS

Las bobinas focalizadoras se colocan alrededor de la sección de aceleración para corregir la focalización del haz de electrones. Además, tanto al comienzo como al final de la estructura de aceleración se colocan dos pares de bobinas (bobinas de centrado) cuya función es centrar el haz para que entre correctamente por su centro en la sección de deflexión.

SISTEMA DE DEFLEXIÓN DEL HAZ

El haz de electrones resultante es extraído de la sección acelerador e introducido en unas bobinas por las que circula una alta intensidad de corriente que generan un campo magnético que permite la desviación de la trayectoria del haz. Se tienen deflexiones en 90° y en 270°.

El objetivo de desviar el haz es seleccionar y controlar la energía del haz emergente e incidir sobre el plano de tratamiento y que proporcionen una energía.

OBTENCIÓN DEL HAZ DE RAYOS X

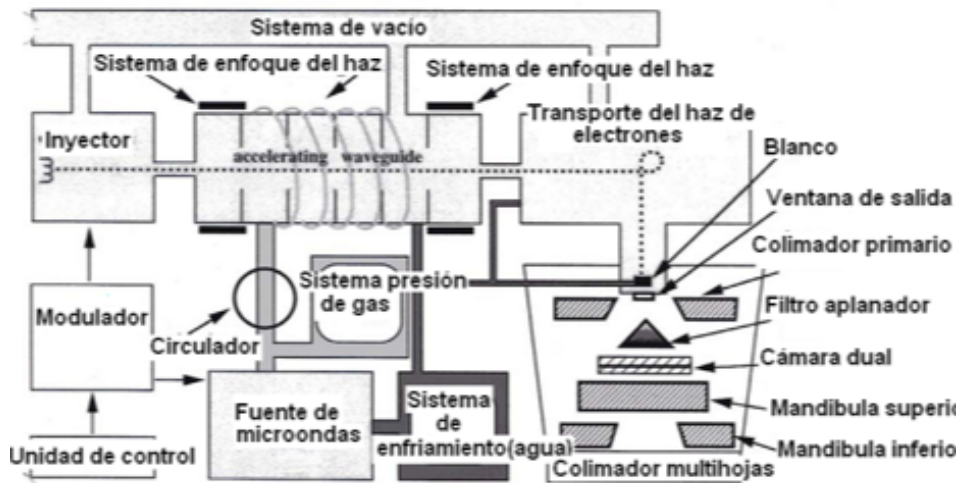
Se interpone un material blanco de un elemento de alto número atómico (tungsteno) en la trayectoria del haz de electrones emergente para producir un haz de fotones por interacción Bremsstrahlung.

CADENA DE DOSIMETRÍA

Dispositivo fundamental para la seguridad del paciente en un tratamiento de radioterapia ya que analiza factores del haz (dosis, estabilidad, homogeneidad...) de forma continua y precisa para detectar posibles errores y paralizar la irradiación.

SISTEMA DE COLIMACIÓN

Sistema físico que permite que el haz emergente de rayos X o electrones se adapte en forma y tamaño al volumen a irradiar. Consiste en un colimador primario (fijo) y otro secundario (móvil) contruidos en un material de alto número atómico (tungsteno). En caso de haces de electrones, se añaden unos nuevos colimadores para evitar la divergencia del haz a causa de la interacción con el aire. Estos colimadores se acoplan al colimador secundario del equipo.



5 Discusión-Conclusión

Uno de los abordajes para el tratamiento de tumores es la radioterapia, se administra un haz de radiación desde una fuente externa o acelerador lineal al paciente. Los aceleradores lineales son equipos complejos constituidos por una cadena de números dispositivos, los cuales deben funcionar correctamente para una óptima extracción de haz de fotones o electrones.

En los servicios de radioterapia de los hospitales, los radiofísicos hospitalarios son los encargados de llevar a cabo los controles de calidad mensuales, cuatrimestrales y anuales de los aceleradores lineales. En estos controles se realizan diferentes pruebas que analizan parámetros geométricos y dosimétricos del haz, los cuales deben cumplir unos niveles de tolerancias establecidos en la bibliografía. Así, se realiza el seguimiento de los parámetros del acelerador lineal a lo largo del tiempo, se observan tendencias de comportamiento y es posible adelantarse a solucionar errores antes de que ocurran.

6 Bibliografía

1. SEFM, "Fundamentos de Física Médica Vol3: Radioterapia externa I: Bases físicas, equipos, determinación de la dosis absorbida y programa de garantía de calidad", 2012
2. CSN, Aceleradores de partículas, pp.47-82
3. C.J. Karzmarky N.C. Pernig, Electron linear accelerators for radiotherapy: History, principles and contemporary developmntes, *Physics in Medicina and Biology* 18:321-354.
4. The uSe of Eelectron Linear Accelerators in Medical Radiation Therapy: Physical Characteristics. HEW Publication (FDA) 76-8027

Capítulo 92

ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN LOS CENTROS DE SALUD

LAURA LIZCANO BARREIRA

1 Introducción

Según el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, la atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.

En el Centro de Salud se desarrollan las actividades sanitarias encaminadas a la promoción, prevención, curación, y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva.

Todas estas actividades van dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad y accesibilidad de las mismas.

Según la Organización Mundial de la Salud, las raíces de la Atención Primaria de la Salud, se encuentran en el compromiso con la justicia social, la equidad, solidaridad y la participación. Se basa en el reconocimiento de que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Como en cualquier otra actividad, se necesita una organización del personal que trabaja en estos centros donde se delimiten claramente las funciones de todas las personas que trabajan en ellos para el correcto funcionamiento del mismo.

2 Objetivos

Identificar y definir las tareas y funciones del personal administrativo, sanitario, celador y médico para un mayor rendimiento laboral y evitar conflictos entre los compañeros/as de diferentes categorías profesionales.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha buscado información en la base de datos PubMed, Revista médica.com, y revista Ocronos.

Además, se ha extraído información de otros artículos, congresos, bloqs, webs.... Para la búsqueda de información, se han utilizado los siguientes descriptores "centros sanitarios", "funciones y competencias", "personal sanitario", "personal no sanitario", entre otros.

4 Resultados

Las funciones esenciales del celador en el Centro de Salud son muy parecidas a la de los celadores de puertas principales de cualquier servicio hospitalario.

Las funciones que desarrolla el celador en atención primaria son las siguientes:

- Gestión en el control del orden de llegada de los pacientes al Centro de Salud.
- Lavado de manos con gel hidroalcohólico y control de temperatura.
- Traslado y movilización de pacientes.
- Reparto de documentación
- Elaboración de partes de reparación.
- Colaborar en la reposición de almacén y lencería.
- Atención telefónica y asesoramiento a los pacientes.

Las funciones del personal administrativo son:

- Citar a los pacientes para consultas médicas, enfermería, matrona, dentista, trabajador social... presenciales o telefónicas.
- Atender las llamadas telefónicas del Centro de Salud
- Citar a los pacientes por petición del médico de familia al especialista de digestivo, densiometría osea, radiografías u ortopantografías.
- Recibir y atender las llamadas del SAMU
- Dar de alta o baja a usuarios en la tarjeta sanitaria.
- Dar partes de baja, certificados médicos, peticiones a especialistas, recetas electrónicas, resultados de analítica expedidos por los médicos de familia.

- Mandar fax de documentación sanitaria del paciente a los diferentes servicios o unidades del hospital.
- Hacer estadística cuantitativa de las peticiones que solicita el médico de familia al especialista.
- Archivar, clasificar y ordenar el archivo de historias clínicas del centro de salud.
- Asignar número de historia clínica a cada paciente del centro de salud con su médico de familia.
- Dar, escribir y sellar justificantes de asistencia médica o de enfermería.

En la actualidad los centros de salud del Principado de Asturias sufren un gran colapso porque los barrios han ido creciendo debido a la edificación y compra de nueva vivienda, y no se ha contratado a más personal médico, sanitario y no sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo que desempeña el celador en atención primaria es esencial para mantener la organización en el orden de llegada de los pacientes al Centro de Salud así como, su distribución en el mismo. Lo que conlleva un mejor funcionamiento del Centro.

Los auxiliares administrativos y médicos de los distintos centros de salud se ven desbordados todos los días, los pacientes están descontentos y se quejan de que no reciben la asistencia sanitaria que requieren. La responsable de esta situación es la Comunidad Autónoma y la Gerencia del Servicio Sanitario por no contratar más personal médico, administrativo y sanitario. Si se aliviara la carga y volumen de trabajo en los centros de salud los profesionales no estarían con fatiga y estrés laboral, se reducirían las bajas laborales por este motivo, y habría un mejor ambiente laboral.

6 Bibliografía

Listado de personal de un centro sanitario. Hay salidas profesionales [Internet]. Consumoteca. 2021 [citado el 1 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/personal-de-un-centro-sanitario/>

Capítulo 93

EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO ANTE LA SOLEDAD DE LOS PACIENTES ANCIANOS

LAURA LIZCANO BARREIRA

1 Introducción

Según datos de la estadística continua de hogares de 2020 elaborada por el (INE) Instituto Nacional de Estadística, en España hay 4.849.900 personas que viven solas, el 70,9% son mujeres que viven solas, y un 43,6% tiene más de 65 años.

En Asturias los hogares unipersonales supone el 31%. Una de cada tres casas está habitada por una sola persona en Asturias, una comunidad con altas tasas de población envejecida y bajas de natalidad.

La soledad en las personas de la tercera edad se podría definir como; el convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de sentirse incomprendido o rechazado por otros o carecer de compañía para las actividades deseadas.

Hay factores que contribuyen a la soledad:

- Factores sociales: la persona anciana se siente desvalorizada y se aísla socialmente.
- Factores familiares: el anciano siente una carga para su familia, o también piensa que su familia le ha abandonado en una residencia geriátrica.
- Factores espaciales: tiene que ver con el entorno rural o urbano en el que vive el anciano.
- Factores de salud física y psicológica: el anciano sufre alguna enfermedad que le impide ser autónomo e independiente.

Existen estudios que identifican la mortalidad prematura de las personas mayores debido a la soledad. Por eso, la Organización Mundial de la Salud considera la soledad no deseada una cuestión de salud pública, porque puede tener efectos importantes en la salud de las personas; deterioro cognitivo, depresión, pérdida de movilidad, enfermedades cardiovasculares, demencia, hipertensión y mortalidad temprana.

2 Objetivos

Dar a conocer al personal sanitario y no sanitario que realizan su trabajo en centros de salud y hospitales la importancia de escuchar a los ancianos para paliar la soledad que padecen los pacientes ancianos y de esta manera contribuir a mejorar su salud. Mediante la información, y formación de los profesionales se podrá identificar de manera precisa y de forma exclusiva la situación de soledad del paciente anciano para dar la mejor solución de forma efectiva

3 Metodología

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

4 Resultados

La soledad que padecen los pacientes ancianos dependientes es mayor que la de los pacientes ancianos autónomos. Las personas mayores que pueden valerse por sí mismas pueden evitar la soledad realizando las siguientes actividades; participar en programas de voluntariado, realizar cursos o talleres de nuevas tecnologías, pintura, fotografía, lectura, viajar junto a otras personas de intereses comunes, etc.

Estas actividades ayudarán a socializar a los ancianos y fomentarán su autoestima, optimismo y alegría.

Los pacientes ancianos dependientes necesitan más atención específica y personalizada en su día a día. Para evitar su soledad, tienen acceso a programas concretos que les ayudan a tener calidad de vida y socializar. Se pueden adaptar

actividades donde ellos puedan participar y sentirse integrados. Por ejemplo: visitas al zoo, llevarles de paseo por la playa, leerles en voz alta, hacer talleres de terapia ocupacional, etc.

El personal sanitario y no sanitario de centros de salud y hospitales debe tener paciencia, y empatía con el trato a los pacientes de la tercera edad que viven solos y no tiene a nadie. Es importante escuchar activamente lo que nos tratan de decir. Los profesionales tienen que dar una atención profesional y respetar la dignidad del paciente geriátrico sea este autónomo o dependiente sin infantilizar su persona, ni infravalorar sus capacidades físicas, psicológicas o intelectuales.

Aquellos pacientes ancianos que no tengan familiares que se ocupen de ellos, ni amigos se encuentran en una situación de vulnerabilidad a sufrir malos tratos a manos de los cuidadores u otros pacientes, también se enfrentan a la soledad más absoluta, y al sentimiento de abandono que contribuye al aislamiento, la tristeza, y la pérdida de las ganas de vivir.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, es fundamental que el personal sanitario y no sanitario que tiene que atender a este tipo de pacientes, aparte de llevar a cabo lo citado con anterioridad, tiene la responsabilidad profesional y moral de incentivar y fomentar en la medida de lo posible y siempre y cuando la carga de trabajo se lo permita actividades sociales y de ocio que haga que las personas mayores autónomas o dependientes se sientan respetadas, útiles, realizadas y valoradas.

Todos envejeceremos y necesitaremos cuidados de ancianos. Por eso, debemos tratar a los demás como queremos que nos traten a nosotros de mayores.

6 Bibliografía

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