

II LECCIONES EN INVESTIGACIÓN BÁSICA Y CLÍNICA



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

II Lecciones en Investigación Básica y Clínica



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

II Lecciones en Investigación Básica y Clínica

Fecha de publicación: 24 de febrero 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: 978-84-19560-53-7

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	LA REHABILITACIÓN CARDÍACA COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORÍA PRONÓSTICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO LIZAR ZABALA DIAZ	3
2	ABORDAJE DE LA PSICOSIS POSPARTO EN LAS CLASES DE PREPARACIÓN AL NACIMIENTO JEZABEL CASTILLO GARCÍA, OLAIA ORZAIZ GARDE, MARIA VILLEGAS BAZTAN, ANE MIREN ACEDO MORENO Y ANA BEPERET SAGÜÉS	7
3	INVESTIGACIÓN EN LA DIABETES GESTACIONAL Y SUS CUIDADOS POR ENFERMERÍA ELENA SÁNCHEZ GOMEZ, LAURA DIAZ MUÑOZ, LAURA MEGIA VILALTA, CONCEPCIÓN TORIJANO NEVADO Y MARÍA VICENTA MARTÍNEZ MONTEAGUDO	11
4	ANÁLISIS DEL USO DE RECURSOS SANITARIOS POR PARTE DE POBLACIÓN EXTRANJERA DE ORIGEN MARROQUÍ EN VALENCIA ANA CRISTINA AÑOVER SERRANO, MARÍA DOLORES COLLADO ZAFRA, MARÍA DOLORES DENIA MARTOS, FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ TELLEZ Y LILIANA PATRICIA MONTAÑO HERRERA	15
5	INVESTIGACIÓN Y EXPOSICIÓN EN ANOREXIA Y BULIMIA. COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA LAURA MEGIA VILALTA, LAURA DIAZ MUÑOZ, ELENA SÁNCHEZ GOMEZ, CONCEPCIÓN TORIJANO NEVADO Y MARÍA VICENTA MARTÍNEZ MONTEAGUDO	21

6	INVESTIGACIÓN Y MANEJO POR PARTE DE ENFERMERÍA EN LA CRISIS DE HIPERTENSIÓN CONCEPCIÓN TORIJANO NEVADO, LAURA DIAZ MUÑOZ, ELENA SÁNCHEZ GOMEZ, LAURA MEGIA VILALTA Y MARÍA VICENTA MARTÍNEZ MONTEAGUDO	25
7	ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO SILVIA BRAVO MARTIN, ALICIA PINEDA ALORS, IRENE RODRÍGUEZ ROSA, NEREA DÍAZ ANGULO Y ISMAEL MENA MUÑOZ	29
8	ENFERMERÍA EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA Y EL CÓDIGO SEPSIS SILVIA BRAVO MARTIN, ALICIA PINEDA ALORS, IRENE RODRÍGUEZ ROSA, NEREA DÍAZ ANGULO Y ISMAEL MENA MUÑOZ	33
9	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA SILVIA BRAVO MARTIN, ALICIA PINEDA ALORS, IRENE RODRÍGUEZ ROSA, NEREA DÍAZ ANGULO Y ISMAEL MENA MUÑOZ	37
10	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO REBECA SALINAS GONZÁLEZ, NEREA JUÁREZ MUÑOZ, MARIA MERCEDES QUINTANAR OLIVARES, NURIA GALLEGU DEL RÍO Y GONZALO CUESTA NARES	41
11	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN REANIMACIÓN HACIA EL NO NACIDO O NONATO REBECA SALINAS GONZÁLEZ, NEREA JUÁREZ MUÑOZ, MARIA MERCEDES QUINTANAR OLIVARES, NURIA GALLEGU DEL RÍO Y GONZALO CUESTA NARES	45
12	ESTUDIO E INVESTIGACIÓN EN CIRROSIS Y DEGENERACIÓN HEPÁTICA POR ENFERMERÍA REBECA SALINAS GONZÁLEZ, NEREA JUÁREZ MUÑOZ, MARIA MERCEDES QUINTANAR OLIVARES, NURIA GALLEGU DEL RÍO Y GONZALO CUESTA NARES	49

13 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HERIDAS CRÓNICAS DIAGNOSTICADOS DE DIABETES MELLITUS	
ANA BELEN QUINTANILLA HONRUBIA	53
14 EL CONTACTO PIEL CON PIEL, LACTANCIA MATERNA Y EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	
JAVIER PARRILLA TAPIA, MARIA ESTER CABEZUELO RODRÍGUEZ, MARÍA JOSÉ BLANCO LUENGO, IRINA YOLANDA GARCÍA-MORENO GARCÍA Y LAURA ESPINOSA JUSTO	59
15 ENFERMERÍA EN EL APOYO DE LA ELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	
JAVIER PARRILLA TAPIA, MARIA ESTER CABEZUELO RODRÍGUEZ, MARÍA JOSÉ BLANCO LUENGO, IRINA YOLANDA GARCÍA-MORENO GARCÍA Y LAURA ESPINOSA JUSTO	63
16 TRATAMIENTO E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ICTERICIA DEL RECIÉN NACIDO	
JAVIER PARRILLA TAPIA, MARIA ESTER CABEZUELO RODRÍGUEZ, MARÍA JOSÉ BLANCO LUENGO, IRINA YOLANDA GARCÍA-MORENO GARCÍA Y LAURA ESPINOSA JUSTO	69
17 FUNCIONES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON QUEMADURAS. CAUSAS Y CLASIFICACIÓN	
ANA LUISA MARTÍNEZ SAEZ, PEDRO MANUEL OLIVA CORREOSO, MANUELA MARTÍNEZ GOMEZ, CRISTINA REOLID LOSA Y ROCIO GOMARIZ NAHARRO	73
18 FUNCIONES DE ENFERMERIA ANTE PACIENTES OSTOMIZADOS Y CUIDADOS PRINCIPALES	
ANA LUISA MARTÍNEZ SAEZ, PEDRO MANUEL OLIVA CORREOSO, MANUELA MARTÍNEZ GOMEZ, CRISTINA REOLID LOSA Y ROCIO GOMARIZ NAHARRO	79
19 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA	
ANA LUISA MARTÍNEZ SAEZ, PEDRO MANUEL OLIVA CORREOSO, MANUELA MARTÍNEZ GOMEZ, CRISTINA REOLID LOSA Y ROCIO GOMARIZ NAHARRO	85

20	EFFECTO DEL HIDROSÁLPINX EN MUJERES QUE PRECISAN TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. PORVENIR GENÉSICO DE LAS PACIENTES CON HIDROSÁLPINX MARTA LÓPEZ BIELSA, ISABEL NAVARRO LÓPEZ Y MÓNICA MACHICADO SOTOCA	91
21	EFFECTO DE LOS MIOMAS EN MUJERES QUE NECESITAN TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. PORVENIR GENÉSICO DE LAS PACIENTES CON MIOMAS MARTA LÓPEZ BIELSA, ISABEL NAVARRO LÓPEZ Y MÓNICA MACHICADO SOTOCA	97
22	CASO CLÍNICO: LIQUEN ESCLEROSO ATRÓFICO. ABORDAJE DESDE LA CONSULTA DE MATRONA DE ATENCIÓN PRIMARIA. MÓNICA MACHICADO SOTOCA, ISABEL NAVARRO LÓPEZ Y MARTA LÓPEZ BIELSA	103
23	DETECCIÓN DE PROCALCITONINA EN EL DIAGNÓSTICO DEL SHOCK SÉPTICO MARÍA DOLORES COLLADO ZAFRA, MARÍA DOLORES DENIA MARTOS, FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ TELLEZ, ANA CRISTINA AÑOVER SERRANO Y LILIANA PATRICIA MONTAÑO HERRERA	111
24	ENFERMERÍA Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: CLAMIDIAS LORENA MONZÓ VALDEPEÑAS, LIDIA CAPILLA GALLARDO, VERÓNICA SANZ MINGUEZ, SARA RODRIGUEZ-BORLADO MOLERO Y ROCIO MORA PÉREZ	115
25	ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE LORENA MONZÓ VALDEPEÑAS, LIDIA CAPILLA GALLARDO, VERÓNICA SANZ MINGUEZ, SARA RODRIGUEZ-BORLADO MOLERO Y ROCIO MORA PÉREZ	121
26	ENFERMERÍA Y LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES EN EL PACIENTE CRÍTICO CON VIA AÉREA ARTIFICIAL LORENA MONZÓ VALDEPEÑAS, LIDIA CAPILLA GALLARDO, VERÓNICA SANZ MINGUEZ Y SARA RODRIGUEZ-BORLADO MOLERO	125

27 ACCIDENTALIDAD Y PREVENCIÓN EN EL SECTOR DE LA MINERÍA	
PAULA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ	129
28 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA REDUCIR LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACION MECÁNICA	
MARÍA DOLORES COLLADO ZAFRA, MARÍA DOLORES DENIA MARTOS, FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ TELLEZ, ANA CRISTINA AÑOVER SERRANO Y LILIANA PATRICIA MONTAÑO HERRERA	133
29 USO DE CIPROFLOXACINO EN LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO	
MARÍA DOLORES COLLADO ZAFRA, MARÍA DOLORES DENIA MARTOS, FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ TELLEZ, ANA CRISTINA AÑOVER SERRANO Y LILIANA PATRICIA MONTAÑO HERRERA	137
30 LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CARDIACOS RECOMENDACIONES POR ENFERMERÍA	
LUIS MIGUEL CAÑADAS ALBA, ALBERTO GONZÁLEZ MOLINA, ALBERTO RODRIGUEZ-REY CASTILLO, RUBÉN GARCÍA HERVÁS Y RICARDO MORALES RUIZ	141
31 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL GLAUCOMA	
LUIS MIGUEL CAÑADAS ALBA, ALBERTO GONZÁLEZ MOLINA, ALBERTO RODRIGUEZ-REY CASTILLO, RUBÉN GARCÍA HERVÁS Y RICARDO MORALES RUIZ	145
32 RELACIÓN ENTRE LA FATIGA LABORAL Y LA PRODUCTIVIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	
LUIS MIGUEL CAÑADAS ALBA, ALBERTO GONZÁLEZ MOLINA, ALBERTO RODRIGUEZ-REY CASTILLO, RUBÉN GARCÍA HERVÁS Y RICARDO MORALES RUIZ	153
33 ENFERMERÍA Y EL ABORDAJE DE LA MIGRAÑA	
CELIA ROMO CAMUÑAS, LUCÍA DE LA OSA CASERO, RAQUEL AVILA MORENO, MARÍA PAZ DE LA GUÍA GARCÍA Y BELÉN GONZÁLEZ CARO	157

34	ENFERMERÍA Y LAS PACIENTES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO CELIA ROMO CAMUÑAS, LUCÍA DE LA OSA CASERO, RAQUEL AVILA MORENO, MARÍA PAZ DE LA GUÍA GARCÍA Y BELÉN GONZÁLEZ CARO	161
35	ENFERMERIA FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA LUCÍA DE LA OSA CASERO, RAQUEL AVILA MORENO, MARÍA PAZ DE LA GUÍA GARCÍA, BELÉN GONZÁLEZ CARO Y CELIA ROMO CAMUÑAS	165
36	MANEJO DE LA CRISIS CONVULSIVA POR ENFERMERÍA BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO, MARÍA USERO MOZOS Y CARLOS PALACIO MORALES	169
37	ENFERMERÍA Y LA DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS ACRAL CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ, EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ, LAURA COMINO ROBLES, MARÍA COMINO ROBLES Y ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN	173
38	HIPONATREMIA AGUDA EN HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMERÍA CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ, EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ, LAURA COMINO ROBLES, MARÍA COMINO ROBLES Y ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN	177
39	ENFERMERÍA Y LAS SORPRESAS DE UN INFARTO ANTERIOR EXTENSO CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ, EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ, LAURA COMINO ROBLES, MARÍA COMINO ROBLES Y ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN	181
40	INTERVENCIONES DE LA MATRONA DURANTE EL COVID CON LA PACIENTE EMBARAZADA ROCÍO MARTÍNEZ GÓMEZ, BEATRIZ CABEZUELO CUARTERO Y GLORIA MARIA GONZÁLEZ PARRA	185

41	LA MATRONA Y CUIDADOS BÁSICOS DEL CORDÓN UMBILICAL EN EL PARTO GLORIA MARIA GONZÁLEZ PARRA, BEATRIZ CABEZUELO CUARTERO Y ROCÍO MARTÍNEZ GÓMEZ	189
42	ACTUALIZACIÓN DE LA MATRONA EN LAS NUEVAS TECNOLOGIAS EN EDUCACION PARA LA SALUD GLORIA MARIA GONZÁLEZ PARRA, BEATRIZ CABEZUELO CUARTERO Y ROCÍO MARTÍNEZ GÓMEZ	193
43	CÓMO DEBE DE ACTUAR EL PERSONAL SANITARIO DE ENFERMERÍA ANTE LA EXTRAVASACIÓN DE TRATAMIENTOS CITOTÓXICOS Y/O CITOSTÁTICOS ISABEL GARCÍA SUAREZ, CARLA SANMARTIN CAPIN, ANDREA MORAL BELMAR, SELVA MARÍA LÓPEZ FERNÁNDEZ Y ANA MARTÍNEZ PÉREZ	197
44	ENFERMERÍA Y LOS DIFERENTES MÉTODOS PARA VALORAR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN ANA ISABEL CEREZO RUBIO	203
45	TRIAJE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA LILIANA PATRICIA MONTAÑO HERRERA, MARÍA DOLORES DENIA MARTOS, MARÍA DOLORES COLLADO ZAFRA, FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ TELLEZ Y ANA CRISTINA AÑOVER SERRANO	207
46	FUNCIONES Y ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS SANDRA ALOS GARCIA	211
47	ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA LUCÍA REQUENA HONRUBIA, MARÍA ANTONIA LÓPEZ GOMEZ, ALICIA RISUEÑO RUIZ, YOLANDA NOGUERO FIMIA Y MONTSERRAT FERRER NUÑEZ	215

48 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA	
LUCÍA REQUENA HONRUBIA, MARÍA ANTONIA LÓPEZ GOMEZ, ALICIA RISUEÑO RUIZ, YOLANDA NOGUERO FIMIA Y MONTSERRAT FERRER NUÑEZ	219
49 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS ANTE UN PACIENTE INTUBADO	
LUCÍA REQUENA HONRUBIA, MARÍA ANTONIA LÓPEZ GOMEZ, ALICIA RISUEÑO RUIZ, YOLANDA NOGUERO FIMIA Y MONTSERRAT FERRER NUÑEZ	223
50 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS	
ELENA GARCIA FERNANDEZ DE MARCOS	227
51 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO	
MARIA JULIA GARCÍA GONZÁLEZ, RICARDO GÓMEZ FERNÁNDEZ, MARIA DEL MAR CASCALES GARCIA, LUCIA GALÁN VICENTE Y MARIA ASCENSIÓN GALAN VICENTE	231
52 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MÁS COMUNES	
MARIA JULIA GARCÍA GONZÁLEZ, MARIA ASCENSIÓN GALAN VICENTE, LUCIA GALÁN VICENTE, MARIA DEL MAR CASCALES GARCIA Y RICARDO GÓMEZ FERNÁNDEZ	235
53 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL SONDAJE VESICAL	
MARIA JULIA GARCÍA GONZÁLEZ, MARIA DEL MAR CASCALES GARCIA, LUCIA GALÁN VICENTE, MARIA ASCENSIÓN GALAN VICENTE Y RICARDO GÓMEZ FERNÁNDEZ	239
54 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN SONDAJE VESICAL	
LETICIA FERNÁNDEZ PONTE	243

55	LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA MARIA CRISTINA FERNÁNDEZ MARTINEZ, ROCIO HERNÁNDEZ CANO, PAULA FERNANDEZ MARTINEZ Y BELEN JARABO ROSTRA	247
56	RIESGOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE MANIPULACIÓN DE CITOSTÁTICOS ROCIO HERNÁNDEZ CANO, BELEN JARABO ROSTRA, PAULA FERNANDEZ MARTINEZ Y MARIA CRISTINA FERNÁNDEZ MARTINEZ	251
57	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN VIRGINIA SÁNCHEZ CRESPO RINCÓN, MARIA VICTORIA ARAMENDI NAVAS, ANA MARÍA VILLANUEVA VILLANUEVA, TERESA MARTÍN NIETO FERNANDEZ Y MARÍA LILLO IMEDIO	255
58	ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA VIRGINIA SÁNCHEZ CRESPO RINCÓN, MARIA VICTORIA ARAMENDI NAVAS, ANA MARÍA VILLANUEVA VILLANUEVA, TERESA MARTÍN NIETO FERNANDEZ Y MARÍA LILLO IMEDIO	259
59	CUIDADOS POR EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERIA ANTE INFECCIONES RESPIRATORIAS DEL NEONATO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS VIRGINIA SÁNCHEZ CRESPO RINCÓN, MARIA VICTORIA ARAMENDI NAVAS, ANA MARÍA VILLANUEVA VILLANUEVA, TERESA MARTÍN NIETO FERNANDEZ Y MARÍA LILLO IMEDIO	263
60	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ROCIO HERNÁNDEZ CANO, MARIA CRISTINA FERNÁNDEZ MARTINEZ, PAULA FERNANDEZ MARTINEZ Y BELEN JARABO ROSTRA	267

61	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PEDIATRÍA ROCIO HERNÁNDEZ CANO, MARIA CRISTINA FERNÁNDEZ MARTINEZ, BELEN JARABO ROSTRA Y PAULA FERNANDEZ MARTINEZ	271
62	PROTOCOLOS DE ASEO E HIGIENE PARA EL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARIA ROCÍO SERRANO DIAZ, JUANA PULIDO RINCON, ANA BELÉN SERRANO DÍAZ, DOLORES CAMACHO AGUILOCHO Y MIRIAM GUERRA LAGAR	275
63	TÉCNICAS DE IRRIGACIÓN RECTAL Y SU IMPLEMENTACIÓN POR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANA BELÉN SERRANO DÍAZ, JUANA PULIDO RINCON, MARIA ROCÍO SERRANO DIAZ, DOLORES CAMACHO AGUILOCHO Y MIRIAM GUERRA LAGAR	279
64	EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA BULIMIA Y LA ANOREXIA EN LA SALUD: UN ESTUDIO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON ENFOQUE EN TÉCNICAS SANITARIAS DOLORES CAMACHO AGUILOCHO, JUANA PULIDO RINCON, MARIA ROCÍO SERRANO DIAZ, ANA BELÉN SERRANO DÍAZ Y MIRIAM GUERRA LAGAR	283
65	LOS CUIDADOS QUE DEBE REALIZAR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA LA HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO LAURA MARTINEZ BENEITEZ	287
66	EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES POSTMORTEM ROSA MARÍA SERRANO BUSTAMANTE, MARIA JOSE RUBIO FELIPE, FRANCISCO LABRADOR MAYORALAS, LUIS VILLAOSLADA LABRADOR Y ROSA MARIA MARQUEZ PEREZ	291

- 67 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**
ROSA MARÍA SERRANO BUSTAMANTE, MARIA JOSE RUBIO FELIPE,
FRANCISCO LABRADOR MAYORALAS, LUIS VILLAOSLADA
LABRADOR Y ROSA MARIA MARQUEZ PEREZ 297
- 68 **EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS**
ROSA MARÍA SERRANO BUSTAMANTE, MARIA JOSE RUBIO FELIPE,
FRANCISCO LABRADOR MAYORALAS, ROSA MARIA MARQUEZ
PEREZ Y LUIS VILLAOSLADA LABRADOR 303
- 69 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DEL PACIENTE PEDIÁTRICO**
NADIA RODENAS TARRAGA, RAMONA VELASCO SIMON, MARIA
CARMEN GIL GÓMEZ, MARINA MARTIN-SERRANO SANCHEZ
CAMBRONERO Y FRANCISCA GABALDON GABALDON 309
- 70 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL**
NADIA RODENAS TARRAGA, RAMONA VELASCO SIMON, MARIA
CARMEN GIL GÓMEZ, MARINA MARTIN-SERRANO SANCHEZ
CAMBRONERO Y FRANCISCA GABALDON GABALDON 313
- 71 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**
NADIA RODENAS TARRAGA, RAMONA VELASCO SIMON, MARIA
CARMEN GIL GÓMEZ, FRANCISCA GABALDON GABALDON Y
MARINA MARTIN-SERRANO SANCHEZ CAMBRONERO 317
- 72 **ERGONOMÍA PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
DELPHINA NAVARRO JUAREZ, SONIA INIESTA VILLARREAL,
BEATRIZ CARRION ROSA, PILAR PERONA GALLEG0 Y LAURA
CASCALES FERNÁNDEZ 321

73 EL VÓMITO DEL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	
DELPHINA NAVARRO JUAREZ, SONIA INIESTA VILLARREAL, BEATRIZ CARRION ROSA, PILAR PERONA GALLEGO Y LAURA CASCALES FERNÁNDEZ	327
74 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CENTROS DE GRAVEMENTE AFECTADOS	
JUAN MANUEL RODRIGUEZ CONDE	331
75 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN MECÁNICAS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO	
MARÍA ELENA PEDROSA PEREZ, PALOMA DÍAZ MARTÍNEZ-FALERO, FRANCISCA VERGARA VERGARA, MARIA BEGOÑA DÍAZ MARTÍNEZ-FALERO Y MARÍA CARMEN FERNÁNDEZ MARTÍNEZ	335
76 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION HOSPITALARIA	
MARÍA ELENA PEDROSA PEREZ, PALOMA DÍAZ MARTÍNEZ-FALERO, FRANCISCA VERGARA VERGARA, MARIA BEGOÑA DÍAZ MARTÍNEZ-FALERO Y MARÍA CARMEN FERNÁNDEZ MARTÍNEZ	341
77 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS	
MARÍA ELENA PEDROSA PEREZ, PALOMA DÍAZ MARTÍNEZ-FALERO, FRANCISCA VERGARA VERGARA, MARIA BEGOÑA DÍAZ MARTÍNEZ-FALERO Y MARÍA CARMEN FERNÁNDEZ MARTÍNEZ	347
78 DIÁSTASIS ABDOMINAL. PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN SU RECUPERACIÓN	
BEATRIZ PUERTA RUBIO	353

79	CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA POR EL FISIOTERAPEUTA PARA DIRIGIR UNA SESIÓN DE EJERCICIO TERAPÉUTICO BEATRIZ PUERTA RUBIO	357
80	IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA EN LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO BEATRIZ PUERTA RUBIO	363
81	EFICACIA DE LA MAGNETOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. ESTHER NAVARRO BURGOS, CAROLINA CARLAVILLA JIMENEZ, MARIA TERESA POBLETE MANZANARES, ROSA MARÍA GALLEGO ROMÁN Y ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL	367
82	EFFECTIVIDAD DE LA HIDROTERAPIA COMO TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON CAROLINA CARLAVILLA JIMENEZ Y ESTHER NAVARRO BURGOS	373
83	BRUXISMO EN PACIENTE INFANTIL. POSIBLES CAUSAS Y OPCIONES DE TRATAMIENTO CRISTINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ	381
84	VALIDACIÓN Y ACTUACIONES FARMACÉUTICAS EN TRATAMIENTOS ONCO-HEMATOLÓGICOS ADMINISTRADOS EN EL HOSPITAL DE DÍA OLAYA PEDREIRA GONZÁLEZ	385
85	EL RADIOFÁRMACO. MEDICINA NUCLEAR VERÓNICA CUESTA ALONSO	393
86	EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO ANTE LOS RIESGOS DE LA RADIACIÓN ERIKA CAMPOS CARPINTERO, LIDIA ALCÁZAR CAÑADILLAS, MARIA DEL PRADO RUIZ RUIZ, FEDERICO RIVERA GARCIA Y MARIA JESUS CHICO CABEZAS	397

87	EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO Y SU INFLUENCIA EN LA MEDICINA FORENSE ERIKA CAMPOS CARPINTERO, LIDIA ALCÁZAR CAÑADILLAS, MARIA DEL PRADO RUIZ RUIZ, FEDERICO RIVERA GARCIA Y MARIA JESUS CHICO CABEZAS	401
88	EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO Y LOS APARATOS DE RADIOLOGÍA CONVENCIONAL ERIKA CAMPOS CARPINTERO, LIDIA ALCÁZAR CAÑADILLAS, MARIA DEL PRADO RUIZ RUIZ, FEDERICO RIVERA GARCIA Y MARIA JESUS CHICO CABEZAS	405
89	PET. TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES. NOEMI PRIETO GONZALEZ	409
90	LA HIGIENE Y PROTECCIÓN EN CUANTO A LOS TÉCNICOS EN RAYOS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO VÍCTOR MERAYO DOMÍNGUEZ	413
91	LA GRAN IMPORTANCIA Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA TÉCNICA DE DECUBITOS LATERALES JUAN ANTONIO PÉREZ GUTIÉRREZ, DAVID ISASI ZAMORA, MARIA ANTONIA RAMÍREZ IMEDIO, JEAN PIERRE ARANDA YUSTE Y MARÍA JOSE PEREZ GUTIERREZ	417
92	PAPEL, IMPORTANCIA Y FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) JUAN ANTONIO PÉREZ GUTIÉRREZ, DAVID ISASI ZAMORA, MARIA ANTONIA RAMÍREZ IMEDIO, JEAN PIERRE ARANDA YUSTE Y MARÍA JOSE PEREZ GUTIERREZ	423
93	¿CÓMO REALIZAN LOS CELADORES LAS MOVILIZACIONES CON GRUA DE LOS PACIENTES Y QUÉ FUNCIONES TIENE ESTE PERSONAL EN ESTE ASPECTO? JUAN ANTONIO PÉREZ GUTIÉRREZ, DAVID ISASI ZAMORA, MARIA ANTONIA RAMÍREZ IMEDIO, JEAN PIERRE ARANDA YUSTE Y MARÍA JOSE PEREZ GUTIERREZ	429

94 PAPEL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ANIMALARIO JOSÉ GOMEZ HIDALGO, JOSÉ MORENO LABRADOR, ALVARO CAYETANO ROMERO, RICARDO GÓMEZ FERNÁNDEZ Y DAVID VIÑAS LOZANO	433
95 EL CELADOR Y LA ACTUACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO JOSÉ GOMEZ HIDALGO, JOSÉ MORENO LABRADOR, ALVARO CAYETANO ROMERO, RICARDO GÓMEZ FERNÁNDEZ Y DAVID VIÑAS LOZANO	437
96 EL CELADOR EN EL ENTORNO DE HOSPITALIZACIÓN JOSÉ GOMEZ HIDALGO, JOSÉ MORENO LABRADOR, ALVARO CAYETANO ROMERO, RICARDO GÓMEZ FERNÁNDEZ Y DAVID VIÑAS LOZANO	441
97 EL CELADOR EN INFORMACIÓN DEL HOSPITAL RUBEN SERRANO CAMPOS, LUCIA RODRIGUEZ HERNAN, MARIA GARCÍA REGUILÓN, ANA ELENA SOTO Y JORGE MORENO RODRIGUEZ	445
98 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS RUBEN SERRANO CAMPOS, LUCIA RODRIGUEZ HERNAN, MARIA GARCÍA REGUILÓN, ANA ELENA SOTO Y JORGE MORENO RODRIGUEZ	449
99 EL CELADOR EN LA COLOCACIÓN DE UNA CONTENCIÓN MECÁNICA A UN PACIENTE RUBEN SERRANO CAMPOS, LUCIA RODRIGUEZ HERNAN, MARIA GARCÍA REGUILÓN, ANA ELENA SOTO Y JORGE MORENO RODRIGUEZ	453
100 EL CELADOR Y LAS TÉCNICAS DE LOS DECÚBITOS LATERALES Y LA COLOCACIÓN DE ALMOHADAS LAURA ZAMORA GARCIA, MARÍA LUISA PÉREZ DELGADO, BEATRIZ CERCEDA LORENZANA, LAURA CERCEDA LORENZANA Y CORINA GARCÍA ZAFRILLA	457

101 EL CELADOR Y LA MANIPULACIÓN DE PACIENTES CON FRACTURAS DE CADERA LAURA ZAMORA GARCIA, MARÍA LUISA PÉREZ DELGADO, BEATRIZ CERCEDA LORENZANA, LAURA CERCEDA LORENZANA Y CORINA GARCÍA ZAFRILLA	461
102 EL CELADOR ANTE LA PROBLEMÁTICA DE LA INTERLOCUCIÓN Y EL DIÁLOGO CON EL PACIENTE LAURA ZAMORA GARCIA, MARÍA LUISA PÉREZ DELGADO, BEATRIZ CERCEDA LORENZANA, LAURA CERCEDA LORENZANA Y CORINA GARCÍA ZAFRILLA	465
103 LA IMPORTANCIA EN ERGONOMÍA PARA EL TRABAJO DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD RAUL GARCIA CALVO, MARIA DEL PRADO CALVO ZAPATA, JOSE MARIA CALVO ZAPATA, BLANCA ARCE GONZALEZ Y SUSANA LOPEZ REJON	469
104 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO HACIA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS JOSE MARIA CALVO ZAPATA, MARIA DEL PRADO CALVO ZAPATA, RAUL GARCIA CALVO, BLANCA ARCE GONZALEZ Y SUSANA LOPEZ REJON	473
105 ESTUDIO EN LA GESTIÓN DEL ALMACÉN SANITARIO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO BLANCA ARCE GONZALEZ, MARIA DEL PRADO CALVO ZAPATA, RAUL GARCIA CALVO, JOSE MARIA CALVO ZAPATA Y SUSANA LOPEZ REJON	477
106 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LOS CENTROS SANITARIOS JACLINA JIMENEZ RODRIGUEZ, ALVARO CAYETANO ROMERO, CARMEN PALACIOS SALINAS, PEDRO AGUSTIN PARRA DIAZ Y INÉS MARÍA SÁNCHEZ GARCÍA	481

107 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS DE LOS PACIENTES	
JACLINA JIMENEZ RODRIGUEZ, ALVARO CAYETANO ROMERO, CARMEN PALACIOS SALINAS, PEDRO AGUSTIN PARRA DIAZ Y INÉS MARÍA SÁNCHEZ GARCÍA	485
108 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SESCAM: ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA	
JACLINA JIMENEZ RODRIGUEZ, ALVARO CAYETANO ROMERO, CARMEN PALACIOS SALINAS, PEDRO AGUSTIN PARRA DIAZ Y INÉS MARÍA SÁNCHEZ GARCÍA	489
109 EL PACIENTE DE CARDIOLOGÍA Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR DE LA PLANTA DE CARDIOLOGÍA	
TOÑI LACALLE COLLADO, JOAQUÍN GARCÍA ALGABA, ATIYEH TAHA DE LA LLAVE, MARIA DEL CARMEN HUERTAS DIAZ-CAMBRONERO Y MARIA JOSE ALAMEDA DIAZ	493
110 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE FARMACIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS	
TOÑI LACALLE COLLADO, JOAQUÍN GARCÍA ALGABA, ATIYEH TAHA DE LA LLAVE, MARIA DEL CARMEN HUERTAS DIAZ-CAMBRONERO Y MARIA JOSE ALAMEDA DIAZ	497
111 FUNCIONES E IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE LOS HOSPITALES	
TOÑI LACALLE COLLADO, JOAQUÍN GARCÍA ALGABA, ATIYEH TAHA DE LA LLAVE, MARIA DEL CARMEN HUERTAS DIAZ-CAMBRONERO Y MARIA JOSE ALAMEDA DIAZ	501
112 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE TRAUMATOLOGÍA	
MARIA TERESA BELLO APARICIO, CARLOS RAMOS MORALES, MARIA JOSE RODRIGO ARENAS, CARMELO JOSE TERRÓN AGUJETAS Y VIRGINIA VALLE CANO	505

113 FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LAS PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGÍA	
MARIA TERESA BELLO APARICIO, VIRGINIA VALLE CANO, CARLOS RAMOS MORALES, MARIA JOSE RODRIGO ARENAS Y CARMELO JOSE TERRÓN AGUJETAS	509
114 FUNCIONES DE LOS CELADORES DESTINADOS EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS	
MARIA TERESA BELLO APARICIO, VIRGINIA VALLE CANO, CARLOS RAMOS MORALES, MARIA JOSE RODRIGO ARENAS Y CARMELO JOSE TERRÓN AGUJETAS	513
115 EXPOSICIÓN DE LAS DIFERENTES CAUSAS DE QUEMADURAS POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA	
VERONICA CARRIÓN MARTÍNEZ, MARÍA ISABEL CLAVIJOS PÉREZ, SONIA MORENO MUÑOZ Y LAURA GALDON GARCIA	517
116 PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA IMPORTANCIA DEL AGUA EN EL ORGANISMO	
VERONICA CARRIÓN MARTÍNEZ, MARÍA ISABEL CLAVIJOS PÉREZ, SONIA MORENO MUÑOZ Y LAURA GALDON GARCIA	521
117 PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y CONTROL DE CALIDAD DE LOS ALIMENTOS	
VERONICA CARRIÓN MARTÍNEZ, MARÍA ISABEL CLAVIJOS PÉREZ, SONIA MORENO MUÑOZ Y LAURA GALDON GARCIA	525
118 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL LABORATORIO DE LOS HOSPITALES	
MARÍA ISABEL BLANCO MUÑOZ, SONIA IBÁÑEZ SÁNCHEZ, ROSANA CABEZUELO NAVARRO, ANA BELEN CASTILLO MANZANARES Y PILAR MORCILLO RUBIO	529
119 PROFESIONAL DE PELUQUERÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) HOSPITALARIA	
LUCÍA DE LA LLAVE PULIDO	533

120	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DE UN HOSPITAL. PRINCIPALES FUNCIONES TEODORA MARTÍNEZ FERNANDEZ, MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ, M ANTONIA GARCÍA JIMÉNEZ, HERMINIA GARCÍA JIMÉNEZ Y SANDRA LOPEZ AROCA	537
121	PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA A EXTRANJEROS EN ESPAÑA M ^a LLANOS LOPEZ TELLO GOMEZ, RAQUEL GARCIA GUTIERREZ, PATRICIA JIMÉNEZ BASSALO, REMEDIOS PAÑOS HERNÁNDEZ Y PILAR YDÁNEZ GARCÍA	541
122	FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS M ^a LLANOS LOPEZ TELLO GOMEZ, RAQUEL GARCIA GUTIERREZ, PATRICIA JIMÉNEZ BASSALO, REMEDIOS PAÑOS HERNÁNDEZ Y PILAR YDÁNEZ GARCÍA	545
123	AUXILIAR ADMINISTRATIVO: FUNCIONES EN EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS ANA BELEN CASTILLO MANZANARES, SONIA IBÁÑEZ SÁNCHEZ, MARÍA ISABEL BLANCO MUÑOZ, PILAR MORCILLO RUBIO Y ROSANA CABEZUELO NAVARRO	549
124	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS RIESGOS PSICOSOCIALES QUE PUEDE SUFRIR EN UN CENTRO SANITARIO TEODORA MARTÍNEZ FERNANDEZ, MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ, M ANTONIA GARCÍA JIMÉNEZ, HERMINIA GARCÍA JIMÉNEZ Y SANDRA LOPEZ AROCA	555
125	CONOCIMIENTO E IMPORTANCIA DEL PINCHE EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES YOLANDA LOARTE OCAÑA, MARGOT LOARTE OCAÑA, MONICA MORENO GARCÍA, LETICIA LÓPEZ RODRÍGUEZ Y DOLORES BAUTISTA OLMEDO	559

126	MEDIDAS DE PROTECCION POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 TEODORA MARTÍNEZ FERNANDEZ, MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ, M ANTONIA GARCÍA JIMÉNEZ, HERMINIA GARCÍA JIMÉNEZ Y SANDRA LOPEZ AROCA	563
127	FUNCIONES Y CONOCIMIENTOS DE LAS ZONAS DE LIMPIO POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA MONICA MORENO GARCÍA, MARGOT LOARTE OCAÑA, YOLANDA LOARTE OCAÑA, LETICIA LÓPEZ RODRÍGUEZ Y DOLORES BAUTISTA OLMEDO	567
128	CONOCIMIENTOS DEL PINCHE EN RELACIÓN CON EL SERVICIO DE DIETÉTICA HOSPITALARIA LETICIA LÓPEZ RODRÍGUEZ, MARGOT LOARTE OCAÑA, YOLANDA LOARTE OCAÑA, MONICA MORENO GARCÍA Y DOLORES BAUTISTA OLMEDO	571
129	LA MASCARILLA Y LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS COMO PERSONAL NO SANITARIO FAUSTINO HUERTAS TOLEDO, MARÍA VIRTUDES ARRIBAS CERVANTES, MARIA DOLORES OCHOA GARCIA-SACRISTAN, M CARMEN SOBRINO ASTILLERO Y MARÍA DEL PILAR SANCHEZ-BALLESTEROS LOPEZ	575
130	LA OFERTA DE PUESTO PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CENTRO SANITARIO FAUSTINO HUERTAS TOLEDO, MARÍA VIRTUDES ARRIBAS CERVANTES, MARIA DOLORES OCHOA GARCIA-SACRISTAN, M CARMEN SOBRINO ASTILLERO Y MARÍA DEL PILAR SANCHEZ-BALLESTEROS LOPEZ	579
131	ESPACIOS DE TRABAJO CERRADOS PARA LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS FAUSTINO HUERTAS TOLEDO, MARÍA VIRTUDES ARRIBAS CERVANTES, MARIA DOLORES OCHOA GARCIA-SACRISTAN, M CARMEN SOBRINO ASTILLERO Y MARÍA DEL PILAR SANCHEZ-BALLESTEROS LOPEZ	585

- 132 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO DE CASTILLA LA MANCHA. UTILIZACIÓN DE PROGRAMAS INFORMATICOS: WORD**
ANA MARÍA PEDRAZA HERVÁS, ADORACION DIAZ RUIZ, M TERESA CAMACHO ORTIZ, MARÍA DEL MAR ALONSO MUÑOZ Y MARIA JUANA CAMACHO BAUTISTA 589
- 133 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO DE CASTILLA LA MANCHA: GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA**
ANA MARÍA PEDRAZA HERVÁS, MARIA JUANA CAMACHO BAUTISTA, ADORACION DIAZ RUIZ, M TERESA CAMACHO ORTIZ Y MARÍA DEL MAR ALONSO MUÑOZ 593
- 134 EFECTOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, POR EL USO DE PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS**
ROSANA CABEZUELO NAVARRO, SONIA IBÁÑEZ SÁNCHEZ, MARÍA ISABEL BLANCO MUÑOZ, ANA BELEN CASTILLO MANZANARES Y PILAR MORCILLO RUBIO 597
- 135 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES COMO RASTREADORES SANITARIOS**
MARIA DEL CARMEN ROLDAN ALFARO, ESTHER GARCÍA MARTÍNEZ, ANDREA OJEDA GUERRERO, MARÍA ESTHER PIÑERO CRUZ Y INMACULADA GÓMEZ ALFARO 601
- 136 EL TRABAJO A TURNOS Y LA REPERCUSIÓN SOBRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARIA DEL CARMEN ROLDAN ALFARO, ESTHER GARCÍA MARTÍNEZ, ANDREA OJEDA GUERRERO, MARÍA ESTHER PIÑERO CRUZ Y INMACULADA GÓMEZ ALFARO 605
- 137 HIGIENE POSTURAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD**
MARIA DEL CARMEN ROLDAN ALFARO, ESTHER GARCÍA MARTÍNEZ, ANDREA OJEDA GUERRERO, MARÍA ESTHER PIÑERO CRUZ Y INMACULADA GÓMEZ ALFARO 609

- 138 DIETAS BÁSICAS Y TERAPÉUTICAS EN EL TRABAJO DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIO**
MARIA RAQUEL NEVADO NAVARREDONDA, MARGARITA RUIZ MARTIN, MARIA JESUS BONILLA MAYORAL, ROSARIO GONZÁLEZ GUTIÉRREZ Y SERGIO TALAVERA SÁNCHEZ 613
- 139 CLASIFICACIÓN EN DIETAS TERAPÉUTICAS DIRIGIDAS A LOS PACIENTES POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA**
MARIA JESUS BONILLA MAYORAL, MARGARITA RUIZ MARTIN, MARIA RAQUEL NEVADO NAVARREDONDA, ROSARIO GONZÁLEZ GUTIÉRREZ Y SERGIO TALAVERA SÁNCHEZ 617
- 140 LAS FASES DE PLANIFICACIÓN DE MENÚS HOSPITALARIOS, EXPOSICIÓN POR EL PINCHE DE COCINA**
ROSARIO GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, MARGARITA RUIZ MARTIN, MARIA RAQUEL NEVADO NAVARREDONDA, MARIA JESUS BONILLA MAYORAL Y SERGIO TALAVERA SÁNCHEZ 621
- 141 CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARIO LA IMPORTANCIA DE SU PUESTO**
KARINA KATRINA VICENTE RODRIGUEZ, PEDRO JAVIER CAMBRONERO RODRIGUEZ, ALBA SÁNCHEZ MOLINA, JOSE MARIA GOMEZ FERNANDEZ Y MARIA DEL CARMEN REDONDO PACHECO 625
- 142 LAS FUNCIONES DE ASISTENCIA POR PARTE DE UN CELADOR AL PERSONAL SANITARIO FACULTATIVO Y NO FACULTATIVO**
ALBA SÁNCHEZ MOLINA, PEDRO JAVIER CAMBRONERO RODRIGUEZ, KARINA KATRINA VICENTE RODRIGUEZ, JOSE MARIA GOMEZ FERNANDEZ Y MARIA DEL CARMEN REDONDO PACHECO 629
- 143 LAS TRASLACIONES Y MOVILIDAD DE LOS USUARIOS POR EL CELADOR EN HOSPITAL**
JOSE MARIA GOMEZ FERNANDEZ, PEDRO JAVIER CAMBRONERO RODRIGUEZ, KARINA KATRINA VICENTE RODRIGUEZ, ALBA SÁNCHEZ MOLINA Y MARIA DEL CARMEN REDONDO PACHECO 633

- 144 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO DE CASTILLA LA MANCHA: SERVICIO DE OFTALMOLOGIA-CONSULTAS EXTERNAS**
ANA MARÍA PEDRAZA HERVÁS, MARIA JUANA CAMACHO BAUTISTA, ADORACION DIAZ RUIZ, M TERESA CAMACHO ORTIZ Y MARÍA DEL MAR ALONSO MUÑOZ 637
- 145 FUNCIONES DEL CELADOR COMO ASISTENTE DEL PERSONAL ESTATUTARIO SANITARIO**
OSCAR RUIZ ESCRIBANO, JUAN ANGEL PEREZ GARCIA, FLORENCIA LÓPEZ FERNANDEZ, MARÍA JUANA GARCÍA RAMOS Y JUAN LUIS ASTILLEROS DÍAZ 641
- 146 EL CELADOR EN LOS CENTROS DE SALUD. LAS FUNCIONES REALIZADAS POR EL CELADOR**
JUAN LUIS ASTILLEROS DÍAZ, OSCAR RUIZ ESCRIBANO, JUAN ANGEL PEREZ GARCIA, FLORENCIA LÓPEZ FERNANDEZ Y MARÍA JUANA GARCÍA RAMOS 645
- 147 EL CELADOR CON EL PACIENTE FALLECIDO. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE FALLECIDO.**
MATILDE FLORES GARCIA, ADRIÁN ROMANCE DÍAZ, CRISTINA MARTÍNEZ GREGORIO, FEDERICO GALDON IÑIGUEZ Y MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ BLÁZQUEZ 649
- 148 EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS. FUNCIONES DEL CELADOR AUXILIAR DE AUTOPSIAS**
ADRIÁN ROMANCE DÍAZ, CRISTINA MARTÍNEZ GREGORIO, FEDERICO GALDON IÑIGUEZ, MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ BLÁZQUEZ Y MATILDE FLORES GARCIA 653
- 149 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS. FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE DURANTE LA REALIZACIÓN DE GASTROSCOPIAS Y COLONOSCOPIAS**
CRISTINA MARTÍNEZ GREGORIO, FEDERICO GALDON IÑIGUEZ, MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ BLÁZQUEZ, MATILDE FLORES GARCIA Y ADRIÁN ROMANCE DÍAZ 657

150 EVALUACIÓN EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO	
MARÍA FERNÁNDEZ BERNARDO Y BARBARA GARCÍA ALVAREZ	661
151 GRANULOMA RENAL TRAS TERAPIA INTRAVESICAL CON BACILO CALMETTE-GUÉRIN POR CÁNCER DE VEJIGA. A PROPÓSITO DE UN CASO	
MAITE MIQUELEIZ LEGAZ, MARINA SAZATORNIL ESCUER, MICAELA ASIAIN URMENETA Y INÉS BEZANA ABADÍA	665
152 LA VIOLENCIA DE GÉNERO PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO	
DERLIS ROSA CUEVAS RUIZ DÍAZ Y ROCIO CASTRO VILLEN	671

Capítulo 1

LA REHABILITACIÓN CARDÍACA COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORÍA PRONÓSTICA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

LIZAR ZABALA DIAZ

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España según los datos correspondientes a las defunciones del año 2020 del Instituto Nacional de Estadística. No obstante, según la Organización Mundial de la Salud, el 80% de los casos de enfermedad cardiovascular son evitables mediante la prevención en caso de adquirir hábitos de vida saludables, tales como una dieta saludable, realización de ejercicio de forma regular y un adecuado control de los factores de riesgo cardiovascular.

Además de la prevención primaria para evitar la enfermedad cardiovascular, una vez sufrido ya un evento cardiovascular, tal como un infarto agudo de miocardio, los Programas de Rehabilitación Cardíaca son una estrategia fundamental en la prevención secundaria de dicha enfermedad.

Los beneficios que aporta un programa de Rehabilitación Cardíaca son múltiples según han demostrado innumerables estudios. Por un lado beneficios a nivel pronóstico con disminución de la mortalidad así como disminución de reingresos por nuevos eventos coronarios, y por otro lado en mejoría de la calidad de

vida entre otros muchos beneficios. Es por ellos, que en la actualidad, los programas de rehabilitación cardíaca se consideran indicación IA tanto en guías de Cardiología Europeas como Americanas para diferentes patologías cardíacas, entre ellas el síndrome coronario agudo.

2 Objetivos

Comparar los datos clínicos, ecocardiográficos y de los parámetros de la ergoespirometría, algunos de ellos considerados de carácter pronóstico, antes y después de realizar un programa de rehabilitación cardíaca tras sufrir un síndrome coronario agudo.

3 Caso clínico

Varón de 53 años, exfumador desde 2019 de 45 paquetes/año, hiperlipemia sin tratamiento y sobrepeso (IMC 27,2). Trabaja de administrativo en una empresa refiriendo gran carga de trabajo en los últimos meses. Sin otros antecedentes de interés.

Ingresa por infarto agudo de miocardio anterolateral extenso, Killip IV, precisando inicialmente ayuda de balón de contrapulsación intraaórtico para mantener estabilidad hemodinámica. Se realiza coronariografía urgente que muestra oclusión de arteria descendente anterior ostial y lesión moderada de coronaria derecha media. Se trata mediante angioplastia con tromboaspiración e implantación de stent farmacoactivo sobre descendente anterior ostial, con éxito. La radiografía de tórax muestra datos francos de congestión pulmonar.

Presenta una buena evolución con rápido control de los datos de insuficiencia cardíaca con el uso de diuréticos. Además se inicia tratamiento para la disfunción ventricular de forma progresiva con buena tolerancia. El ecocardiograma previo al alta muestra un ventrículo izquierdo dilatado con disfunción ventricular severa con fracción de eyección (FEVI) 30% con aquinesia extensa anterolateral sin imagen de trombo apical. Es dado de alta en situación estable y bajo tratamiento con estatina de alta potencia, doble antiagregación, Bisoprolol, Enalapril y Eplerenona.

Al alta es valorado en consulta de rehabilitación cardíaca, refiriendo disnea en grado funcional III y empeoramiento de otros datos de insuficiencia cardíaca tales como edemas maleolares, ortopnea y aumento de peso. Se realiza ajusta el diurético y titulación de fármacos con beneficio cardiovascular, sustituyendo

Enalapril por Sacubitrilo/Valsartan, añadiendo Dapaglifozina e intensificando tratamiento hipolipemiante por LDL 75mg/dl (por encima del objetivo <55mg/dl). Previo al inicio del programa de rehabilitación cardíaca se realiza una ergoespirometría con protocolo Bruce rampa con una duración de 7:52min. Resulta una prueba casi máxima (RER 1,08 aunque con frecuencia cardíaca alcanzada del 65% de la FMT bajo efecto betabloqueante) detenida por disnea. Clínica y eléctricamente negativa para inducción de isquemia. Capacidad funcional disminuida, VO₂pico 21ml/min/kg (67% predicho), alcanza el primer umbral ventilatorio (VT1) en el minuto 03:30 con VO₂ 14ml/min/kg (46% predicho) y 92lpm en dicho umbral. Pulso de Oxígeno con curva normal. Parámetros de eficiencia ventilatoria alterados; Patrón espirométrico normal y no agota reserva respiratoria (RR 53%). Pendiente V-slope CO₂ 33,2, EqCO₂ en VT1 35,5, PetCO₂ bajo al inicio con aumento de 5mmHg durante el esfuerzo. OUES 2,1 (88% del predicho).

Realiza el programa de rehabilitación cardíaca de 24 sesiones alternando ejercicio aeróbico interválico y continuo además de entrenamiento de fuerza 3 días/semana. Recibió sesiones educativas y terapia grupal de psicología. Finaliza el Programa de Rehabilitación Cardíaca asintomático con excelente control de los factores de riesgo cardiovascular, así como titulación de fármacos para disfunción ventricular.

Se repite la ergoespirometría con protocolo Bruce rampa realizando mayor tiempo de esfuerzo, 9:50min de ejercicio detenida por cansancio. Clínica y eléctricamente negativa para isquemia. Prueba máxima (RER 1,3 aunque con FC 71% de la FCTM). Mejoría de la capacidad funcional, VO₂ pico 27 ml/min/kg (88 %del predicho) y retraso en la aparición del primer umbral ventilatorio, en el minuto 04:44 de esfuerzo a 87lpm con VO₂: 18ml/min/kg (58% del predicho). Pulso de oxígeno adecuado (17 ml, > 80% del valor predicho) con curva adecuada. Mejoría de parámetros de eficiencia ventilatoria: EqCO₂ en VT1 33,3, Pendiente V-slope CO₂ 30,3, Pet CO₂ normal al inicio con incremento durante esfuerzo de 8 mmHg. OUES 2.7 (120% predicho). Se repite ecocardiograma al alta del programa objetivando mejoría de la FEVI a 41%, resto sin cambios.

4 Discusión-Conclusión

Tras el programa de rehabilitación cardíaca se objetiva adecuado control de los factores de riesgo cardiovascular y clara mejoría de la calidad de vida, sin presentar disnea con las actividades de la vida cotidiana ni repetir nuevos datos de insuficiencia cardíaca. Muestra clara mejoría de la capacidad funcional (aumento de VO₂ máximo, retraso en la aparición del primer umbral ventilatorio, etc.), de los

parámetros de eficiencia ventilatoria prácticamente normalizados y mejoría también de la función ventricular. Con todo ello, este paciente en el momento actual no cumple criterios para el implante de desfibrilador automático implantable. Resaltar la importancia de los programas de rehabilitación cardíaca que son vitales para adquirir conocimientos necesarios para el autocuidado del paciente hacia una vida cardiosaludable y tomar parte de forma activa en el control de los factores de riesgo cardiovascular. Además son innegables los beneficios que ofrece en la mejoría de calidad de vida, y mejoría pronóstica tal y como se muestra en nuestro caso, siendo uno de los tratamientos más coste-efectivos que existen.

5 Bibliografía

- R.J. Achttien, J.B. Staal, A.H.H. Merry et al. 2011. KNGF Guideline Cardiac Rehabilitation. Royal Dutch Society for Physical Therapy.
- American College of Sports Medicine. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- Frank L.J. Visseren, François Mach, Yvo M. Smulders, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 2021; 42: 3227-3337.
- Antonio Pelliccia, Sanjay Sharma, Sabiha Gati, et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. European Heart Journal. 2021; 42: 17-96.
- O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, Goldhaber SZ, Olmstead BA, Paffenbarger RS, et al. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. Circulation. 1989; 80: 234-44
- Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, et al. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease. J Am Coll Cardiol. 2016;67(1):1-12.

Capítulo 2

ABORDAJE DE LA PSICOSIS POSPARTO EN LAS CLASES DE PREPARACIÓN AL NACIMIENTO

JEZABEL CASTILLO GARCÍA

OLAIA ORZAIZ GARDE

MARIA VILLEGAS BAZTAN

ANE MIREN ACEDO MORENO

ANA BEPERET SAGÜÉS

1 Introducción

Esther Ramirez Matos define el puerperio como el viaje trascendental que la madre vivencia desde el momento en el que pare a su cría hasta que esta sale de su esfera emocional para comenzar una andadura propia y progresivamente más autónoma.

La psicosis posparto es la mayor urgencia psiquiátrica que puede ocurrir en el puerperio. Su prevalencia es de 1-2/1000 nacimientos. Es un cuadro grave, que requiere de atención urgente. Ante la mínima sospecha no se debe dejar sola a la madre y hay que llevarla al servicio de urgencias. De ahí la importancia de que las futuras madres y padres conozcan este trastorno, para prevenirlo (en aquellos casos que se identifiquen factores de riesgo), para detectarlo precozmente y evitar sus consecuencias más dramáticas, como son el suicidio y el infanticidio.

Suele aparecer de forma brusca en los primeros meses tras el parto. Es más frecuente en mujeres con antecedentes familiares de trastorno bipolar o de psicosis puerperal . Otro de los factores de riesgo es haberla padecido en puerperios previos.

El puerperio es la etapa de mayor riesgo de las mujeres para sufrir una psicosis (22 veces más probable). El 20% de muertes en esta etapa es por suicidio materno. Por todo ello es crucial que todos los profesionales que atienden a puérperas conozcan esta patología.

2 Objetivos

- Proporcionar el conocimiento de los factores de riesgo de la psicosis puerperal a las gestantes y a su entorno cercano
- Enseñar a las mujeres y a su acompañante a detectar síntomas compatibles con la psicosis puerperal
- Difundir la información recibida sobre la psicosis puerperal por parte de la mujer y su acompañante a su entorno
- Conseguir que el entorno cercano detecte precozmente los síntomas de la psicosis puerperal
- Transmitir la necesidad de atención urgente ante la sospecha de psicosis puerperal
- Transmitir la importancia de no dejar sola a la puérpera ante la mínima sospecha de psicosis
- Transmitir la importancia del sueño durante el puerperio
- Conocer las necesidades de la diada

3 Metodología

Para la elaboración de este documento se ha llevado a cabo una revisión de la literatura disponible sobre el tema tratado. Asimismo se ha hecho una revisión en páginas web recomendadas por el Instituto de Salud Mental Perinatal. La información descrita ha sido contrastada con la lectura de artículos científicos publicados en PubMed y Google Scholar

4 Resultados

¿Por qué es importante una detección temprana de la psicosis puerperal? Porque el tratamiento precoz previene que se agrave y favorece una recuperación más rápida, procurando así mayor seguridad tanto para la madre como para el bebé. La gravedad de la psicosis puerperal contrasta con la rápida resolución de la patología si se detecta precozmente y se trata de manera adecuada.

¿Cuáles son los síntomas de la psicosis posparto? La psicosis puerperal puede comenzar de diferentes formas, a veces el inicio es brusco. Los síntomas pueden oscilar entre depresivos y maníacos y pueden cambiar rápidamente. La sintomatología principal es la confusión, el delirio y el grave insomnio.

- Trastornos del sueño
- Insomnio
- Rápida variabilidad desde gran euforia y ansiedad hasta ánimo depresivo.
- Astenia
- Llanto
- La mujer se muestra desconfiada, distante
- Fluctuaciones desde la agitación al estupor, de la verborrea al mutismo
- Ideas de contenido delirante (pérdida de contacto con la realidad)
- Alucinaciones

¿Cuáles son los factores de riesgo para una psicosis puerperal? Se necesita más investigación sobre ello, pero los factores genéticos juegan un papel importante.

- Antecedente familiar o personal de psicosis posparto. Principalmente si la padecieron tu madre o tu hermana
- Antecedente de enfermedad mental propia o de algún familiar. El 50% de las mujeres con trastorno bipolar tienen riesgo de presentar psicosis puerperal.
- Cambios en los niveles hormonales
- Patrones de sueño alterados. A menudo el inicio de una psicosis posparto está relacionado con el sueño. La mujer puede tener dificultades para conciliar el sueño y puede que lleve noches sin dormir.

¿Qué deben hacer las mujeres que se encuentren dentro de los grupos de riesgo? En el caso de aquellas mujeres que estén en seguimiento por psiquiatría, lo ideal sería que le comunicaran a su psiquiatra que quieren quedarse embarazadas o acudir a él si el embarazo no ha sido planificado para ajustar el tratamiento si precisan. Asimismo, deberían informar sobre tu enfermedad a todos los profesionales que le atiendan durante el embarazo y posparto. Iliana Paris (psicóloga perinatal) dice que ‘los profesionales que acompañan a las embarazadas tienen una doble responsabilidad en la prevención de la psicosis posparto: la detección

y la educación' En la Universal Journal of Psychology publicaron un artículo donde se incide en la importancia de que los profesionales que atienden a mujeres embarazadas o en el puerperio inmediato, tengan la capacidad de detectar precozmente la psicosis puerperal. Asimismo, es importante que sean capaces de identificar a las mujeres que tienen alto riesgo de padecerla, para acompañarle de manera adecuada y derivarla cuando sea necesario. Por otro lado, los investigadores plantean que dichos profesionales deberían enseñar a reconocer los síntomas a los familiares de estas mujeres y dónde buscar la ayuda necesaria.

5 Discusión-Conclusión

La psicosis posparto es la mayor urgencia psiquiátrica que puede ocurrir en el puerperio. Es un cuadro grave que requiere atención urgente. Toda la información revisada apoya la importancia de que las futuras madres y padres conozcan este trastorno, con el fin de identificar los factores de riesgo, para detectarlo precozmente y evitar sus consecuencias como son el suicidio y el infanticidio. Abordar este trastorno en el programa de preparación al nacimiento está justificado porque en muchos casos la madre no tiene antecedentes de patología psiquiátrica, por lo que la psicosis acontece de manera inesperada.

Por otro lado, en relación a la diada madre-hijo queda constatada la importancia de no separarlos, ya que aumenta significativamente la recuperación (Missonnier, 2012). La propuesta es mantenerlos unidos siempre que la estructura familiar o sanitaria lo permita.

6 Bibliografía

1. Ibone Olza - Psiquiatra infantil y perinatal, madre y activista. (2018, December 13). Ibone Olza; I.O. <http://iboneolza.org>
2. Matos, E. R. (2020). Psicología del postparto.
3. Nos mueve tu salud. (n.d.). Clínic Barcelona. Retrieved January 18, 2023, from <https://www.clinicbarcelona.org/>
4. Psicosis Posparto. (2019, April 9). Psicosis Posparto. <http://psicosisposparto.org>

Capítulo 3

INVESTIGACIÓN EN LA DIABETES GESTACIONAL Y SUS CUIDADOS POR ENFERMERÍA

ELENA SÁNCHEZ GOMEZ

LAURA DIAZ MUÑOZ

LAURA MEGIA VILALTA

CONCEPCIÓN TORIJANO NEVADO

MARÍA VICENTA MARTÍNEZ MONTEAGUDO

1 Introducción

La diabetes gestacional es una forma de diabetes que se desarrolla durante el embarazo. La mayoría de las mujeres embarazadas tienen niveles normales de azúcar en la sangre, pero algunas tienen niveles más altos de lo normal. Esto se debe a que el cuerpo de la mujer está produciendo más hormonas durante el embarazo, lo que puede afectar la forma en que el cuerpo utiliza la insulina.

Si no se controla adecuadamente, la diabetes gestacional puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, como la hipertensión arterial, el parto prematuro y el aumento de peso excesivo del bebé. Además, las mujeres con diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en el futuro.

Los síntomas de la diabetes gestacional suelen ser leves o incluso ausentes, por lo que la mayoría de las veces se detecta durante un examen de rutina durante el embarazo. Los médicos suelen hacer pruebas de azúcar en la sangre para detectar la diabetes gestacional durante el segundo trimestre del embarazo.

El tratamiento de la diabetes gestacional incluye cambios en la dieta y el estilo de vida, así como la medicación con insulina si es necesaria. Es importante que las mujeres con diabetes gestacional controlen adecuadamente sus niveles de azúcar en la sangre durante el embarazo para evitar complicaciones. Después del parto, muchas mujeres vuelven a tener niveles normales de azúcar en la sangre, pero tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en el futuro y deben hacerse pruebas periódicas para detectar la enfermedad.

2 Objetivos

Dar a conocer la diabetes en pacientes en estado de gestación la conocida como diabetes gestacional por el profesional de enfermería, así como sus cuidados y requerimientos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha efectuado 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 trabajo de enfermería en el cuidado de la diabetes gestacional incluye ayudar a las mujeres a controlar sus niveles de azúcar en la sangre ya prevenir complicaciones durante el embarazo. Esto puede incluir asesorar sobre cambios en la dieta y el estilo de vida, administrar medicamentos, como la insulina, y monitorear los niveles de azúcar en la sangre y la presión arterial.

Además, el profesional de enfermería puede proporcionar apoyo emocional y educación sobre la diabetes gestacional y cómo manejarla de manera efectiva. También pueden trabajar con otros miembros del equipo de atención médica,

como médicos y dietistas, para asegurar que las mujeres con diabetes gestacional reciban el tratamiento adecuado.

- Los cuidados de enfermería para las pacientes con diabetes gestacional pueden incluir:

Educación sobre la diabetes gestacional: es importante que las pacientes comprendan cómo controlar la diabetes gestacional durante el embarazo y cómo prevenir complicaciones. El profesional de enfermería puede proporcionar información sobre cambios en la dieta y el estilo de vida, así como sobre la medicación y la monitorización de los niveles de azúcar en la sangre.

Monitorización de los niveles de azúcar en la sangre: el profesional de enfermería puede ayudar a los pacientes a controlar sus niveles de azúcar en la sangre utilizando medidores de glucemia o tomando muestras de sangre en el laboratorio.

Administración de medicación: si el paciente necesita medicación para controlar su diabetes gestacional, el profesional de enfermería puede ayudar a administrarla de forma segura y efectiva.

Promoción de hábitos saludables: el profesional de enfermería puede ayudar a las pacientes a llevar un estilo de vida saludable durante el embarazo, como hacer ejercicio de forma regular y mantener un peso saludable.

Detección y tratamiento de problemas de salud: el profesional de enfermería debe estar atentas a cualquier problema de salud que pueda surgir durante el embarazo y trabajar de cerca con los médicos para brindar el tratamiento adecuado.

Es importante que el profesional de enfermería trabaje de cerca con los médicos y otros profesionales de la salud para proporcionar un cuidado integral y efectivo a los pacientes con diabetes gestacional.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a la conclusión, y en opinión después de realizar este estudio, se puede decir que el trabajo de enfermería en el cuidado de la patología de la diabetes gestacional es esencial y primordial para asegurar que las mujeres que están en estado de embarazo sepan manejar y que controlen adecuadamente sus niveles de azúcar en la sangre y que así consigan y eviten complicaciones durante el embarazo. Además, el profesional de enfermería desempeña un papel importante en la educación y el apoyo emocional de las mujeres con diabetes gestacional y en la coordinación del cuidado con otros profesionales de la salud.

6 Bibliografía

1. Medina-Pérez EA, Sánchez-Reyes A, Hernández-Peredo AR, Martínez-López MA, Jiménez-Flores CN, Serrano-Ortiz I et al . Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. Med. interna Méx. [revista en la Internet]. 2017 Feb [citado 2023 Ene 25] ; 33(1): 91-98. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100091&lng=es.
2. Pérez Madrazo Karelia, Díaz Marín Daniel, Lorenzo Velásquez Berta M, Castillo López Rosalina. Teoría y cuidados de enfermería. Una articulación para la seguridad de la gestante diabética. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2012 Sep [citado 2023 Ene 25] ; 28(3): 243-452. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000300008&lng=es.
3. Fernández Pombo Carmen Neri, Luna Cano María Reyes, Lorenzo Carpena Marta, Allegue Magaz Elena, Beceiro Dopico Laura. Importancia de la detección de factores de riesgo para diabetes mellitus gestacional. Index Enferm [Internet]. 2016 Jun [citado 2023 Ene 25] ; 25(1-2): 18-21. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100005&lng=es.

Capítulo 4

ANÁLISIS DEL USO DE RECURSOS SANITARIOS POR PARTE DE POBLACIÓN EXTRANJERA DE ORIGEN MARROQUÍ EN VALENCIA

ANA CRISTINA AÑOVER SERRANO

MARÍA DOLORES COLLADO ZAFRA

MARÍA DOLORES DENIA MARTOS

FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ TELLEZ

LILIANA PATRICIA MONTAÑO HERRERA

1 Introducción

La inmigración actual puede considerarse un fenómeno provocado por factores económicos, sociales y políticos, como la falta de libertad en algunos regímenes poco democráticos. La inmigración se caracteriza por ser una respuesta a una demanda de mano de obra inmigrante por parte de los países receptores. Esta, mejora las perspectivas de las personas que migran y, por lo general, los países de origen también se benefician de ella gracias a las remesas de dinero que sus diásporas envían a casa. Puede afirmarse que lo más probable es que los países receptores de inmigrantes terminen adaptándose a la integración actual, pero

también es cierto que a corto plazo el principal problema planteado por una inmigración económica masiva, como la experimentada actualmente por España y EEUU, es la forma en que los inmigrantes consiguen entrar en el país (legal o ilegal).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social no solo consiste en la ausencia de enfermedad. Alcanzar el mayor nivel de salud posible es y debe ser el objetivo de la sanidad. Para ello se deben tener en cuenta los condicionantes de la salud, es decir, la edad, el sexo, el entorno o medio ambiente, la renta de cada familia, el trabajo, la vivienda, la cultura y la religión, entre otros.

El diagnóstico de salud consiste en hacer un estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad mediante el análisis de los problemas y las necesidades de dicha comunidad, así como los factores que influyen de manera positiva y negativamente sobre el nivel de salud. Los diagnósticos de salud son importantes porque son el punto de partida para poder diseñar las acciones que permitirán enfrentar los problemas y las necesidades que se detecten.

El concepto de salud es relativo y multidimensional, cuando se habla de salud se debe tener en cuenta los elementos culturales y sociales. La Organización Mundial de la Salud define los determinantes de salud como el conjunto de los factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Existe un vínculo establecido entre la pobreza y el bajo nivel de salud, como son, los que están socialmente excluidos, desempleados, refugiados, inmigrantes pobres y los sin hogar, claramente presentan unos resultados de salud peores que la población general.

Los determinantes de salud de los inmigrantes se derivan de la falta de acceso a un trabajo normalizado, de su situación irregular de residencia, de la dificultad de acceso a los servicios sanitarios en muchos casos sustentados por la falta de información y de los problemas de comunicación relacionados con el idioma y las diferencias culturales.

Algunos de los problemas con la relación del profesional sanitario es la dificultad de entenderse por la diferencia del idioma, por lo que el profesional tiene que recurrir a primar la comunicación no verbal y a la exploración física. Otro de los problemas importantes son las diferencias culturales y religiosas entre la población inmigrantes, ya que el concepto de salud y enfermedad es diferente en las distintas culturas. Del mismo modo, se debe tener en cuenta a la hora de prescribir una dieta o algunos fármacos, el tipo de alimentación en su país y las creencias religiosas, por ejemplo, en el caso de los musulmanes es importante saber si están en el período del ramadán e intentar dar medicaciones de dosis

única para que se la puedan tomar por la noche.

Los inmigrantes en general son personas sanas y fuertes, pero pueden desarrollar una enfermedad a lo largo del tiempo. Llegan a un medio desconocido y tienen sus propios miedos e inseguridades. Las dificultades idiomáticas para el inmigrante también le suponen un problema, y muchas veces acuden a las consultas utilizando a sus hijos como traductores, ya que generalmente son los niños quienes aprenden más rápidamente el idioma.

El profesional sanitario de atención primaria ha de desarrollar ciertas habilidades para resolver estos problemas y ser competente culturalmente para poder atender al paciente inmigrante desde atención primaria.

2 Objetivos

Determinar si existe dificultad de acceso en mujeres de 25-60 años musulmanas a los servicios de promoción y prevención de atención primaria.

3 Metodología

Es un estudio transversal, descriptivo y analítico, ya que se describe la situación actual sobre la promoción y prevención de la salud en la población marroquí de Valencia. El instrumento para realizar el estudio ha sido una encuesta-entrevista validada modificada, en relación con los objetivos del estudio; basada en los objetivos y consta de 5 grupos de variables que son los datos sociodemográficos, situación clínica actual, datos epidemiológicos, estilos de vida, y la actitud hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Se realizó un muestreo previo para comprobar el entendimiento de las variables de la encuesta, fuimos apoyados por los responsables de la asociación que colaboraron en cada momento. La encuesta se tradujo al árabe para facilitar la comunicación en algunos encuestados

Para realizar el proyecto se toma un tamaño muestral de 100 mujeres, entre 25-50 años musulmanas, de origen árabe, español u otra nacionalidad, empadronadas en el municipio de Valencia y asociadas al Centro Cultural Islámico de Valencia en Orriols.

Criterios de selección: ser inmigrante araba/musulmana de género femenino con edades comprendidas 25-60 años.

Se han realizado búsquedas de información en las bases de datos Scielo, artículos de periódicos digitales como eldiario.es, y lasprovincias.es, además de sacar

información de la página web de la asociación del Centro Cultural Islámico de Valencia (CCIV).

En primer lugar, se realizó la recogida de datos para su posterior análisis y descripción de la situación de salud actual del sexo femenino en musulmanas de Valencia, sobre las variables en las que se encuentre las diferencias más significativas.

4 Resultados

La cultura influye en el concepto de salud, los cuidados, los tratamientos y el proceso de enfermedad. Las creencias culturales de cada persona influyen e impiden que las personas busquen o valoren la educación sanitaria. Esas diferencias culturales hacen que la persona inmigrante perciba la atención sanitaria de su país de manera diferente a la del nuevo país y pueden dificultar la adaptación de las personas al nuevo sistema. Uno de los aspectos que se ve afectado en mayor medida es el planteamiento de actividades de educación para la salud, en las cuales se tienen que incorporar conceptos de autorresponsabilidad, autonomía, elección y además necesitan un grado de motivación para ese autocuidado.

Tras el análisis de las encuestas se obtienen los siguientes resultados.

El lugar de procedencia indica que el 52% de las encuestadas es de Argelia y el 33% de Marruecos y más del 50% son amas de casa frente a menos del 20% que son estudiantes.

El 81% de las encuestadas viven en pareja y se encuentra en situación de desempleo.

El 76% refiere no padecer ninguna enfermedad y del porcentaje restante que si la padece, el 10% es de tipo inmunológico frente al 7 y 6 % que son enfermedades endocrinas y respiratorias.

La mayoría refiere a través de la encuesta, tener unas condiciones óptimas de vivienda y tener cerca espacio abiertos como jardines, farmacias, colegios, guarderías e institutos, centro de salud, comunicación para movilidad por la ciudad y lugares de ocio.

En cuanto a cuestiones de promoción y prevención de la salud la mayoría tiene solicitada la tarjeta sanitaria y sabe donde debe acudir en caso de necesidad médica, sin embargo, solo el 19% indica acudir o solicitar prestaciones en el centro de salud. Aunque el 94% de mujeres refiere tener el calendario vacunal completo.

El 93% de las encuestadas refiere tener y realizar diariamente una buena higiene general, el 57% afirma tener una buena alimentación, a pesar de las acotaciones por su cultura y el 52% asegura realizar ejercicio físico rutinariamente.

5 Discusión-Conclusión

Según los resultados obtenidos podemos concluir:

1. No existe dificultad de acceso en mujeres musulmanes de distintas edades a los servicios de promoción y prevención en el barrio de Orriols, sin embargo no acuden a ellos.
2. La mayoría afirma tener tarjeta sanitaria y saber qué centro le corresponde, aun así, son muy pocas las que solicitan las prestaciones por problemas de comunicación, religión y cultura.
3. Los hábitos de vida son bastante irregulares.
 - La mayoría no sigue una rutina de ejercicio físico, ni una alimentación adecuada ni descansa lo suficiente.
 - Una minoría dice ser activa sexualmente manteniendo relaciones sexuales frecuentemente.
 - Alrededor de la mitad de las encuestadas sabe cuál es su estado de salud y una pequeña parte de ellas afirma tener alguna enfermedad de tipo circulatorio, óseo, endocrino, inmunológico, respiratorio y digestivo.
 - La gran totalidad refiere tener una actitud positiva hacia la vida.
4. Concretamos que tienen información sobre las actividades de prevención y promoción de la salud, aunque muy pocas se benefician de ellas.
5. Se afirma que la mayoría conoce el calendario vacunal y reconocen haber sido vacunadas de gripe, hepatitis y tétanos.
6. Se puede asegurar que la gran mayoría de mujeres musulmanas encuestadas tienen puestas las vacunas correspondientes del calendario vacunal vigente.

6 Bibliografía

1. Definición de inmigración — Definicion.de [Internet]. Definición.de. [citado 29 Abril 2017]. Disponible en: <http://definicion.de/inmigracion/>.
2. Sandell R. Inmigración: diferencias a nivel mundial [Internet]. Biblioteca.rivei. 2007 [citado 10 Noviembre 2016]. Disponible en: <http://biblioteca.ribei.org/1174/1/ARI-47-2007-E.pdf>.
3. Pérez-Díaz V, Álvarez-Miranda B, Chuliá E. La inmigración musulmana en Europa [Internet]. 2004 [citado 22 Abril 2017]. Disponible en: http://file:///C:/Users/Usuario/Downloads/20754_Perez-et-al_Inmigracion.pdf.
4. Miranda M. La inmigración en Valencia: llegada y partida [Internet]. 2011 [citado 16 Diciembre 2016]. Disponible en:

<http://file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DialnetLaInmigracionEnValencia-4220525.pdf>.

Capítulo 5

INVESTIGACIÓN Y EXPOSICIÓN EN ANOREXIA Y BULIMIA. COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA

LAURA MEGIA VILALTA

LAURA DIAZ MUÑOZ

ELENA SÁNCHEZ GOMEZ

CONCEPCIÓN TORIJANO NEVADO

MARÍA VICENTA MARTÍNEZ MONTEAGUDO

1 Introducción

La anorexia y la bulimia son trastornos alimentarios graves y con una incidencia bastante alta en la sociedad y población adolescente hoy en día, que afectan a muchas personas en todo el mundo. Como enfermeras, nuestra función es proporcionar atención y apoyo a las personas que padecen estos trastornos, así como trabajar en estrecha colaboración con el equipo de atención médica para proporcionar un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de estos pacientes.

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario en el que una persona se ve a sí misma como "gorda" a pesar de estar en un estado de malnutrición grave. Esto lleva a una obsesión con controlar el peso y una abstinencia del alimento, lo que puede tener graves consecuencias para la salud. A menudo, las personas con anorexia también tienen trastornos de la alimentación como la bulimia nerviosa.

La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario en el que una persona experimenta episodios recurrentes de comer en exceso (conocido como atracones) seguidos de un comportamiento compensatorio, como el vómito autoinducido, el uso de laxantes o la realización de ejercicios excesivos. La bulimia también puede tener graves consecuencias para la salud, incluyendo daño en los dientes y en las encías, problemas gastrointestinales y trastornos del ritmo cardíaco.

2 Objetivos

Exponer la importancia del trabajo que se realiza en las consultas o en la asistencia a los enfermos que sufren y soportan la enfermedad de la Anorexia o Bulimia desde el lugar de la enfermería.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente 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

La anorexia y la bulimia son trastornos alimentarios que afectan tanto a hombres como a mujeres. La anorexia se caracteriza por la obsesión por perder peso, la aversión a la comida y el miedo a engordar. La bulimia, por otro lado, se caracteriza por episodios de atracones de comida seguidos de acciones compensatorias como el vómito autoinducido o el uso excesivo de laxantes.

La enfermería tiene un papel importante en el tratamiento y el cuidado de las personas con anorexia y bulimia. Los enfermeros trabajan en equipo con otros profesionales de la salud, como médicos, psicólogos y nutricionistas, para brindar un enfoque integral al tratamiento.

Una de las principales funciones de los enfermeros en el tratamiento de la anorexia y la bulimia es la monitorización de las condiciones médicas de los pacientes. Los enfermeros realizan exámenes físicos regulares para evaluar el estado de salud de los pacientes y detectar cualquier problema de salud relacionado

con la anorexia o la bulimia. También pueden administrar medicamentos, como antidepresivos, para tratar los síntomas del trastorno alimentario.

Los enfermeros también juegan un papel importante en la educación de los pacientes y sus familiares sobre la enfermedad y los tratamientos disponibles. Esto incluye informar sobre la importancia de una dieta saludable y equilibrada, así como sobre las actividades físicas adecuadas. Los enfermeros también pueden ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades para lidiar con el estrés y la ansiedad relacionadas con la enfermedad.

Además, los enfermeros también pueden ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades para comer de manera saludable. Esto incluye enseñar a los pacientes cómo planificar y preparar comidas saludables, así como cómo controlar las porciones. Los enfermeros también pueden trabajar con los pacientes para desarrollar un plan de seguimiento para mantener un peso saludable una vez que se ha alcanzado.

5 Discusión-Conclusión

Cabe destacar la importante labor de los enfermeros y que se llega a la conclusión y a la opinión del gran papel que cumplen dentro de su trabajo, en el tratamiento de la anorexia y la bulimia y el apoyo emocional. Los enfermeros proporcionan un ambiente seguro y confidencial para que los pacientes hablen sobre sus sentimientos y preocupaciones. Esto ayuda a los pacientes a disponer de un ambiente más cómodo y de confianza a la hora de poder expresar sus necesidades, miedos e inseguridades, entre otras muchas premisas que tiene estos enfermos, como la de un establecimiento en cuanto a horarios y normas al respecto de la alimentación y las comidas.

6 Bibliografía

1. Pineda-García Gisela, Gómez-Peresmitré Gilda, Velasco Ariza Virginia, Platas Acevedo Silvia, Áramburo Vizcarra Vicente. Riesgo de anorexia y bulimia en función de la ansiedad y la edad de la pubertad en universitarios de Baja California-México. Rev. Mex. de trastor. aliment [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 2023 Ene 13] ; 5(2): 80-90. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232014000200002&lng=es.
2. Morales Alberto, Ramírez Walter, Ureña María Elena, Sevilla Vargas Angela, Umaña Pamela, Chaves Viquez Rocío. Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes.

Acta pediátr. Costarricense [Internet]. enero de 2002 [citado el 13 de enero de 2023]; 16(3): 93-108. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00902002000300002&lng=en.

Capítulo 6

INVESTIGACIÓN Y MANEJO POR PARTE DE ENFERMERÍA EN LA CRISIS DE HIPERTENSIÓN

CONCEPCIÓN TORIJANO NEVADO

LAURA DIAZ MUÑOZ

ELENA SÁNCHEZ GOMEZ

LAURA MEGIA VILALTA

MARÍA VICENTA MARTÍNEZ MONTEAGUDO

1 Introducción

La crisis hipertensiva es un episodio agudo de presión arterial alta, que puede ser peligroso para la salud. Puede causar daño en los órganos, como el cerebro, el corazón, los riñones y los ojos. Las consecuencias más graves pueden incluir derrame cerebral, infarto de miocardio, insuficiencia renal y daño en la retina. Es importante controlar la presión arterial de manera regular y tratar cualquier episodio de crisis hipertensiva de inmediato con la atención médica apropiada. Al suceder, las crisis hipertensivas se evidencia una excesiva cantidad de diferentes síntomas, como son la nicturia, cefaleas, fotosensibilidad, náuseas, vómitos y otras alteraciones visuales, esto logra llevar a establecer unas complicaciones crónicas (1) .

Las adversidades de la crisis hipertensiva logra dar a la afección o lesión de los órganos diana, incurriendo en complicaciones como la insuficiencia renal, neuropatía, arteriopatía periférica, o retinopatía (2) . Otras complicaciones de la hipertensión logran conllevar al suceso de problemáticas cardiovasculares o neurológicos (1) .

El manejo y tratamiento de una crisis hipertensiva depende de la gravedad de los síntomas y de las condiciones de salud subyacentes. En general, el objetivo es bajar la presión arterial de manera rápida pero controlada para prevenir complicaciones graves.

2 Objetivos

Dar a conocer en qué consiste la crisis hipertensiva, así como la actuación en su manejo por parte del profesional enfermero.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones de enfermería en el manejo de una crisis hipertensiva incluyen: Valoración inicial. La enfermera debe medir la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria del paciente, así como realizar una exploración física para detectar cualquier signo de daño en los órganos.

Administración de medicamentos. La enfermera debe administrar los medicamentos prescritos por el médico para bajar la presión arterial, siguiendo las instrucciones y las precauciones necesarias.

Monitoreo constante. La enfermera debe monitorear la presión arterial del paciente cada poco tiempo y registrar los resultados en la historia clínica.

Educación al paciente. La enfermera debe brindar información al paciente sobre cómo controlar la presión arterial, cómo seguir una dieta saludable y cómo reducir el estrés.

Coordinación con el equipo médico. La enfermera debe trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico para garantizar que el paciente reciba el tratamiento y el seguimiento adecuado.

Observación de los efectos secundarios. La enfermera debe estar atenta a los efectos secundarios de los medicamentos y notificar al médico de inmediato si se presentan problemas.

Evaluación y seguimiento. La enfermera debe evaluar el estado del paciente y realizar un seguimiento para asegurar que la presión arterial se mantenga dentro de los niveles normales y que no se presenten complicaciones.

El tratamiento puede incluir:

Medicamentos antihipertensivos orales o intravenosos para bajar la presión arterial.

Hospitalización para monitoreo constante y tratamiento apropiado.

Cambios en el estilo de vida, como una dieta baja en sodio, ejercicio regular y reducción del estrés, para controlar la presión arterial de manera a largo plazo.

En casos graves, el tratamiento puede incluir un tratamiento para reducir el volumen del líquido corporal, mediante diuréticos o inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

Si tiene otras afecciones médicas, como diabetes o enfermedad cardíaca, es posible que necesite tratamientos adicionales para controlar esas condiciones.

5 Discusión-Conclusión

Cabe destacar y se llega a la conclusión en este estudio e investigación de la importancia y lo esencial de estar en continua actualización por parte del personal enfermero y por los trabajadores de la salud en la cuestión citada de crisis hipertensiva, ya que es importante recordar que el evitar estas situaciones dependerá en gran medida de la prevención y el tratamiento temprano, puesto que son clave para evitar complicaciones graves en una crisis hipertensiva. Por ello es importante mantener controlada la presión arterial y realizar los cambios necesarios en el estilo de vida y ayudar a los pacientes a conseguirlo para evitar una crisis hipertensiva.

6 Bibliografía

1. Albadalejo C, Sobrino J, Vázquez S. Crisis hipertensivas: seudocrisis, urgencias y emergencias. Hipertens Riesgo Vasc [Revista en Internet]. 2014 [Acceso el 15

de enero de 2016]; 31(4): 132-142. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262226887_Crisis_hipertensivas_seudocrisis_urgencias_y_emergencias.

2. Gordo S, Micheloud D, Palazuelos V, Gargallo E. Hipertensión arterial en Urgencias. Manejo clínico y terapéutico. *Medicine*. 2011; 10(90): 6096-102.

3. Caldevilla Bernardo David, Martínez Pérez Josefa, Artigao Rodenas Luis Miguel, Divisón Garrote Juan Antonio, Carbayo Herencia Julio Antonio, Massó Orozco Javier. Crisis Hipertensivas. *Rev Clin Med Fam [Internet]*. 2008 Oct [citado 2023 Ene 13] ; 2(5): 236-243. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300007&lng=es.

4. Álvarez Miranda Liduvina, Pozo Madera Esperanza, Valle Hernández María, Peinado Moreno Maritza. Control del paciente hipertenso: Influencia del personal de enfermería. Área de salud "Pedro Borrás". *Rev Cubana Enfermer [Internet]*. 2000 Abr [citado 2023 Ene 13] ; 16(1): 56-61. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192000000100010&lng=es.

Capítulo 7

ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

SILVIA BRAVO MARTIN

ALICIA PINEDA ALORS

IRENE RODRÍGUEZ ROSA

NEREA DÍAZ ANGULO

ISMAEL MENA MUÑOZ

1 Introducción

El traumatismo craneoencefálico (TCE) puede definirse como la lesión en la cabeza con la presencia de al menos uno de los siguientes elementos: alteración de la conciencia y/o amnesia debido al trauma; cambios neurológicos o neurofisiológicos, diagnóstico de fractura de cráneo o lesiones intracraneales atribuibles al trauma; ocurrencia de muerte resultante de un trauma que incluya lesión cerebral traumática entre las causas que produjeron la muerte.

El TCE constituye la primera causa de muerte en individuos menores de 45 años y la tercera causa en todos los rangos de edad. Los accidentes de tráfico son la etiología más frecuente de TCE seguida de las caídas.

Valoración del TCE.

El método del ABCDE en la valoración es de vital importancia en el TCE para evitar las causas más importantes de lesión secundaria.

A: vía aérea acompañada del control de la columna cervical y protegiendo una conveniente ventilación.

B: ventilación y oxigenación eficaz.

C: circulación más el control de las hemorragias presentes.

D: valoración neurológica.

E: exposición, acompañado de control ambiental, evitando de este modo la hipotermia.

Si se parte de un escenario extrahospitalario, es muy importante valorar las circunstancias en las que se encuentra al paciente y tratar de entender como ha sido el traumatismo.

La valoración inicial en un paciente con TCE no solo permite ver la gravedad del paciente de cara a la resucitación inicial, sino también establecer como de urgente es su traslado. Un paciente con un TCE grave va a requerir cuidados avanzados en un hospital por lo que no se deberá demorar el traslado.

Clasificación del TCE.

2 Objetivos

- Exponer en qué consiste la valoración neurológica del paciente con TCE.
- Describir los cuidados de enfermería y control de la posición del paciente con TCE.

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

Valoración neurológica del paciente con TCE.

El objetivo es evaluar las repercusiones que el traumatismo tenga sobre el nivel de conciencia, el alcance de la lesión y prevenir la lesión cerebral secundaria, con la correspondiente valoración neurológica.

En el paciente que ha sufrido un TCE, la valoración neurológica debe ser exhaustiva.

Primero, realizaremos una valoración del nivel de consciencia mediante la Escala de Coma de Glasgow, aceptada internacionalmente por tener carácter predictivo y pronóstico. En caso de puntuación igual o por debajo de 8 se debe realizar Intubación orotraqueal (IOT) no solo por el riesgo de obstrucción de la vía aérea, sino para poder optimizar el manejo ventilatorio del paciente intentando prevenir la hipercapnia.

- Una puntuación de GCS inferior a 9 sugiere un TCE grave.
- Una puntuación de GCS entre 9 y 12 sugiere un TCE moderado.
- Una puntuación de GCS entre 13 y 15 sugiere un TCE leve.

El paciente traumático es un paciente dinámico, su estado puede variar de forma brusca durante la atención. Por ello se hace imprescindible reevaluar a la víctima de forma constante. Uno de los aspectos más importantes a revalorar en estos pacientes, será el nivel de conciencia, los cambios en el estado neurológico pueden alertar sobre posibles lesiones que se agraven o que hayan pasado desapercibidas. La puntuación en la GCS no solo sirve para una valoración inicial y pronóstico sino también para el seguimiento y evolución del paciente con TCE. Debe medirse frecuentemente, siempre que se haga alguna medida de resucitación respiratoria o circulatoria y antes de administrar sedación.

En caso de asimetrías motoras se anotará siempre la mejor respuesta.

Cuidados de enfermería y control de la posición del paciente.

La posición del paciente puede repercutir de forma grave en la evolución del edema cerebral y la elevación de la PIC. Deberá mantenerse al paciente:

- Con el cabecero elevado unos 30° (siempre que se hayan descartado lesiones en la columna) si no emplear posición anti-trendelemburg.
- Con la cabeza alineada con el cuello y en posición neutra, evitando la rotación y la hiperflexión/hiperextensión.
- Evitar elementos que presionen el cuello para evitar la compresión de las venas yugulares.
- Habrá que tener especial cuidado de no apretar la sujeción del tubo endotraqueal.
- Espaciar los cuidados de enfermería y minimizar al máximo aquellos que requieran cambios de posición.
- Evitar valsalva en lo posible (aumenta la PIC).

Los objetivos principales de los cuidados a un paciente tras un TCE grave en urgencias son:

- Mantener al paciente bien oxigenado con una PaO₂

>60 mmHg, y una saturación de O₂>95%.

- Mantener una TAS>110 (TAS>100 en grupo de edad determinado), no hacer reanimación hipotensiva.
- Control neurológico continuo vigilando GCS y examen pupilar.
- Prevenir y detectar precozmente complicaciones.
- Vigilar signos de elevación de la PIC, en caso de HTIC tratamiento precoz.
- Hacer una prueba de imagen (TAC de elección) lo antes posible, valorar también posibles lesiones cervicales.

5 Discusión-Conclusión

El paciente con TCE es un paciente potencialmente grave cuyo estado puede agravarse en poco tiempo.

La valoración inicial debe ir focalizada a valorar la gravedad del cuadro y la necesidad de traslado urgente. Los cuidados extrahospitalarios en un caso grave deben centrarse en estabilizar al paciente para el traslado.

La coexistencia del TCE con otras lesiones pueden agravar mucho el estado del paciente y poner en peligro su perfusión cerebral por lo que hay que buscar y tratar otras lesiones para evitar hipovolemia y problemas relacionados con la ventilación.

Todos los pacientes politraumatizados son dinámicos pero en aquellos que han sufrido un TCE pueden producirse grandes cambios en su estado en cuestión de segundos por lo que es imprescindible reevaluar frecuentemente al paciente.

6 Bibliografía

1. Carney N, et al. Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury. Neurosurgery [Internet]. 4 ed. 2016 septiembre. [acceso el 02 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://braintrauma.org/uploads/03/12/Guidelines_for_Management_of_Severe_TBI_4th_Edition.pdf.
2. Thompson K1, Pohlmann-Eden B, Campbell LA, Abel H. Pharmacological treatments for preventing epilepsy following traumatic head injury. CNS Drugs. 2016 Aug;30(8):677-88.

Capítulo 8

ENFERMERÍA EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA Y EL CÓDIGO SEPSIS

SILVIA BRAVO MARTIN

ALICIA PINEDA ALORS

IRENE RODRÍGUEZ ROSA

NEREA DÍAZ ANGULO

ISMAEL MENA MUÑOZ

1 Introducción

La sepsis es un síndrome complejo, difícil de diagnosticar y tratar, inducido por un proceso infeccioso que da lugar a una respuesta desequilibrada del organismo que produce fallo agudo de otros órganos que no necesariamente están relacionados con la infección original.

Puede evolucionar a shock o fallo multiorgánico provocando la muerte en un número importante de casos.

La sepsis es en la actualidad una de las patologías más prevalentes en nuestro medio. Supone un importante problema sanitario por su frecuencia, así como por su elevada morbilidad y mortalidad. Es una de las principales causas de muerte en el mundo desarrollado y conlleva también un alto coste sanitario.

La sepsis es una urgencia tiempo-dependiente. Los estudios muestran que un 80% de los pacientes sobreviven si se les aplica el tratamiento durante la primera hora.

A partir de la cuarta hora, la estadística dice que la probabilidad de curación es menor al 50%, y a partir de las doce horas la esperanza de supervivencia tan solo alcanza un 15-20% de probabilidad.

Es por ello por lo que en la urgencia extrahospitalaria, la identificación precoz del cuadro y la activación del CÓDIGO SEPSIS adquieren una gran importancia ya que de estas actuaciones dependerá el pronóstico y la supervivencia del paciente

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir y analizar la importancia del Código Sepsis como código tiempodependiente y el papel de enfermería en el desarrollo del mismo, en base a la evidencia disponible.

Objetivos secundarios:

- Exponer los criterios de sospecha de sepsis.
- Determinar la actuación de enfermería a nivel extrahospitalario.

3 Metodología

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

Revisión de protocolos y recomendaciones vigentes en los servicios de urgencias respecto a la actuación ante la sospecha de un código sepsis.

4 Resultados

En el ámbito extrahospitalario (Centros de Salud, puntos de atención continuada y servicio de Urgencias extrahospitalaria) se recomienda el despistaje de sepsis ante la posibilidad de infección, utilizando para ello la escala de cribado quick-SOFA.

Dicha escala es la adaptación del SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assesment) que valora la disfunción orgánica y es pronóstica de mortalidad.

Puede ser empleada para la identificación del paciente grave con sepsis.

No requiere pruebas complementarias por lo que es útil para la valoración de la urgencia en el ámbito extrahospitalario y como primera valoración. qSOFA:

1. Alteración del nivel de conciencia: Escala de Glasgow $\leq$ 13 puntos
2. TA sistólica $\leq$ 100 mmHg
3. Frecuencia Respiratoria $\geq$ 22 rpm

Cuando al menos 2 de los 3 criterios estén presentes y exista sospecha de posible infección, se activará el Código Sepsis.

Si se sospecha, debe comenzarse con la resucitación inicial y trasladar lo antes posible al paciente a un centro útil.

La detección de un paciente con sepsis implica atención en menos de una hora.

Si el tiempo de traslado va a ser mayor de una hora se deberá considerar el inicio de tratamiento antibiótico.

Los criterios q-SOFA, tienen un carácter pronóstico y pueden ser también una herramienta útil para priorizar los cuidados:

-Activación:

La sospecha de Sepsis es criterio para activar el Código. La presencia de una disfunción orgánica en el contexto de una infección es indicativo de una posible sepsis. Cuando al menos 2 de los 3 criterios están presentes y exista sospecha de posible infección se activará el Código Sepsis. La sospecha clínica de sepsis independiente del qSOFA es también criterio para activar el Código.

-Actuación:

- Soporte vital: -Oxigenoterapia para mantener una Sat O₂ $>$ 93%
- Canalizar vía periférica de calibre grueso e iniciar 500 ml SSF 0,9% en 20 minutos.
- Comunicar al Centro Gestor de Emergencias las condiciones previsibles de traslado (UVI-móvil, ambulancia medicalizada, ambulancia soporte vital básico...). Esta decisión se tomará en función de las necesidades de cuidados que se estimen para el traslado.
- Canalizar una segunda vía y administrar 1000 ml SSF 0,9% en 1 hora.
- Valorar la extracción de hemocultivos e inicio de tratamiento antibiótico si el tiempo de traslado va a ser mayor de una hora. Esta acción no debe demorar el traslado al centro hospitalario.
- Registro en historia clínica digital para asegurar la continuidad de los cuidados

5 Discusión-Conclusión

La sepsis debe ser atendida con la urgencia de otras enfermedades tiempodependientes cuya atención precoz tiene un importante descenso de la mortalidad.

Existe en la actualidad suficiente evidencia científica para afirmar que la activación precoz del Código Sepsis, mejora de manera significativa la supervivencia del paciente.

El aspecto principal de mejora se encuentra en su identificación precoz.

El papel de la enfermera en la atención extrahospitalaria al paciente séptico es fundamental para la identificación del cuadro, así como para la estabilización, vigilancia y control del paciente en la primera hora de atención, lo cual repercute positivamente reduciendo los daños y secuelas producidas por una hipoperfusión mantenida de los órganos diana como causa del fallo multiorgánico.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://www.medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Plan+Salud+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2014-2020+Profesionales/Estrategias+y+Programas/Atencion+urgencias/Codigos+activacion.htm

Capítulo 9

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

SILVIA BRAVO MARTIN

ALICIA PINEDA ALORS

IRENE RODRÍGUEZ ROSA

NEREA DÍAZ ANGULO

ISMAEL MENA MUÑOZ

1 Introducción

La cardioversión eléctrica es un procedimiento utilizado en el tratamiento de arritmias cardíacas rápidas. Consiste en aplicar una breve descarga eléctrica de forma controlada con la finalidad de restablecer el ritmo sinusal del corazón.

Esta técnica a pesar de segura no está exenta de riesgo de complicaciones de ahí la importancia del conocimiento por parte de enfermería de dicho procedimiento.

Teniendo en cuenta el modo de aplicar la descarga podemos distinguir:

- La descarga interna o intracardiaca: esta técnica se realiza directamente sobre el corazón a través de un DAI, durante una cirugía cardíaca o con un estudio electrofisiológico.
- La descarga externa o transtorácica: el tratamiento eléctrico se aplica a través de la pared torácica mediante las palas o electrodos adheridos al pecho. Esta es la técnica más utilizada en la actualidad.

Las indicaciones de este procedimiento son:

- De forma urgente: taquicardia supraventricular con mala tolerancia por parte del paciente, deterioro hemodinámico por taquicardia ventricular con pulso y fibrilación auricular rápida e irregular que desestabiliza hemodinámicamente al paciente.
 - De forma programada: en flutter auricular y en fibrilación auricular.
- La técnica debe realizarse en un entorno hospitalario con equipo multidisciplinario entrenado y con recursos materiales y humanos adecuados para reaccionar ante posibles complicaciones.

2 Objetivos

- Dar a conocer el procedimiento de cardioversión eléctrica para poder participar en él de forma segura, eficaz y eficiente.
- Describir los diversos cuidados de enfermería previos, intra-técnica y postprocedimiento.

3 Metodología

En la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación mediante revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente sobre el tema. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y revistas científicas. Palabras claves: cardioversión eléctrica, cuidados enfermeros , cardioversión urgente, tratamiento arritmias.

4 Resultados

La cardioversión es una descarga eléctrica controlada mediante un aparato que analiza el electrocardiograma del paciente identificando la onda Q del complejo QRS para administrar una dosis controlada de forma sincronizada con la onda R (es decir en sístole).No debe confundirse con la desfibrilación ya que en esta no hay una sincronización . Esta breve ,pero intensa, descarga pretende interrumpir la actividad eléctrica para que las células retomen un ritmo adecuado que previamente estaba perdido.

Esta técnica se puede realizar de forma programada ambulatoria en pacientes hemodinámicamente estables o de forma urgentes en arritmias rápidas con desestabilización hemodinámica. En el caso de los pacientes programados, deben

llegar al procedimiento anticoagulados correctamente, durante al menos tres semanas antes de la técnica, debido al riesgo que existe de accidente cerebro vascular. Posteriormente la anticoagulación se mantendrá cuatro semanas más.

La eficacia del procedimiento oscila entre el 67-94% debido a factores tanto individuales como limitaciones de la propia técnica. Para contribuir al éxito de la técnica es importante tener en cuenta: la posición de los electrodos (anterolateral/anteroposterior), tamaño óptimo de los electrodos (de ocho a doce centímetros) , utilizar electrodos adhesivos , desfibriladores externos bifásicos con una potencia inicial de 120 a 150 J (para la primera descarga si nos encontramos ante una fibrilación auricular, aumentando de forma progresiva si la primera descarga es fallida) . Influirá en los resultados las características propias del paciente como su imperancia transtorácica (resistencia a la corriente del tórax), estado general del paciente y tiempo que lleva instaurada la arritmia previamente al tratamiento (en paciente con menos de un año hay un 90% de posibilidades de éxito frente al 50% si lleva instaurada más de cinco años).

Cuidados de enfermería previos al tratamiento:

En esta situación es importante que la enfermera transmita tranquilidad, le proporcione un ambiente adecuado para que el paciente exprese sus miedos, inseguridades ya que su colaboración también es importante.

La enfermera deberá realizar una entrevista en la recogerá datos como: alergias medicamentosas, confirmación de que el paciente o familiares han comprendido el procedimiento que se le va a realizar, tiene una analítica con INR (la técnica conlleva un riesgo tromboembólico por lo que es importante saber si el paciente está anticoagulado) , tiempo de anticoagulación (si estuviera tomando tratamiento farmacológico para ello), toma de constantes, realización de ECG previo, conocer cuando ha realizado la última ingesta. Se canaliza vía periférica, se pesa (para ajustar dosis de medicación) y se retiran dispositivos eléctricos , maquillaje, objetos metálicos,...

Se prepara el carro de paradas, sistema de aspiración, instrumental para intubación, material de oxigenoterapia,... por si hubiera cualquier complicación al realizarse la técnica.

No olvidemos que estamos ante un paciente inestable al que le vamos a realizar un procedimiento no exentos de riesgos.

Durante la técnica la enfermera:

Colocará al paciente en decúbito supino (desnudo de cintura para arriba) explicará que va ser sedado y la sensación que puede tener, comprobará la permeabilidad de la vía periférica , monitorizará al paciente con el desfibrilador eligiendo la derivación en la que mejor amplitud tenga la onda R asegurando

que el desfibrilador pueda sincronizarse con dicha onda, toma de constantes, administración de medicación según orden médica e hiperoxigenación antes de la descarga. La descarga puede repetirse hasta en tres ocasiones (separada entre sí en dos tres minutos) pero dicha decisión es tomada por la cardióloga. Comprobación tras cada una de ellas ECG y constantes.

Tras la técnica:

La enfermera realizará valoración de constantes, vigilancia de consciencia tras sedación, realizará ECG y proporcionará al paciente y o familia información de cuidados post-tratamiento. Esto muy importante ya que el paciente suele albergar dudas y miedos por los resultados del tratamiento. Se entregará al alta unas recomendaciones como son la: no conducir en unas horas post-técnica, seguir las recomendaciones del cardiólogo/a en cuanto medidas higiénico dietéticas, importancia de toma de medicación, y se le facilitará una cita con cardiología.

5 Discusión-Conclusión

La enfermería es una parte importante en el proceso de atención del paciente ante una cardioversión eléctrica, siendo parte activa tanto previamente, durante el proceso y post-tratamiento es por ello que debe conocer este procedimiento. Los cuidados de enfermería son de vital importancia y contribuyen a que este tratamiento sea seguro, eficaz y eficiente.

Dentro del equipo multidisciplinar que lleva a cabo esta técnica, tanto en la urgencia como de forma programada, la enfermera es parte fundamental para lograr los objetivos de la misma.

La buena praxis enfermera contribuye no solo a los aspectos puramente técnicos sino a la tranquilidad , confortabilidad y buena colaboración del paciente.

6 Bibliografía

1. Almendral J, Castellanos E y Ortiz M. Taquicardias paroxísticas supraventriculares y síndromes de preexcitación. Rev Esp Cardiol. 2012.
2. Adgey AA y Walhs SJ. Theory and practice of defibrillation.
3. Ambler JJ, Sado DM, Zideman DA, Deakin CD. The incidence and severity of cutaneous burns following external DC cardioversión.

Capítulo 10

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO

REBECA SALINAS GONZÁLEZ

NEREA JUÁREZ MUÑOZ

MARIA MERCEDES QUINTANAR OLIVARES

NURIA GALLEGO DEL RÍO

GONZALO CUESTA NARES

1 Introducción

Un tubo torácico es un sistema que se coloca para drenar aire, sangre o líquidos de la cavidad pleural. Además de usarse para drenaje, también se puede usar para administrar medicamentos. Las condiciones que se pueden tratar con drenaje torácico son:

Neumotórax: puede ser causado por muchas cosas diferentes, como un traumatismo pulmonar o una cirugía. Esto ocurre cuando el aire de los pulmones atraviesa la pleura visceral hacia la cavidad pleural, provocando un cambio en la presión intrapleural de negativa a positiva, lo que reduce el efecto de succión que ejerce la cavidad pleural sobre el tejido pulmonar. Cuando esto sucede, el pulmón puede colapsarse total o parcialmente. En un motor abierto, el aire exterior entra por el tórax y la pleura. Neumotórax por compresión: más grave que el neumotórax. Ocurre cuando hay una fuga de aire hacia la cavidad pleural, lo que provoca retención de aire, aumenta el volumen de aire y crea una desalineación

del mediastino, el mediastino y el corazón debido a la presión generada, comprimiendo otras estructuras y migrando hacia el espacio pleural, el área no afectada. La desviación puede ser tan grave que incluso una parte del pulmón libre colapsa y comprime el corazón, limitando el movimiento del corazón y poniendo en peligro la vida del paciente.

- Hemotórax: En el hemotórax se acumula sangre en la cavidad pleural, y en el hemotórax se acumula aire y sangre. Ambos tienen el mismo resultado de aumento de la presión intrapleural y atelectasia parcial o completa.

Neumonectomía - lobectomía: extirpación de parte o la totalidad del parénquima pulmonar. En la neumonectomía se recomienda el uso de un tubo de drenaje para eliminar el exceso de líquido en el postoperatorio.

La doble función del sistema de drenaje es vaciar la cavidad torácica y mantener una presión constante en el espacio de drenaje, evitando el desplazamiento del mediastino.

2 Objetivos

Establecer la atención de Enfermería al paciente con drenaje torácico y sus funciones ante tal dolencia en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas como:

Medline, Pubmed y Cuiden, así como en el buscador Google Académico. Para la búsqueda, se han utilizado palabras clave como: enfermería, drenaje torácico, cuidados, atención de enfermería, neumotórax, sistema de drenaje.

Para la búsqueda, se utilizaron diferentes criterios de inclusión, dentro de los que se encuentran:

- Publicaciones a texto completo.
- Publicaciones de acceso gratuito.
- Publicaciones en inglés y español.
- Publicaciones previamente revisadas.

De los numerosos resultados obtenidos, finalmente se llevan a revisión ocho por su gran contenido, relevancia de publicación y por ajustarse al objetivo propuesto para esta revisión bibliográfica.

4 Resultados

Para brindar atención al paciente por parte de enfermería adecuada con una dolencia de cateterismo torácico, enfermera debe:

1. Evaluación del paciente:

Evaluar regularmente los signos vitales, como la presión arterial, la temperatura, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. Vigila el color de la piel y las mucosas.

Estar atento a signos de sudoración o reducción del flujo sanguíneo. Cuidado con las náuseas. también a la ansiedad y la inquietud. Evaluar síntomas como dolor de pecho, fiebre, dificultad para respirar y espasmos musculares.

2. Cuidado diario:

- Higiene del paciente: Al igual que en el caso de los encamados, se realiza entre enfermeros, auxiliares y cuidadores especializados. Hay que tener especial cuidado de no desconectar o pellizcar los tubos. Cambiar el vendaje todos los días. Para ello, hay que usar guantes estériles y lavar muy bien el área de inserción con solución salina y antiséptica. También debe usarse para verificar si hay hinchazón, edema, secreción o grietas. La herida quirúrgica debe cubrirse con un apósito quirúrgico. Verifique el nivel de la habitación todos los días. Si necesita volver a llenar la cámara de succión, cierre la pajilla, vuelva a llenar la pajilla y luego ábrala nuevamente.

Mida y registre la cantidad de líquido que se vierte diariamente en el sistema de drenaje. Registre la historia del paciente sobre la cantidad y el patrón de las secreciones, la presencia o ausencia de burbujas de aire y el cambio.

Consuma una dieta alta en fibra, aumente la ingesta de líquidos y use laxantes para prevenir el estreñimiento y mantener la función intestinal. - Elevar al paciente sobre la silla lo antes posible para mantener la movilidad y evitar posibles complicaciones.

No bloquee el tubo mientras transfiere al paciente a otra ruta. El bloqueo del drenaje se limita a: Reemplazar el limitador de fugas de gas. Considere retirar el tubo torácico (si hay un neumotórax)

Compruebe si la manguera está doblada o todavía apretada.

☑ Si el tubo se sale del sitio de inserción, cubra inmediatamente el sitio de inserción con vaselina. Mantenga siempre el tubo de conexión libre de líquido para evitar la pérdida de potencia de succión.

Revise los drenajes en busca de coágulos de sangre e intente eliminarlos. Si se necesita una muestra del líquido expulsado, debe obtenerse lo más cerca posible del drenaje torácico adjunto. No ingrese a la sala de recolección. Asegúrese de

que el exudado esté en posición vertical y descienda por el tórax del paciente controlando la vibración de la almohadilla de agua. No hay líquido en la cámara de recolección y no hay vibraciones que indiquen bloqueo. Compruebe la cantidad de extracto. Si el sangrado supera los 150 ml por hora, consulte a un médico. Se debe recomendar a los pacientes que realicen ejercicios de fisioterapia respiratoria adecuados para evitar complicaciones adicionales. - Obtenga un historial completo de su tubo torácico, incluido el color, la forma y el volumen de descarga del tubo. Evaluar el dolor del paciente y prescribir analgésicos si es necesario.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que el drenaje torácico es un sistema comúnmente utilizado en entornos de atención médica. Este sistema se puede insertar en casos como neumotórax, neumotórax a presión, hemotórax y lobectomía. Los cuidados de enfermería a los pacientes con drenajes torácicos no solo deben programarse, sino adaptarse a las necesidades de cada paciente.

Es fundamental que las enfermeras estén adecuadamente formadas en este sentido y cualificadas para prestar la atención adecuada. A su vez, el enfermero debe reconocer los riesgos potenciales del uso de este sistema, saber identificarlos de inmediato y tomar las medidas necesarias para evitar el agravamiento de las complicaciones.

6 Bibliografía

1. López, J. M. G., Ortolá, C. F., Simarro, J. V. C., Bernia, A. S., & Martín, D. P. (2010). Drenajes torácicos: conceptos y cuidados de enfermería. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, (90), 16-24.
2. Avilés Serrano, M., García Díaz, M., Jiménez García, E., Latorre Marco, A., Martínez Álvarez, A., Pellús Pardines, A., & Ramos Vázquez, R. (2007). Drenaje torácico. *Rev. Rol enferm*, 442-448.
3. Vaz Rodríguez, J. A., & Díaz Estrella, A. (2016). Cuidados enfermeros al paciente portador de drenaje torácico. *Metas enferm*, 71-76.
4. Sánchez, A. C., Sánchez, A. G., Fenoll, J. M. G., Irigoyen, M. J. H., & Martinez, L. T. (2021). Drenajes Torácicos: cuidados de Enfermería. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, (130), 78-80.

Capítulo 11

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN REANIMACIÓN HACIA EL NO NACIDO O NONATO

REBECA SALINAS GONZÁLEZ

NEREA JUÁREZ MUÑOZ

MARIA MERCEDES QUINTANAR OLIVARES

NURIA GALLEGO DEL RÍO

GONZALO CUESTA NARES

1 Introducción

La reanimación intrauterina es sencilla de efectuar y puede dar como resultado una mejoría significativa en la condición del nonato internamente del útero materno.

La reversión tanto de la hipoxia, así como de la acidosis fetal consiente que el trabajo de parto pueda continuar de una manera segura o al menos lograr optimizar el bienestar fetal hasta el instante en que se pueda llevar a término una extracción fetal urgente.

En el suceso en que no se corrigiese, podría dar como resultado una descompensación fetal que conduciría de modo irremisible a una lesión hipóxica.

El suministro de oxígeno al nonato depende directamente del abastecimiento de oxígeno uterino (hemoglobina materna, saturación del oxígeno y presión de percusión), de la circulación desde el útero a placenta (actividad uterina y tamaño

de los depósitos placentarios), de la transferencia del oxígeno al nonato (compresión de cordón o prolapso de cordón) y de la circulación fetal (exponencial concentración de hemoglobina fetal, gasto cardíaco embrionario altamente dependiente de la frecuencia cardíaca fetal) por lo que cualquier modificación o alteración en esta cadena podría asumir consecuencias fatales.

Sufrimiento fetal es un término esgrimido para describir nuestra preocupación con relación a la traza del registro cardiotocográfico. Es por ello que los profesionales enfermeros deberíamos de manejar en su lugar el término "sospecha de compromiso fetal" por ser su interpretación tan subjetiva y variable.

2 Objetivos

- Conocer los pasos a seguir y la gestión conveniente ante la sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- Conocer las consecuencias de la gestión e intervención inconveniente antes situaciones de este calibre.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de libros y se ha realizado la consulta de diversos artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, realizando una selección de artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La administración y aporte de oxígeno a alto flujo mediante y a través de una mascarilla incrementará la saturación de oxígeno materno y la presión parcial de oxígeno, dando como resultado un aumento de la oxigenación fetal. Sin embargo, esto solo se encomienda en embarazadas con un nivel reducido de saturación de oxígeno, por ejemplo ante un paro cardíaco materno o una hipovolemia secundaria debida a un desprendimiento de placenta, ya que la administración y aportación rutinaria de oxígeno puede ser inclusive perjudicial en consecuencia a la vasoconstricción del lecho placentario secundario a un acrecentamiento de la tensión de oxígeno especialmente en un nonato con crecimiento intrauterino restringido.

Por otro lado, la infusión intravenosa rápida de un litro de suero (a menos que posea una contraindicación como logra ser una preeclampsia) incluso si la mujer no está hipovolémica mejorará el retorno venoso y el gasto cardíaco y, por lo tanto, el flujo sanguíneo uterino. Asimismo, la infusión de líquidos igualmente ayuda a diluir la oxitocina en sucesos de hiperestimulación uterina.

Un cambio en la posición materna, por ejemplo, en decúbito lateral izquierdo, puede así lograr aliviar la compresión aorta-cava y con ello el originado gasto cardíaco. Por otro lado, en el suceso de infusión oxitócica, habría que llevar a cabo una interrupción de esta y considerar la administración de tocolíticos en el suceso de que haya seguridad de hiperestimulación. Esto mejorará la perfusión útero-placentaria y sujetará la compresión del cordón mediante de la relajación uterina.

De modo análogo, si se administran prostaglandina para estimular el trabajo de parto, se deben eliminar de inmediato y se deben disponer tocolíticos si no hay mejoría adicional en el trazo del registro.

En el supuesto que se ocasione una hipotensión materna secundaria a un colapso materno, podría considerarse el manejo de vasopresores para así, restaurar el gasto cardíaco y la tensión arterial materna.

La combinación de varias de estas intervenciones podría ser de mayor beneficio. Por último, señalar la importancia de la reevaluación continua del RCTG, sobre todo ulterior de cada intervención, con el fin de objetivar una mejoría.

5 Discusión-Conclusión

Es importante y significativo que todo el personal de paritorio esté entrenado y conozca estas sencillas maniobras como parte del manejo conveniente ante una sospecha de pérdida de bienestar fetal, con el fin de dar una solución rápida a la incidencia.

Las consecuencias de una mala gestión e intervención podrían traducirse en un empeoramiento del estrés hipóxico intraparto, lo que podría dar como resultado una encefalopatía hipóxico-isquémica e incluso muerte perinatal.

La hiperestimulación uterina, que suele ser una causa corregible de pérdida de bienestar fetal, se traduce en muchas ocasiones en intervenciones quirúrgicas innecesarias de supuestas anomalías en el trazado del registro cardiotocográfico.

6 Bibliografía

1. National Institute for Health and Clinical Excellence (2014) Intrapartum Care

CG190. london: RCOG Press.

2. Tram, TS, kulier, R, Hofmeyr, GJ. (2012) Acute tocolysis for uterine tachysystole os suspected fetal distress. Cochrane Database of Systematic Reviews 4.

3. Thurlow, JA, SM (2002) Intrauterine resuscitation: active management of fetal distress. international Journal of Obstetric Anaesthesia 11, 105-116.

4. Domínguez Dieppa Fernando. Actualización en reanimación neonatal. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2016 Sep [citado 2022 Sep 14] ; 88(3): 388-

394. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000300012&lng=es)

[75312016000300012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000300012&lng=es).

5. Montesinos-Ramírez Claudia, Pinacho-Velázquez José Luis, Torres-Lira Silvia F, Robledo-Galván Alicia Elizabeth, Barrera-Martínez Pedro Iván, QuirozMendieta Eva Karina et al . Programa de reanimación neonatal: recomendaciones actuales. Rev. mex. pediatr. [revista en la Internet]. 2021 Oct [citado 2022 Sep 14]

; 88(5): 209-213. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522021000500209&lng=es.

Epub 08-Ago-2022. <https://doi.org/10.35366/103903>.

Capítulo 12

ESTUDIO E INVESTIGACIÓN EN CIRROSIS Y DEGENERACIÓN HEPÁTICA POR ENFERMERÍA

REBECA SALINAS GONZÁLEZ

NEREA JUÁREZ MUÑOZ

MARIA MERCEDES QUINTANAR OLIVARES

NURIA GALLEGO DEL RÍO

GONZALO CUESTA NARES

1 Introducción

Expondremos en el siguiente estudio en qué consiste exactamente la Cirrosis hepática, ya que consiste en una alteración y modificación en el tejido hepático, referenciada y definida por la formación anormal de bandas de tejido fibroso, lo cual cambia la estructuración y arquitectura normal, esto incurre en una fibrosis la cual es totalmente irreversible. Esto afecta a todo el buen funcionamiento hepático, llegando a menoscabar y degenerar exponencialmente la función hepática del hígado, ya que el tejido será considerado como un tejido cicatrizal reprimiendo su funcionamiento.

En cuanto a las situaciones de cirrosis y en referencia al enfermo nos podemos encontrar con cirrosis asintomáticas las cuales el paciente no sabe nada de su patología, ya que esta no dio la cara, hallándose esta enfermedad crónica en alguna

prueba o casualmente en algún examen esta se consideraría como una cirrosis compensada.

Otra situación en la cual ya existirían patologías y enfermedades subyacentes y que, por lo tanto, el paciente afectado, aquí sí que tendría y manifestaría una sintomatología y esta estaría denominada como una cirrosis descompensada. Suele ser debida a los abusos en el alcohol, pacientes afectados de Hepatitis C o inclusive que ostenten demasiada grasa visceral, entre muchas otras patologías o que nos podemos encontrar.

2 Objetivos

Exponer y dar a conocer como profesionales de enfermería de la sintomatología y tratamiento, así como el diagnóstico de la cirrosis hepática.

3 Metodología

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

Se ha efectuado 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

En cuanto a la sintomatología que suele manifestar un paciente afectado de cirrosis hepática nos encontramos con una gran debilidad, cansancio generalizado, mucha apatía, así como una pérdida de peso considerable debido a la anorexia que suelen ostentar estos pacientes, comienzan en la mayoría de los casos con una ictericia muy evidente, tanto ocular como dérmica. Si se le realizan los exámenes y pruebas analíticas se verá y probará que tiene alteraciones al respecto de la coagulación de la sangre y su vascularización, ya que suelen presentar abundantes arañas vasculares.

En lo referente al sistema digestivo y su afectación debido a la anorexia que presentan, se le conjunta con afectación de náuseas o inclusive vómitos, obstrucción biliar, entre otras.

Nos podemos encontrar ya con casos más graves en los cuales puede comenzar con una hinchazón mamaria, impotencia, y en estados avanzados llegar a desarrollar una hipertensión portal con incurrancia en varices esofágicas, debido a las dilataciones esofágicas.

En la entrevista y anamnesis del paciente se le investigará sobre sus hábitos alimenticios, si toma anabolizantes o esteroides, así como de la historia y antecedentes familiares referentes al caso que se está tratando, si ostenta abuso sobre drogas o alcohol.

La ecografía es el método de elección siguiente a la anamnesis, dado su bajo coste y su efectividad, ya que con él se logra efectuar un diagnóstico certero desde las etapas más tempranas de la patología. Cuando el paciente enfermo es diagnosticado, a continuación, se suele solicitar tomografía axial computarizada (TAC) del área abdominal para poder lograr y evaluar el alcance de las lesiones hepáticas, así como de los órganos secundarios que hayan conseguido verse afectados, como podría ser la vesícula biliar o esófago.

Una de las confirmaciones, ya establecido el diagnóstico, sería la de efectuar una biopsia hepática. Esta nos llevaría a la confirmación de la presencia de cirrosis, así como del posible agente causal.

5 Discusión-Conclusión

De la exposición y estudio en las etapas tempranas de la patología de cirrosis, enfermería deberá adoptar el papel de instruir al paciente enfermo en promoción y prevención de la salud, para mejorar su calidad de vida y que el paciente cirrótico muestre una disposición para mejorar su propia salud, de esta manera podemos evitar la progresión de la patología.

El paciente enfermo con cirrosis precisa gran cantidad de cuidados cuando estos demandan y requieren hospitalización.

A menudo nos encontramos con pacientes enfermos que además de precisar una dieta específica, precisan de administración de fármacos para los síntomas, que sean más graves. El papel de la enfermera consistirá en administración farmacología y soporte para las técnicas diagnóstica.

6 Bibliografía

1. Roesch-Dietlen, F., González-Santes, M., Sánchez-Maza, Y. J., Díaz-Roesch, F., Cano-Contreras, A. D., Amieva-Balmori, M., & Ortigoza-Gutiérrez, S. (2021). In87 fluencia de los factores socioeconómicos y culturales en la etiología de la cirrosis

hepática. Revista de Gastroenterología de México, 86 (1), 28-35.

Capítulo 13

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HERIDAS CRÓNICAS DIAGNOSTICADOS DE DIABETES MELLITUS

ANA BELEN QUINTANILLA HONRUBIA

1 Introducción

Uno de los ejes fundamentales para mantener la salud es la calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.” Por otra parte, existe otro concepto denominado calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) la cual se define por la OMS como: “un estado de completo bienestar físico, emocional y social y no solo como la ausencia de la enfermedad”. A raíz de estos conceptos, se puede asociar la salud física, el estado psicológico, el nivel de autonomía y las relaciones con el entorno en la percepción de la calidad de vida.

Actualmente hay cada vez más pacientes diagnosticados de enfermedades crónicas, una de ellas es la Diabetes Mellitus. En el mundo se estima que cerca de 537 millones de personas padecen Diabetes según la Federación Internacional de Diabetes (IDF). En España, alrededor de 6.000.000 miles de personas están diagnosticadas de Diabetes, cifra que aumenta año tras años situando a España como el segundo país con más incidencia de Europa. Por tanto, la Diabetes es considerada un problema de salud pública que debe ser atendido en todos los niveles

de atención y establecer pautas de actuación en promoción y prevención de esta enfermedad en todas sus etapas.

Una de las complicaciones más comunes de la Diabetes es la aparición de heridas y lesiones que tienden a cronificarse. Se define herida crónica como aquella cuyo proceso de cicatrización se alarga más allá de 6 semanas, provocando un problema de salud de larga y complicada evolución, creando un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes que lo sufren y en su entorno junto a un aumento del consumo de recursos sanitarios y económicos.

En la Carta de Ottawa (OMS) cita que “una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social. La Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva”. En la promoción de la salud, enfermería juega un papel muy importante, y es que, la educación para la salud debe ser un requisito fundamental para conseguir que la población alcance su mayor grado de salud y autonomía. La enfermería debe influir en el paciente de forma positiva para potenciar su nivel de salud. La profesión enfermera incluye la participación de forma dinámica en la promoción, mantenimiento y recuperación del estado de salud de los pacientes mediante la continuidad de los cuidados.

Para valorar la calidad de vida existen diversos cuestionarios, en España el más utilizado es el Diabetic Foot Ulcer Scale-Short Form (DFS-SF), se trata de un cuestionario de tipo observacional que consta de 29 ítems divididos en seis subapartados: ocio, salud física, emociones negativas, preocupaciones por las úlceras, molestias por el cuidado de las úlceras y dependencia en su vida diaria.

2 Objetivos

Los objetivos se van a dividir en dos tipos: generales y objetivos específicos.

Objetivo general

Los objetivos se van a dividir en dos tipos: generales y objetivos específicos.

Objetivo general

- Conocer los tratamientos empleados por enfermería en las curas de heridas crónicas en pacientes con diabetes mellitus y su efectividad.
- Conocer cómo afecta el tratamiento en la calidad de vida del paciente.

Objetivos específicos

- Valorar cuáles son las actividades de promoción de la salud más eficaces para garantizar una correcta calidad de vida a los pacientes con heridas crónicas y diabetes.

- Definir cuáles son las variables que afectan en mayor grado a la calidad de vida de los pacientes.

3 Metodología

Para la realización de este artículo se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Scielo, Dialnet y en el buscador Google Académico. Se buscaron artículos que hicieran referencia estudios observacionales que midieran la calidad de vida de forma cuantitativa y cualitativa en pacientes que tuvieran diabetes mellitus, pacientes que tuvieran heridas crónicas y aquellos pacientes que tuvieran ambas afectaciones. No se tuvo en cuenta el tipo de cuestionario realizado en los estudios consultados.

Las palabras clave que se utilizaron fueron: calidad de vida, diabetes mellitus, heridas crónicas.

El criterio de selección de artículos fue el siguiente:

Criterios de inclusión:

- Artículos con menos de 5 años de antigüedad.
- Artículos completos y gratuitos.
- Artículos en castellano, inglés y portugués.
- Artículos que trataran la calidad de vida de forma cuantitativa y cualitativa en pacientes que cumplen los requisitos de análisis de este artículo.

Criterios de exclusión:

- Artículos con más de cinco años de antigüedad.
- Artículos incompletos.
- Artículos que no cumplieran con la temática

4 Resultados

Se seleccionaron trece artículos que cumplieran con los criterios de inclusión para el artículo. Según la presente revisión bibliográfica, en el artículo de Samaniego-Ruiz y Palomar-Llatas (2020), los principales factores que afectan al sistema inmune retardando el tiempo de cicatrización de las heridas crónicas y afectando a la calidad de vida diaria del paciente son: el aislamiento, la depresión, la baja condición económica y la ansiedad. Estos factores tienen un efecto adverso sobre la cicatrización y la curación de las lesiones, además de incrementar la morbilidad y mortalidad. Por otra parte, los autores citan que los pacientes no son conscientes de la causa de sus lesiones y adoptan una actitud de conformismo y abandono frente a las labores de autocuidado fomentada por una deficiente

educación para la salud. Los autores solicitan que los profesionales sanitarios fomenten un rol más activo para fomentar la confianza entre el paciente y el profesional y con ello se mejoren las actitudes negativas del paciente hacia su tratamiento y las posibilidades de éxito de este.

Gálvez Galán et al (2021), consideran que la CVRS debe ser un elemento a tener en cuenta en las implementaciones de prestaciones y asignación de recursos y remarca la falta de estudios relacionados con la CVRS en pacientes diabéticos. En su estudio, citan que las mujeres tienen peor CVRS que los hombres pese a tener mayor esperanza de vida. Este dato puede estar ligado a una baja satisfacción con el tratamiento, peor adaptación a las actividades de la vida diaria (AVD) y mayor carga física y mental durante la enfermedad. Otros factores que afectan negativamente a la CVRS son: los años de evolución de la enfermedad o las complicaciones asociadas a esta. Entre las comorbilidades que más afectan a este tipo de pacientes son: la hipertensión, dislipidemia u obesidad y las úlceras por presión. Como conclusión, los autores citan que las mujeres mayores de 75 años son las que peor grado de CVRS perciben siendo las principales causas de su malestar la edad, los años de evolución de la diabetes, la presencia de complicaciones, tanto agudas como crónicas, el régimen farmacológico recetado que lo perciben como complejo y un mal control de la glucemia.

Figueredo Villa et al. (2020), en su estudio descriptivo sobre la calidad de vida en pacientes diabéticos, llegan a conclusiones semejantes a Gálvez Galan et al. Las mujeres entre edades de 50-79 años son las que perciben un nivel inferior de calidad de vida siendo la principal causa de estos bajos niveles la HTA, la artritis y problemas en la visión. Las dimensiones más afectadas fueron las limitaciones en el desarrollo de las actividades diarias, la falta de descanso y los problemas económicos junto con los problemas del paciente para mantener su salud.

Luque Calcina y Villanueva Aguirre (2020), en su tesis doctoral sobre el autocuidado y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 citan que el nivel de autocuidado obtenido en 2020 (48,6%) dista del obtenido en anteriores estudios (41,67%) y lo asocian a la falta de educación para la salud en cuanto a la alimentación, cuidado de los pies y de la piel. Los pacientes encuestados demostraban desconocimiento y falta de consciencia con respecto a los autocuidados que deben realizarse. Además, esta tesis aporta el dato relacionado con la actividad física, la cual es deficiente en este tipo de pacientes. Demuestra que los pacientes encuestados son mayoritariamente sedentarios y abandonan sus cuidados básicos. Las autoras llegan a la conclusión de que hay una estrecha relación entre las variables (alimentación, actividad física, autocuidado de la piel y las uñas) y la calidad de vida. A mayor nivel de autocuidado, mayor nivel de calidad de vida

percibida. Para ello, el personal sanitario debe llevar un estrecho control de estos pacientes y fomentar su autocuidado.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que las personas con Diabetes tipo 2 perciben que los ámbitos más afectados de su calidad de vida son la salud, el rol físico y sus funciones físicas, se llega a la conclusión de que en las actividades de atención a este tipo de pacientes deben ir enfocadas a una mejora del mantenimiento integral de su salud. Por otra parte, se hace indispensable que se amplíe el número de estudios relacionados con la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas para contribuir a la mejora de sus condiciones de salud y percepción de su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Investigación, R. S. (2021, diciembre 22). Heridas crónicas. Artículo monográfico. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/heridas-cronicas-articulo-monografico/>.
2. Badia Llach, X. (2004). Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterología y hepatología*, 27(Supl.3), 2–6. <https://doi.org/10.1157/13058924>.
3. Ruiz, M. J. S., & Llatas, F. P. (2020). Calidad de vida de pacientes con heridas crónicas en Atención Primaria. *Enfermería dermatológica*, 14(41), 38–42. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7895565>.
4. Gálvez Galán, I., Cáceres León, M. C., Guerrero-Martín, J., López Jurado, C. F., & Durán-Gómez, N. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus en una zona básica de salud. *Enfermería clínica*, 31(5), 313–322. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.03.001>.
5. de Enfermería, E. P. (s/f). FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. Edu.pe. Recuperado el 2 de febrero de 2023, de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60103/Luque_CGC-Villanueva_AJM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
6. Figueredo Villa, K., Gafas González, C., Pérez Rodríguez, M., Brossard Peña, E., García Ríos, C. A., & Valdiviezo Maygua, M. A. (2020). Dimensiones de calidad de vida afectadas en pacientes diabéticos. *Revista cubana de enfermería*, 36(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000100003.
7. (S/f). Gerokomos.com. Recuperado el 2 de febrero de 2023, de <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/21-3-2010-131-helcos.pdf>.

8. Vista de Calidad de vida de pacientes con diabetes tipo 2 en Colombia. Revisión sistemática y metaanálisis acumulativo. (s/f). Edu.co. Recuperado el 2 de febrero de 2023, de <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4733/3067>.
9. Alberto, M. R., María Teresa, A. O., & María Soledad, R. de A. N. (2010). Predictores de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Clinica y salud*, 21(1), 35–47. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n1a4>
10. Lemus, N., Parrado, R., & Quintana, G. (2014). Calidad de vida en el sistema de salud. *Revista Colombiana de Reumatología*, 21(1), 1–3. [https://doi.org/10.1016/s0121-8123\(14\)70140-9](https://doi.org/10.1016/s0121-8123(14)70140-9).
11. Murillo Salamanca, A. M., & Alvarado García, A. M. (2020). Cuidado para el bienestar de personas con diabetes tipo 2 con heridas en miembros inferiores según la teoría de Kristen Swanson. *Gerokomos*, 31(3), 173–179. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2020000300009>.
12. Reyes Jarquín, K., Tolentino-Flores, F., Guzmán-Saldaña, R., Bosques-Brugada, L. E., Romero-Palencia, A., Lerma-Talamantes, A., Solano-Solano, G., & González-Celis, A. L. (2019). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICSa*, 8(15), 1–6. <https://doi.org/10.29057/icsa.v8i15.4823>.
13. Almaguer, D. J., Méndez, P. R. C., Fonseca, R. S. S., Almaguer, D. J., & Ramírez, G. H. (2019). Percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. *Medimay*, 26(1), 54–62. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88506>.
14. Rojas, G., Solís Pazmiño, P., Gaona, R., Mollocana, F., Espín, I., & Nunes, A. (2021). CALIDAD DE VIDA EN UN GRUPO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: UN ESTUDIO TRANSVERSAL. *Revista Medica Vozandes*, 32(1), 13–22. <https://doi.org/10.48018/rmv.v32.i1.7>.
15. WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué calidad de vida? *Foro mundial de la salud 1996*; 17(4): 385–387. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>.

Capítulo 14

EL CONTACTO PIEL CON PIEL, LACTANCIA MATERNA Y EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

JAVIER PARRILLA TAPIA

MARIA ESTER CABEZUELO RODRÍGUEZ

MARÍA JOSÉ BLANCO LUENGO

IRINA YOLANDA GARCÍA-MORENO GARCÍA

LAURA ESPINOSA JUSTO

1 Introducción

Es indiscutible que el tipo de parto no es una disposición materna, la mujer puede diseñar o querer un plan de parto, pero el desarrollo de este mismo será el que determinará el resultado final.

Son claras las diferencias existentes desde el plano físico para la mujer entre un parto eutócico normal, un parto instrumental y una cesárea. Pero no siempre quedan muy claras las diferencias en el plano emocional y más específicamente en relación con el establecimiento de la lactancia materna.

Todos los elementos deben tenerse en alta consideración a partir de la influencia en la movilidad de la púrpura según la tipología del parto lo que establecerá que pueda acoger una u otra postura para poder amamantar, hasta la adaptación

emocional al ver terminar su parto en cesárea y desmontar de algún modo su plan de parto.

Los condicionantes primordiales a tener en cuenta son:

- Decisión de la madre sobre lactancia materna informada y respetada.
- Uso de los tratamientos farmacológicos durante el parto.
- Tipo de parto: si eutócico, instrumental o cesárea.
- Contacto Piel con Piel Precoz.
- Mínima manipulación del recién nacido.
- Pinzamiento tardío del cordón umbilical.
- Beneficiar el agarre espontáneo.

Durante un parto eutócico sin existencia de complicaciones es sencillo garantizar que todo lo descrito se origine, tan solo convendría contar con la formación y la actualización de los profesionales en Lactancia Materna y en los Partos de Baja Intervención para abordar el desarrollo del puerperio inmediato del modo más natural posible y poder permitir que tanto la madre como el hijo ostenten sus instintos más primarios que los trasladarán a instruir una lactancia materna sin requerimiento de ninguna ayuda exterior.

2 Objetivos

Describir e indicar la esencial función del equipo de enfermería respecto al contacto piel con piel y la lactancia materna.

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 actividad enfermera durante y tras el parto se resume en:

- Facilitar un ambiente cercano y adecuado en el paritorio, cuidando el nivel de ruido, la luminosidad y la temperatura.

- Realizar un Contacto Piel con Piel lo más Inmediato posible, tras el nacimiento poniendo al recién nacido sobre el abdomen de la madre y así permitiendo que él bebe repte hasta el pecho de la madre, dejando que surja por sí solo el reflejo de búsqueda y tras él aparecerá un agarre espontáneo. ” Si se le deja en decúbito prono en contacto de piel con piel entre los pechos desnudos de su madre, el recién nacido permanece un rato inmóvil y, poco a poco, va a ir reptando hacia los pechos (mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores), toca el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda (masticación, succión de su puño, lengüetada), se encamina hacia la areola, que reconoce por su color oscuro y por su olor, y emprende a succionarla (Righard et al, 1990; Porter, 2004).
- Cubrir al recién nacido con una toalla seca y precedentemente precalentada para así preservar su temperatura.
- Pinzar el cordón umbilical siempre y cuando haya dejado de latir.
- No ejecutar intervenciones innecesarias o manipulaciones intrusivas al recién nacido como la inserción de sondas.
- Ejecutar la valoración del recién nacido mientras persiste sobre el pecho de su madre sin interrumpir el contacto piel con piel.
- Retrasar la administración de la profilaxis como vitamina K, la pomada oftálmica, vacunación, etc.

“Un bebé que llora pero se tranquiliza al contacto con su madre, que estornuda intentando expulsar secreciones, que permanece alerta y se mueve, que recupera el tono poco a poco es un bebé que no necesita nada más que a su madre.”

Esta reflexión de una compañera matrona plasma a la perfección una apreciación de un recién nacido sano en el que se ha ejecutado las intervenciones según la secuencia descrita.

La experiencia avalada por los estudios demuestra que si no se interrumpe este contacto piel con piel a más del 92 % de los recién nacidos durante los primeros 70 minutos tras su nacimiento y permitimos el agarre espontáneo la iniciación de la lactancia materna es más eficaz y las siguientes tomas de alimento se desarrollarán con más facilidad lo que además beneficia la fijación del proceso de lactancia materna.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo referido precedentemente se llega a la conclusión y cabe destacar la importancia de la instauración de la lactancia materna siempre dependiendo de la situación clínica de la madre ya que condiciona el contacto piel con piel

inmediato, así como su colaboración, además de la situación clínica del recién nacido ya que puede precisar reanimación, y aunque muestre un Apgar adecuado no debemos olvidar que ha sido sometido a un estrés adicional lo que puede modificar su reacción inmediata. Sin embargo, esto puede ser una razón más para ambicionar la piel con piel rápidamente por los beneficios que pueden aportar al recién nacido.

En estos casos intentaremos un Contacto Piel con Piel Precoz, es aquel que se emprende dentro de la primera media hora de vida, no olvidaremos que lo trascendental es que se cause esta unión madre / hijo, indistintamente de en qué momento se inicie.” Nuestro objetivo es lograr el Contacto Piel con Piel no cumplir los tiempos”.

6 Bibliografía

1. <https://www.quenoosseparen.info/articulos/documentacion/documentos/pielpieltermino.pdf>.
2. <https://mtmdeluisabengolea.blogspot.com/2014/05/cuidados-inmediatos-delrecien-nacido.html>.
3. Edith Ortiz-Félix Rosario, Cárdenas-Villarreal Velia Margarita, Flores-Peña Yolanda. Modelo de rol materno en la alimentación del lactante: Teoría del rango medio. Index Enferm [Internet]. 2016 Sep [citado 2022 Mayo 26] ; 25(3): 166-170. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200009&lng=es.
4. León Alayo Melba Lourdes, Huertas-Angulo Flor. Cuidados de enfermería que fortalecen la lactancia materna en neonatos de un hospital. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2021 Jun [citado 2022 Mayo 26] ; 37(2): e3559. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000200002&lng=es. Epub 01-Jun-2021.
5. Cerda Muñoz Lucila. Lactancia materna y gestión del cuidado. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2011 Dic [citado 2022 Mayo 26] ; 27(4): 327-336. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400010&lng=es.

Capítulo 15

ENFERMERÍA EN EL APOYO DE LA ELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

JAVIER PARRILLA TAPIA

MARIA ESTER CABEZUELO RODRÍGUEZ

MARÍA JOSÉ BLANCO LUENGO

IRINA YOLANDA GARCÍA-MORENO GARCÍA

LAURA ESPINOSA JUSTO

1 Introducción

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

Los métodos anticonceptivos pueden ser encomendados por un amplio grupo de profesionales sanitarios, entre los que destacan el médico 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.

Para ofertar un consejo anticonceptivo óptimo, es muy necesario que los profesionales sanitarios tengan habilidades comunicativas, que escuchen al paciente y sean capaces de transmitir la información de forma adecuada, teniendo en cuenta

las necesidades y preferencias del usuario y siempre respetando la decisión final de la mujer y/o pareja.

Antes de prescribir o recomendar cualquier método anticonceptivo es forzoso y necesario 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 médicos 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 adecuado y correcto para el usuario.

2 Objetivos

Exponer por parte del profesional enfermero, cuáles son los pasos a seguir para la mejor elección y apoyo al usuario del adecuado método de anticoncepción

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

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 condicionantes 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 condicionantes 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 enfermedad 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 correcto 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 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 adecuada, 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 condicionantes de riesgo para las enfermedades 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 necesarios 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 detectar 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 necesario 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]. 2010 Oct [citado 2022 Mayo 26] ; 3(3): 206-216. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000300009&lng=es.
2. Pérez Madrazo Karelía, 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 [Internet]. 2016 Jun [citado 2022 Mayo 26] ; 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 16

TRATAMIENTO E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ICTERICIA DEL RECIÉN NACIDO

JAVIER PARRILLA TAPIA

MARIA ESTER CABEZUELO RODRÍGUEZ

MARÍA JOSÉ BLANCO LUENGO

IRINA YOLANDA GARCÍA-MORENO GARCÍA

LAURA ESPINOSA JUSTO

1 Introducción

La ictericia neonatal o neonatal es una coloración amarillenta de la piel y las membranas mucosas de los recién nacidos debido a niveles de bilirrubina en la sangre consistentemente más altos de lo normal.

Esta elevación puede deberse o no a causas fisiológicas, y en función de su evolución se aplican diferentes tratamientos. Con el tiempo, tanto los diagnósticos como las actualizaciones sobre temas y tratamientos han evolucionado y mejorado.

La ictericia en los bebés es un problema común y existen buenas razones para aprender más sobre este tema. La placenta libera bilirrubina del cuerpo del bebé cuando está creciendo bien dentro del útero de la madre. La placenta es un órgano obligatorio responsable de nutrir al bebé y crece a lo largo del embarazo. Y cuando

nace el bebé, el hígado del bebé comienza a hacerse cargo de este trabajo. Todavía puede tomar algún tiempo para que el hígado del bebé se vuelva experto en hacer esto de manera efectiva. La atención hospitalaria de recién nacidos/lactantes con ictericia enfatiza el papel del personal de enfermería. Esto se debe a que el personal de enfermería es responsable de mantener la lactancia materna y por ende la conexión padre-bebé, masaje abdominal, fototerapia y administración de medicamentos recetados. Entre muchos otros.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar la ictericia neonatal y su frecuencia.

Metas secundarias:

- Determinar la causa de la ictericia.
- Saber tratarlo.
- Detalles de la atención neonatal hiperbilirrubinemia.

3 Metodología

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

4 Resultados

La pigmentación amarilla de las mucosas y la piel, también conocida como ictericia, es un síntoma muy común en los recién nacidos hospitalizados, recién nacidos a término y prematuros debido al depósito de bilirrubina, y es una causa común de que los niños tengan que ser hospitalizados nuevamente.

Los estudios a lo largo de los años han determinado que aproximadamente el 62% de los bebés a término y el 83% de los bebés prematuros tienen esta afección. La mayoría de estos eventos se deben a ictericia fisiológica, aparecen dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento y se resuelven dentro de las 2 semanas. Si

dura más de 2 semanas, se llama ictericia patológica. La producción de bilirrubina en los recién nacidos aumenta por dos razones principales: primero, porque los bebés tienen una mayor masa de glóbulos rojos y porque los glóbulos rojos tienen una vida media de 90 días en comparación con los 120 días de los humanos. Sin un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, estos niveles elevados de bilirrubina pueden dar lugar a graves secuelas de neurotoxicidad y déficits neurológicos como queratosis (queratosis), sordera, atrofia muscular y discapacidad intelectual. Se debe realizar una evaluación para determinar el tratamiento necesario para los bebés con ictericia. Esto incluye varias etapas. Primero, la historia. Como con cualquier enfermedad, es importante conocer los antecedentes familiares e investigar la causa. Asimismo, se debe realizar un examen físico del neonato, los datos importantes para los neonatos con ictericia son la ictericia, la palidez y la hepatoesplenomegalia.

Para encontrar ictericia al nivel de la piel, presione su dedo al nivel del esternón. Este curso icterico se distribuye desde la cara al tronco y finalmente a las extremidades. Sin embargo, otra forma de medir los niveles de bilirrubina es con un medidor de bilirrubina, un dispositivo que entra en contacto con la piel de un bebé. Esto se aproxima a los niveles plasmáticos y es un tratamiento administrado por enfermeras.

Finalmente, durante esta evaluación de la ictericia se debe realizar un análisis completo, incluyendo la determinación de parámetros como hematocrito, hemoglobina, Rh, conteo de reticulocitos, clasificación hematológica materna, neonatal y niveles de bilirrubina. Las opciones de tratamiento incluyen farmacoterapia, fototerapia y exanguinotransfusión, aunque esta última es menos frecuente.

La fototerapia consiste en exponer la piel del bebé a la luz fluorescente, que descompone la bilirrubina en los capilares superficiales y la convierte en isómeros solubles en agua y solubles en agua. La terapia farmacológica puede encontrar el uso de fenobarbital, lanthes, albúmina sérica o gammaglobulina intravenosa.

En una transfusión de sangre, la sangre de un recién nacido se reemplaza con la de un donante, eliminando así los anticuerpos antieritrocitos y la rubina biliar. Como resultado, también se repone la hemoglobina y se mejora el volumen plasmático.

Esta técnica se utiliza en casos de hemólisis severa o cuando la fototerapia es ineficaz. El papel de la enfermera es muy importante en el cuidado del recién nacido con ictericia. Necesitan asegurarse de que la irradiación sea efectiva y que la piel del bebé esté completamente expuesta. Además, los bebés deben estar en topless, tener protección para los ojos y cuidado de los ojos y los genitales.

También se debe controlar la temperatura cada 6 horas y se debe asegurar la hidratación adecuada, la facilitación de la eliminación y el manejo intestinal del recién nacido.

5 Discusión-Conclusión

La hiperbilirrubinemia es una afección común que conduce a la hospitalización de los bebés. Suele ser fisiológico y requiere un diagnóstico precoz, incluida la evaluación del lactante, y el tratamiento adecuado para su resolución sin complicaciones. Como profesionales médicos, las enfermeras juegan un papel muy importante en el cuidado de los bebés con ictericia. Administra varias técnicas de fototerapia, administra medicamentos recetados, apoya a los padres de los bebés, maneja los signos y síntomas en los bebés, y previene y trata las complicaciones que pueden ocurrir después de aplicar cualquier tipo de tratamiento, porque juega un papel clave en la detección temprana.

6 Bibliografía

1. <http://www.index-f.com/nuberos/2017pdf/2155.pdf>
2. Martínez González, L. and Plaza Carmona, M., 2017. La ictericia neonatal y su abordaje desde Enfermería. Nuberos Científica, (VOL 3 NUM 21), pp.56-59.
3. Cash S. Guideline offers direction for prompt diagnosis, treatment of hyperbilirubinemia. Aap news, American Academy of Pediatrics. 2004. 12. Grupo CTO. Manual de cto de medicina y cirugía-pediatría. Madrid: CTO Editorial S.L.; 2012.
4. Aguilar-Cordero MJ, Cruz-Domínguez I. Tratado de enfermería del niño y el adolescente. cuidados pediátricos. in: Aguilar-Cordero MJ, Editor. Hiperbilirrubinemia del recién nacido enfermedad hemolítica. Barcelona: Elsevier; 2012.
5. Martínez JC. El real problema del recién nacido ictericio. Nuevas guías de la academia estadounidense de pediatría. Arch Argent Pediatr. 2005;103(6):524-32.

Capítulo 17

FUNCIONES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON QUEMADURAS. CAUSAS Y CLASIFICACIÓN

ANA LUISA MARTÍNEZ SAEZ

PEDRO MANUEL OLIVA CORREOSO

MANUELA MARTÍNEZ GOMEZ

CRISTINA REOLID LOSA

ROCIO GOMARIZ NAHARRO

1 Introducción

Las quemaduras son heridas de la piel y otros tejidos originadas por distintos agentes, que desencadena una alteración bioquímica por desnaturalización proteica, edema y pérdida del volumen del líquido intravascular debido a un incremento de la permeabilidad vascular. Las quemaduras térmicas más comunes en adultos son aquellas originadas por fuego, mientras que en los niños las lesiones con mayor frecuencia son escaldaduras originadas por líquidos calientes.

Se clasifican de la siguiente manera:

1/ Según el agente causal: productos químicos, calor, frío, electricidad o radiaciones como la solar, infrarrojas, luz ultravioleta etc.

2/ La profundidad de la quemadura: relacionada con la intensidad del agente y el tiempo al que ha sido expuesta, dando lugar a una lesión leve o a una severa e importante, distinguiendo entre quemaduras de 1º, 2º y 3º grado.

3/ La extensión de la zona quemada: refiriéndose al porcentaje del área del cuerpo quemado.

4/ Otros factores como la existencia de patologías previas, la edad, la localización, etc.

Cuando un paciente acude al Servicio de Urgencias por este motivo, cuando son graves pueden condicionar a otros órganos, ya sea por el agente directamente o debido a la deshidratación, acompañado síntomas respiratorios a causa de la inhalación de humos y gases los cuales son potentes irritantes químicos de la mucosa respiratoria. Además hay que tener en cuenta las zonas del cuerpo: cara, manos, pies, y perineo, que por sí solas producen importantes incapacidades.

Enfermería ante este tipo de pacientes se encargarán en primer lugar de observar y valorar el tipo de lesión, realizar el soporte hemodinámico, o lo que es lo mismo la fluidoterapia: consistente en la administración de líquidos vía intravenosa para evitar el shock hipovolémico y el fallo renal, así como de controlar el dolor, administrar el soporte ventilatorio y prevenir la infección.

2 Objetivos

- Definir las funciones de enfermería ante un paciente con quemaduras, así como explicar las causas por las que se puede producir y su tipología

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La piel está formada por tres capas según su profundidad: epidermis que es la visible; dermis, que es la media; e hipodermis que es la capa más profunda. A con-

tinuación haremos la siguiente clasificación respecto a las quemaduras cutáneas:

- Por su gravedad:

1/ Quemaduras menores: son las lesiones de 1º grado y las de 2º grado superficial con menos del 15 % en cuanto a la extensión y menos de un 10% en niños. También las de 2º grado más profundas y 3º grado con menos del 1 % en la extensión, dependiendo del lugar.

2/ Quemaduras Moderadas: son las de 2º grado con un 15-30% de extensión, y las de 2ª o 3º grado con menos del 10% de extensión.

3/ Quemaduras Graves: son las de 2º grado superficiales con más del 30% en cuanto a la extensión y las de 2º y 3º grado profundas con más del 10% en cuanto a la extensión.

- Por la lesión a nivel de la piel:

1/ de 1º grado: tiene lugar en la epidermis, sin que aparezca ampolla produciéndose a los pocos días la descamación y sin que exista cicatriz.

2/ de 2º grado: tiene incidencia en la dermis, y se clasifican a su vez superficiales o profundas según se vea afectada la dermis:

- Superficiales: aparecen ampollas y la superficie quemada tiene un color rosado que se vuelve blanco si se presiona, siendo después de 3 semanas cuando se observa su regeneración.

- Profundas: la superficie quemada presenta una escara firme y gruesa que induce una recuperación muy dolorosa, implicando un proceso de curación de más de 40 días.

3/ de 3º grado: supone la destrucción completa del espesor de la piel llegando a afectar a la sensibilidad, apareciendo edema y cicatriz e incluso necesitándose del uso de injertos.

4/ de 4º grado: es la quemadura más grave y que en ocasiones pueden llegar a ser mortales, afecta a todas las capas de la piel, llegando a músculos, tejidos e incluso huesos.

Cuando se produce una quemadura, si esta es superior al 30%, se producen las siguientes alteraciones en el organismo como son:

1/ A nivel renal: implica un deterioro debido a: la hemólisis, la depleción de volumen intravascular, el bajo gasto cardíaco, la hipoperfusión esplénica y la rabdomiolitis entre otras, lo cual provoca una reducción del filtrado glomerular que deja constancia la oliguria en las analíticas realizadas.

2/ El escape excesivo de plasma hacia el espacio intersticial, sobre todo en las primeras 8 horas, provoca: hemoconcentración, hipovolemia, hipoproteinemia,

trastornos ácido-base y desequilibrio hidroelectrolítico.

3/ Cambios a nivel hormonal: se crea un estado de hipermetabolismo porque el cuerpo intenta reemplazar ese incremento en las necesidades energéticas y por el aumento del catabolismo proteico.

4/ Se producen cambios importantes en el índice cardíaco, así como en las resistencias vasculares sistémicas.

5/ Aumenta la permeabilidad capilar, no solo en la zona quemada, sino generalizada a todos los órganos, a causa de la hipoproteinemia y a los mediadores inflamatorios, dando lugar a que aparezcan edemas en tejidos no quemados.

Desde Enfermería se realizarán los siguientes pasos ante un paciente quemado:

1/ Primera valoración: respiración, estado neurológico, vía aérea y circulación. Realizar monitorización de constantes vitales de forma continua o al menos cada 15 minutos, y tener en cuenta otras patologías que pueda presentar el paciente. Se observará la necesidad de colocar una sonda urinaria para mantener la permeabilidad uretral y/o controlar diuresis.

2/ Si aparece edema, elevar la zona afectada.

3/ Quitar objetos cercanos a la quemadura y la ropa pegada a la misma. Si el químico implicado en la quemadura está en forma seca, cepillar la sustancia química de la piel.

4/ Si hubiera que realizar una reposición hídrica urgente, se cogerían dos vías venosas, administrándose el analgésico pautado.

5/ Irrigar la quemadura con cloruro de sodio al 0,9% frío, 15 grados, durante unos 20 o 30 minutos, parando el proceso si la temperatura corporal es igual o inferior a 35° C.

6/ En quemaduras graves, administrar profilaxis de úlcera por estrés según prescripción facultativa, o profilaxis antitetánica.

7/ En quemaduras oculares irrigación continua, preferiblemente a través de una bolsa/botella de suero intravenoso de cloruro sódico al 0,9% conectada a un sistema de infusión.

8/ Estudiar el tamaño y la profundidad de la quemadura:

-En quemaduras epidérmicas superficiales: colocar un vendaje, crema emoliente y revisar cada 48 horas.

-En quemaduras dérmicas: administrar analgésicos y limpiar la herida con cloruro de sodio al 0,9% o agua del grifo tibia, dejando cuando se pueda, las ampollas intactas, aspirando aquellas ampollas grandes y las que puedan romperse. Además se cubrirá la herida con un apósito primario no adherente, colocando otro apósito secundario absorbente no fibroso.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, supone una respuesta amplificada del organismo frente la quemadura que provoca una desestabilización del sistema inmune, un favorecimiento de las infecciones nosocomiales, aumento de la mortalidad, etc, encontrándonos distintas clasificaciones según la lesión de la piel (1º, 2º y 3º grado) y la gravedad (menores, graves y muy graves).

Desde Enfermería existe un protocolo a realizar en estos casos, en los que lo primero que debe hacerse es observar el tamaño y la profundidad de la quemadura, quitando los objetos cercanos y que puedan estar incrustados con la piel. A continuación se monitorizará al paciente, controlando sus constantes vitales, administrando analgesia y limpiando la herida con cloruro de sodio al 0,9% o agua del grifo tibia, entre otras funciones.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : enfermería, quemados, quemaduras, tipología.
2. Técnicas básicas de enfermería Editorial Mc Graw Hill.
3. Formación Logoss.
4. http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2003/julio/quemado.htm
5. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/quemaduras-y-cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-quemado-hospitalizado-articulo-monografico/>
6. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf

Capítulo 18

FUNCIONES DE ENFERMERIA ANTE PACIENTES OSTOMIZADOS Y CUIDADOS PRINCIPALES

ANA LUISA MARTÍNEZ SAEZ

PEDRO MANUEL OLIVA CORREOSO

MANUELA MARTÍNEZ GOMEZ

CRISTINA REOLID LOSA

ROCIO GOMARIZ NAHARRO

1 Introducción

Un estoma es un orificio artificial abierto en la pared intestinal mediante una operación quirúrgica, es como una comunicación de una víscera hueca con el exterior, debido a la necesidad de crear una vía de escape para ayudar al cuerpo a eliminar productos de desecho. Una colostomía es cuando la ostomía se encuentra en el colon, lo cual conlleva al paciente a una serie de alteraciones a nivel biológicas, psicológicas y sociales, debido a los cambios higiénicos, afectación de la propia imagen o dificultad de la integración, baja autoestima, etc.

El paciente ostomizado, deben llevar siempre consigo una bolsa colectora adherida a la estoma (bien sea fecal o urinaria), la cual debe estar meticulosamente fijada al orificio para evitar lesiones en la piel y para evitar olores desagradables.

Es por ello que desde enfermería, se le deberá de enseñar a realizar el cambio de bolsa de ostomía procurando un adecuado cuidado de la piel periestomal y una adecuada elección y mantenimiento del sistema adhesivo de la bolsa a la piel. Además también se le recomendará pautas alimenticias, como los alimentos que debe procurar evitar o que debe consumir y la cantidad de agua diaria que debería consumir.

Son los profesionales de enfermería especialmente formados para estos casos, los que llevan a cabo los cuidados, y el apoyo necesario que necesitan este tipo de pacientes, siempre desde un carácter empático y cercano ante las dudas o ansiedades que puedan presentar, ya que llevar un estoma, ya sea de forma temporal o fijo, es un hecho que cuesta asimilar y aceptar, ya que cambia por completo la calidad de vida de estos pacientes.

El equipo de enfermería deberá atender las siguientes complicaciones:

- 1/ Urgentes: Retracción del estoma, edema, hemorragia, isquemia, etc.
- 2/ Tardías: Prolapso, estenosis, hernia y recidiva tumoral.
- 3/ De la piel: Varices paraestomales, dermatitis periestomal, ulceraciones, granulomas.

2 Objetivos

- Explicar el concepto de ostomía y sus principales características y cuidados por parte del paciente ostomizado.
- Identificar la labor de enfermería en este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen diversas clasificaciones que nos ayudarán a explicar el concepto de estoma, según una serie de características:

1/ Según su permanencia:

- Temporales: el paciente las debe de llevar hasta que la causa del problema se solucione. Además son reversibles, y pueden volver a ponerse en el tránsito intestinal y urinario.
- Definitivas: se mantienen durante toda la vida del paciente, porque el problema que lo ha generado no tiene solución ni cura.

2/ Según su función:

- De eliminación: crea la salida del contenido fecal o urinario
- De nutrición: vía abierta en el aparato digestivo para alimentar al paciente a través de una sonda, clasificándose en: esofagostomía, gastrostomía, yeyunostomía).
- De drenaje: vía abierta mediante una sonda manteniendo una acción de drenaje.

3/ Según su localización:

- Colostomía: Abertura mediante técnica quirúrgica del colon.
- Urostomía: abertura de la pared abdominal al exterior con el objetivo de desviar la salida de orina fuera de la vejiga.
- Nefrostomía: abertura al exterior de pelvis renal, mediante ella se excretará la orina.
- Yeyunostomía: Abertura mediante técnica quirúrgica del yeyuno.
- Ileostomía: Abertura mediante técnica quirúrgica del íleo.
- Cecostomía: Abertura mediante técnica quirúrgica del ciego.
- Gastrostomía: Colocación de una sonda en el estómago, para que el paciente pueda alimentarse.

Desde enfermería se le dará información y apoyo al paciente, sobre el dispositivo recolector a utilizar, eligiendo el que mayor seguridad y protección aporten, a la vez que comodidad y discreción, teniendo en cuenta también las necesidades y la tolerancia. Además se le advertirá de las posibles complicaciones que puedan surgir, tanto del estoma o de la piel de alrededor, ofreciendo las soluciones adecuadas. También se le aconsejará llevar ropa cómoda, el no usar crema alrededor de la piel del estoma, ya que se despegaría más fácilmente, así como aprender a cambiar la bolsa.

En realidad, se debe de colaborar en que la calidad de vida se vea mermada lo menos posible, normalizando temas que un principio pueden desanimar al paciente como lo son: la alimentación, la sexualidad, el enfrentarse a su círculo familiar y social.

La intervención de Enfermería comienza antes de la operación del paciente, en el preoperatorio, un momento en el que la familia y el paciente están receptivos a comprender lo antes posible la nueva etapa que sobreviene. Después, en el postoperatorio, la enfermera o enfermero, observará la condición clínica del paciente, haciendo énfasis en el color, y la existencia o no de infección.

Una vez que ha pasado la fase de hospitalización, muchas de las dudas serán resueltas en la consulta de enfermería, siempre apoyando e incentivando las habilidades del paciente, incidiendo en subir su motivación y autoestima, lo cual conllevará a un aceleramiento del proceso de rehabilitación o incluso de la reincorporación laboral, en muchos casos. También, deberá de realizar cambios en sus rutinas alimentarias, llevando una dieta equilibrada, tomando pequeñas cantidades de alimentos nuevos que vaya introduciendo, así como evitar el consumo de alimentos que le puedan provocar gases o que sean de más difícil digestión. El consumo de agua también será relevante, así como evitar el exceso de peso.

5 Discusión-Conclusión

Un estoma permite el paso de orinas y heces a través de una abertura con el objetivo de tratar enfermedades de los sistemas digestivo y urinario, existiendo varias clasificaciones según el lugar donde se coloque, su perduración en el tiempo o su función principal.

Es función de enfermería conocer los tipos de ostomias, de su control y cuidados, aportando siempre una información precisa y profesional, a la vez que se ofrece apoyo psicológico al paciente y a la familia, ya que para el paciente ostomizado no es fácil acostumbrarse a tener una bolsa adherida al cuerpo, soliendo presentar estados depresivos, baja autoestima e inseguridad. Es por ello que desde enfermería se comprende lo que implica a todos los niveles del individuo, debiendo de informar sobre los cuidados óptimos y la adecuada higiene, realizando el seguimiento desde el alta, realizando recomendaciones para que su calidad de vida se vea afectada lo menos posible.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : enfermería, paciente ostomizado, ostomía.

2. Formación Logoss.
3. Técnicas básicas de enfermería Editorial Mc Graw Hill.
4. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articuloelpacienteostomizado-13092624>.
5. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072016000100317&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Capítulo 19

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

ANA LUISA MARTÍNEZ SAEZ

PEDRO MANUEL OLIVA CORREOSO

MANUELA MARTÍNEZ GOMEZ

CRISTINA REOLID LOSA

ROCIO GOMARIZ NAHARRO

1 Introducción

Es una enfermedad que se caracteriza porque el músculo del corazón se vuelve progresivamente disfuncional, incapaz de conservar las necesidades de sangre en el organismo, de manera que la sangre bombeada es insuficiente y no se logra un adecuado aporte de oxígeno a los tejidos del cuerpo, debido a fallos del ventrículo derecho, izquierdo o de ambos. Esto implica una serie de síntomas como son: sensación de fatiga, disnea, dificultad para respirar en posición de decúbito, edemas, hepatomegalia causada por la acumulación de líquido intersticial, entre otras muchas.

Actualmente se sabe de algunos factores de riesgo que la pueden provocar: tabaquismo, sedentarismo, obesidad, hiperlipidemia, diabetes, hipertensión y estrés. Además hay que tener en cuenta el grado de envejecimiento de la población

y la mejora de la supervivencia en pacientes hipertensos y con cardiopatías isquémicas, lo cual conlleva a que lo habitual en las consultas o servicios de urgencias sea tratar a enfermos mayores muy medicados, por lo que la labor de enfermería será muy importante para educar sobre las pautas a seguir, explicándole de manera que sea entendible cómo funciona su corazón y cómo deben de realizar su autocuidado, de llevar una dieta saludable, de hacer ejercicio dentro de sus posibilidades, así como la importancia de llevar adecuadamente el tratamiento farmacológico.

Existe una clasificación funcional de la insuficiencia cardiaca según el New York Heart Association:

- Clase I: no implica limitación en las actividades diarias o físicas, ya que no suponen riesgo o molestia.
- Clase II: en esta fase se limita ligeramente la actividad cuando le supone cansancio, disnea, palpitaciones o angina.
- Clase III: En este caso existe una limitación más atenuada en cuanto a las actividades físicas que puede realizar el paciente.
- Clase IV: existe una incapacidad de cualquier actividad física sin ello suponga la aparición de síntomas, incluso cuando el paciente está en reposo. Con cualquier actividad se incrementan.

2 Objetivos

- Poner en valor la labor de enfermería en cuanto a las pautas, consejos y cuidados ante pacientes con insuficiencias cardíacas.
- Exponer la tipología de esta enfermedad y métodos para diagnosticarla y tratarla.

3 Metodología

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

4 Resultados

La insuficiencia cardíaca España es uno de los mayores problemas que se encuentran en la atención a la salud pública debido a que se plantea como una de las causas más frecuente de hospitalización en personas de más de 65 años recurriendo de manera asidua al reingreso de estos pacientes.

Según el lado o ventrículo del corazón afectado puede ser: derecha, izquierda o ambas (congestiva):

- Insuficiencia cardíaca derecha: Es menos frecuente, de manera que si el ventrículo derecho no bombea bien la sangre, esta se acumulará en las venas de nuestro cuerpo pudiendo producir hepatomegalia, ingurgitación yugular y edemas en extremidades inferiores.
- Insuficiencia cardíaca izquierda: Es la más frecuente, siendo sus causas más habituales: la cardiopatía isquémica y la HTA. Si el ventrículo izquierdo no bombea bien la sangre esta se acumula en los pulmones, produciendo disnea, que es el síntoma más frecuente.
- Insuficiencia cardíaca congestiva: Ambos lados del corazón estarán afectados, siendo una patología muy frecuente. Según la función ventricular que esté alterada puede ser: sistólica o diastólica:
- Insuficiencia cardíaca sistólica: es la contracción ventricular, ocasionando una dificultad para bombear la sangre, siendo la causa más frecuente el infarto de miocardio, que produce una necrosis o muerte tisular en una zona del miocardio. Se le llama también insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida.
- Insuficiencia cardíaca diastólica: el problema está en la diástole, que es la relajación ventricular que se origina tras la contracción, permitiendo el llenado de sangre de los ventrículos, siendo esta después bombeada en la fase de sístole. La causa más frecuente es la hipertensión arterial.

En ocasiones, el paciente puede llegar a ser asintomático, pero una disnea paroxística o una tos puede hacer saltar las alarmas, y con las pertinentes pruebas diagnósticas (ecocardiograma, electrocardiograma, rayos) y analíticas (hemograma, gasometría arterial basal, radiología de tórax, prueba de esfuerzo, bioquímica), se le puede llegar a diagnosticar una patología cardíaca, pudiendo ser leve sin que afecte a su calidad de vida, o por el contrario, avanzada llegando a limitar su vida, e incluso teniendo que ser sometido a una intervención quirúrgica.

Los procedimientos de Enfermería que se van a llevar a cabo son los siguientes:

1. Valorar el estado respiratorio, preguntar si al realizar las actividades diarias

presenta fatiga o falta de resistencia, comprobar si hay edemas o si ha aumentado de peso así como vigilar el nivel de conciencia y la ansiedad.

2. Canalización de una vía venosa periférica y extracción de analíticas, evitando la sobrecarga de fluidos intravenosos.

3. Control de diuresis, con sondaje vesical y control hemodinámico y monitorización cardíaca: temperatura, tensión arterial, frecuencia respiratoria y cardíaca y vigilar que la saturación de oxígeno sea superior al 92%.

4. Electrocardiograma para detectar posibles arritmias y/o isquemia.

5. Radiografía de tórax para valorar la congestión pulmonar y cardiomegalia.

6. Gasometría arterial basal y posterior control de la saturación de oxígeno para valorar si mejora el intercambio gaseoso y si hay una alteración ácido-básica.

6. Posición de Fowler, ya que facilita la expansión pulmonar.

5 Discusión-Conclusión

La insuficiencia cardíaca es una patología muy común que supone un elevado coste público y social, a la vez que provoca un cambio en el estilo de vida del paciente y de la familia, que supondrá llevar a cabo unos autocuidados básicos como lo son : la correcta administración del tratamiento farmacológico pautado, llevar una dieta mediterránea eliminando alimentos con sal, prescindiendo del alcohol y tabaco, controlando el peso, vigilando si aparecen edemas, evitando el sedentarismo, entre otras medidas.

Dado que la mayor parte de los pacientes son personas mayores, la labor de Enfermería comenzará explicándoles las posibles causas, sus síntomas y el control de ese autocuidado que comentamos para sobrellevar la enfermedad. Por lo tanto Enfermería tiene un papel muy importante tanto en su fase de diagnóstico en la preparación del paciente para las pruebas y analíticas necesarias, sabiendo el protocolo de actuación en las situaciones comprometidas, como después en el seguimiento rutinario de consultas.

6 Bibliografía

1. Buscadores en internet con palabras clave: enfermería, patología cardíaca, cardiopatías.

2. Disponible en: www.revista-portalesmedicos.com

3. Cuidados de enfermería en el paciente con insuficiencia cardíaca congestiva - Zona Hospitalaria
4. Insuficiencia cardíaca recursos para profesionales (insuficienciacardiaca.es).
5. El profesional de enfermería, pieza clave en la Insuficiencia Cardíaca (insuficienciacardiaca.es)

Capítulo 20

EFECTO DEL HIDROSÁLPINX EN MUJERES QUE PRECISAN TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. PORVENIR GENÉSICO DE LAS PACIENTES CON HIDROSÁLPINX

MARTA LÓPEZ BIELSA

ISABEL NAVARRO LÓPEZ

MÓNICA MACHICADO SOTOCA

1 Introducción

El hidrosálpinx es definido como la obstrucción distal de la trompa con dilatación de su luz y acúmulo de líquido en su interior. Una de las principales causas de esterilidad femenina son los problemas tubáricos (entre el 25-35% de los casos de esterilidad aproximadamente), siendo el hidrosálpinx una de las formas clínicas más graves. Tal es la severidad de esta patología que incluso mujeres que ya están incluidas en tratamientos de reproducción asistida no tienen buenos resultados.

Entre las causas del hidrosálpinx se pueden diferenciar entre las infecciosas (enfermedad inflamatoria pélvica, principalmente causada por *Chlamydia Trachomatis*), no infecciosas/adherenciales (apendicitis, endometriosis, etc.) y iatrogénicas (cirugías pélvicas, fimbrectomías, etc.).

Es de sobra conocida la relación existente entre hidrosálpinx y malos resultados en los tratamientos de reproducción asistida. Muchos estudios confirman que esta patología se relaciona a una disminución de las tasas de implantación y a un descenso de la mitad de las tasas de embarazo, además de aumento de abortos y de embarazo ectópicos.

El grado de afectación de la trompa es directamente proporcional con la disminución de resultado. Por lo que, trompas dilatadas ampliamente con mucho líquido en su interior, hidrosálpinx bilaterales y las que se pueden diagnosticar mediante ecografía, se consideran elementos de mal pronóstico.

Según algunas teorías parece ser que el líquido que se encuentra en la dilatación tubárica es el responsable, esto se intenta explicar mediante los siguientes mecanismos de acción, que parece ser que se producen de manera paralela y no excluyente entre ellos:

- Efecto embriotóxico directo.
- Efecto tóxico sobre la receptividad endometrial.
- Mecanismos puramente mecánicos como el “barrido de embriones” o la interposición del líquido entre embrión y superficie endometrial.
- Aumento del peristaltismo endometrial.

De la técnica diagnóstica va a depender la prevalencia, ya que si se realiza una histerosalpingografía (HSG), se obtendrán resultados de alrededor el 26-30% de esterilidad debido a factor tubárico mientras que, si la técnica diagnóstica es la ecografía transvaginal el resultado será menor, siendo un 10-13% de los casos. Por esta razón la HSG es la técnica de cribado de elección en la valoración tubárica, aunque con la histerosonosalpingografía se aumenta la capacidad diagnóstica es requiere un ecografista experto para hacer una correcta valoración. Con el objeto de incluirla como método de elección para la valoración de la permeabilidad tubárica es necesaria la realización de más estudios complementarios. Otras técnicas diagnósticas serían la laparoscopia diagnóstica, la salpingoscopia y la faloscopia; siendo métodos invasivos.

2 Objetivos

Explicar las opciones terapéuticas actuales para pacientes que presentan hidrosálpinx y se tienen que someter a técnicas de reproducción asistida.

3 Metodología

A la hora de realizar este trabajo, se ha realizado una investigación cuyo objetivo ha sido realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre el tema a tratar. La búsqueda ha consistido en consultar artículos de las principales bases de datos, seleccionando algunos textos científicos procedentes de publicaciones académicas y revistas, que son la base del presente trabajo.

4 Resultados

Debido a que es de sobra conocido que los líquidos de los hidrosálpinx juegan un papel negativo en la implantación embrionaria, queda claro que la interrupción del drenaje de este líquido al útero mediante intervención quirúrgica restablecerá las tasas de embarazo a la normalidad. Por consiguiente, en la actualidad, está aprobado que la cirugía sea el tratamiento de elección del hidrosálpinx.

Estudios que comparan tasas de embarazo y resultados de la FIV en pacientes con y sin salpinguectomía laparoscópica previa al tratamiento, obtienen conclusiones fehacientes de que esta técnica quirúrgica recupera tasas de embarazo y de recién nacidos vivos comparables con las de mujeres sin hidrosálpinx.

En varias revisiones de Crochrane se concluye que la salpinguectomía laroscópica debe ser considerada antes de realizar un tratamiento de FIV para pacientes con patología tubárica grave como el hidrosálpinx comunicante, hidrosálpinx de gran tamaño y/o bilateral y aquellos que son visibles ecográficamente.

La cirugía reparadora para los casos de patología tubárica leve con mucosa tubárica sana no parece obtener buenos resultados, ya que se necesita de procedimientos diagnósticos muy complejos y un equipo médico-quirúrgico de alta especialización para esta técnica, y con todo ello, la tasa de embarazo ectópico es elevada (7-8%).

Por otro lado, la opción menos invasiva como la punción y drenaje del hidrosálpinx, mediante la aspiración con aguja transvaginal previa al ciclo de FIV, no parece ser que obtenga buenos resultados para el tratamiento de la esterilidad. Incluso parece ser que beneficie a la aparición de complicaciones locales como la reactivación de cuadros infecciosos y hemorragias, llevando a un empeoramiento del caso.

Finalmente, el tratamiento antibiótico con Doxiciclina parece una buena opción

según algunos autores. Estos estudios se fundamentan en que la Chlamydia T. es, con frecuencia, la causante del hidrosálpinx.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, se puede decir que la relación entre la presencia de hidrosálpinx y los malos resultados en los tratamientos de reproducción asistida es de sobra conocida, por lo que el tratamiento de esta patología debe ser la pieza clave para todas las mujeres antes de realizar cualquier tratamiento de reproducción asistida. No obstante, su influencia negativa aún no se ha comprendido completamente, y es un tema que requiere más investigación. Las técnicas más recomendadas son la salpingectomía y la oclusión tubárica proximal, recomendándose más por vía laparoscópica, para poder recuperar tasas de nacimiento similares a las de mujeres sin esta enfermedad. Mientras que otras vías de tratamiento necesitan ser estudiadas y evaluadas en el futuro.

6 Bibliografía

1. Ng KYB, Cheong Y. Hydrosalpinx-Salpingostomy, salpingectomy or tubal occlusion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2019; 59:41-47.
2. Harb HM, Ghosh J, Al-Rshoul F, et al. Hydrosalpinx and pregnancy loss: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Biomed Online* 2019; 38:427-441.
3. Bildiricin I, Bukulmez O, Ensari A, et al. A prospective evaluation of the effect of salpingectomy on endometrial receptivity in cases of women with communicating hydrosalpinges. *Hum Reprod* 2001; 16:2422-2426.
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Study of the tuboperitoneal factor in reproductive dysfunction. *Prog Obstet Ginecol.* 2017; 60:612-617.
5. Johnson N, van Voorst S, Sowter MC, Strandell A, Mol BW. Surgical treatment for tubal disease in women due to undergo in vitro fertilisation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;20:CD002125.
6. Hurst, B.S., Turker, K.E., Awoniyi, C.A., et al. Hydrosalpinx treated with extended doxycycline dose not compromise the success of in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2001; 75:1017-1019.
7. Strandell A, Lindhard A, Waldenstrom U, Thorburn J. Hydrosalpinx and IVF:

cumulative results after salpingectomy in a randomized controlled trial. *Hum Reprod.* 2001; 16:2403-2410.

8. Yu X, Cai H, Zheng X, Feng J, Guan J. Tubal restorative surgery for hydrosalpinges in women due to in vitro fertilization. *Arch Gynecol Obstet.* 2018; 297:1169-1173.

9. Tsiami A, Chaimani A, Mavridis D, Siskou M, Assimakopoulos E, Sotiriadis A. Surgical treatment for hydrosalpinx prior to in-vitro fertilization embryo transfer: a network meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016; 48:434-445.

10. Xu B, Zhang Q, Zhao J, Wang Y, Xu D, Li Y. Pregnancy outcome of in vitro fertilization after Essure and laparoscopic management of hydrosalpinx: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril.* 2017; 108:84-95.

11. Cohen A., Almog B., Tulandi T. Hydrosalpinx Sclerotherapy Before In Vitro Fertilization: Systematic Review and Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017; 14:1553-1650.

12. Speroff L., Fritz M.A. *Endocrinología ginecológica clínica y esterilidad.* Ed. Lippincott Williams and Wilkins. 2006;1027-1029.

Capítulo 21

EFECTO DE LOS MIOMAS EN MUJERES QUE NECESITAN TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. PORVENIR GENÉSICO DE LAS PACIENTES CON MIOMAS

MARTA LÓPEZ BIELSA

ISABEL NAVARRO LÓPEZ

MÓNICA MACHICADO SOTOCA

1 Introducción

Los miomas uterinos son los tumores pélvicos más frecuentes en la mujer, aproximadamente el 70% de las mujeres por encima de los 30 años pueden presentar esta patología. Las últimas investigaciones parecen demostrar que existe un elemento genético muy significativo en la formación y desarrollo de estos tumores, ya que hay diferencias en la incidencia y sintomatología según la etnia de la mujer (más frecuentes en mujeres de origen africano).

En la actualidad se consideran una enfermedad clonal, dado que se originan de una única célula muscular lisa que presenta características de células madre somáticas (SSC) y que mediante la influencia de distintos estímulos hormonales y genéticos conllevan un crecimiento alterado.

En cuanto a la etiología, se podría observar mediante cariotipo, que alrededor de la mitad de las células de los miomas presentan alteraciones cromosómicas. Aparte de este factor de riesgo genético, es importante tener en consideración otras situaciones en las que se dan una alta exposición prolongada a estrógenos y/o progesterona, como podría ser menarquia precoz, síndrome de ovario poliquístico, obesidad y embarazo tardío.

Los síntomas de los miomas se suelen presentar con más frecuencia en la franja de edad de 30-40 años. En la mayor parte de las mujeres, aunque con excepciones, se observa una contracción o disminución de los miomas durante el climaterio.

Alrededor de la mitad de los miomas son tumores pequeños y asintomáticos. Aun así, pueden presentar una clínica de gran impacto en la salud de la mujer, esto depende de su tamaño, localización y número. A pesar de existir muchas clasificaciones a la hora de catalogar a los miomas, recientemente, la FIGO ha propuesto una, describiendo 8 tipos diferentes.

El síntoma más frecuente es la metrorragia, si es abundante puede conllevar a anemia con déficit de hierro. Sin embargo, el dolor es poco habitual, suele ser una molestia leve, un peso hipogástrico o dolor continuo; raramente pueden producir dolor intenso e incluso incapacitante, se da ante complicaciones como la torsión del mioma o los fenómenos degenerativos. Por otra parte, también pueden darse síntomas de compresión sobre estructuras vecinas como síndromes urinarios (polaquiuria-tenesmo, retención urinaria, o incluso hidronefrosis por compresión-obstrucción ureteral), alteraciones del hábito intestinal (principalmente estreñimiento), dificultad del retorno venoso de miembros inferiores (edemas, varices o incluso en caso de miomas intraligamentarios grandes, trombosis venosas) y compresión de los plexos nerviosos sacros que producen dolores y parestesias en miembros inferiores.

Ahora bien, el síntoma que nos atañe para el presente capítulo sería el efecto de los miomas sobre la esterilidad, la revisión de la literatura actual sobre miomas y reproducción señala una tasa de concepción menor en las mujeres con miomas frente a mujeres con infertilidad inexplicada.

En líneas generales, se observa un aumento de la tasa de concepción cuando se realiza una miomectomía. A pesar de no haber estudios que concluyan estas afirmaciones sí que parece ser que los miomas submucosos o intramurales de gran tamaño podrían distorsionar la cavidad uterina y tener como consecuencia problemas para conseguir gestación por alteración con la migración espermática, el

transporte ovocitario y la implantación embrionaria por la inflamación endometrial local o alteraciones vasculares endometriales, además de un aumento del riesgo de aborto.

En cuanto al diagnóstico de esta patología, la forma habitual es mediante ecografía, la 3D puede ser útil cuando se desea determinar el impacto sobre la cavidad endometrial. La resonancia magnética nuclear, a pesar de aportar imágenes de gran definición, no ofrece ninguna ventaja real sobre la ecografía.

2 Objetivos

Dar a conocer las distintas opciones terapéuticas actuales para las mujeres que presentan miomas y que precisan técnicas de reproducción asistida.

3 Metodología

A la hora de realizar este trabajo, se ha realizado una investigación cuyo objetivo ha sido realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre el tema a tratar. La búsqueda ha consistido en consultar artículos de las principales bases de datos, seleccionando algunos textos científicos procedentes de publicaciones académicas y revistas, que son la base del presente trabajo.

4 Resultados

A la hora de orientar a las pacientes que acuden a consulta de reproducción asistida con este tipo de patología es conveniente conocer que, por lo general, los miomas asintomáticos pueden ser mantenidos sin necesidad de ninguna intervención terapéutica.

Con respecto a los miomas sintomáticos, el tratamiento principal y definitivo es la cirugía (miomectomía). Recientemente se ha venido estudiando alternativas de tratamientos menos agresivos para las pacientes estériles como son la embolización de arterias uterinas, la ablación por radiofrecuencia eléctrica y la miolisis con ultrasonidos de alta frecuencia, aunque aún no se ha podido demostrar resultados concluyentes en cuanto a seguridad y eficacia.

Las indicaciones de miomectomía para pacientes estériles serían:

- Miomas submucosos (tipo 0, 1 y 2 FIGO): Existe evidencia clara sobre su beneficio.
- Miomas intramurales (tipo 3 y 4 FIGO) que deformen y compriman cavidad endometrial: existen discrepancias entre varias revisiones publicadas, pero por lo general se recomienda en casos de mioma tipo 3-4 mayores de 5 cm.
- Miomas subserosos (tipo 5, 6 y 7 FIGO): no son candidatos a cirugía en paciente estéril.
- Miomas sintomáticos.
- Miomas asintomáticos y esterilidad inexplicada (valorando tamaño y localización).

Actualmente es posible la realización de miomectomía vía histeroscópica y laparoscópica gracias a los avances en instrumentación y técnica quirúrgica, haciendo así que se conviertan en los modelos de cirugía mínimamente invasiva junto con la miolisis por destrucción del tejido miomatoso.

Con respecto a la miolisis, las más desarrolladas son los ultrasonidos de alta frecuencia focalizados y guiados por ecografía o por resonancia magnética, la embolización de los vasos arteriales miomatosos y la ablación por radiofrecuencia ecoguiada. Todas estas técnicas se pueden utilizar para el tratamiento de los miomas, aunque cuentan con limitaciones ya que este tipo de tratamiento debe ser rigurosamente individualizado según las características de la paciente; esto, junto con las dificultades técnicas y los resultados clínicos variables, aunque prometedores, hacen que sean necesarios más estudios para obtener buenos resultados en pacientes estériles.

En cuanto al tratamiento farmacológico es importante conocer que actualmente no existe esta posibilidad y son muy pocas las opciones médicas que ofrecen el control transitorio de la metrorragia abundante, además de la disminución del volumen del tumor que ayude a la técnica quirúrgica. Los agonistas de la GnRH ofrecen un hipostrogenismo inducido por la supresión hipofisiaria y una disminución del aporte vascular al mioma por la reducción de la vascularización uterina, consiguiendo así una disminución del 30-70% del volumen del mioma en los tres primeros meses de tratamiento. Son empleados como preparatorios de la cirugía. Por otra parte, acetato de uripristal es un fármaco que se utilizaba para el tratamiento de estos tumores, actuaba disminuyendo su tamaño y la vascularización, pero en 2017 la Agencia Europea del Medicamento alertó de graves alteraciones hepáticas en algunas pacientes que estaban con este tratamiento y en 2020 se confirmó, llevando así a la supresión actual del uso del acetato de

uripristal para el tratamiento de los miomas.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir se podría decir que no existe un tratamiento farmacológico para los miomas en las pacientes estériles.

Para las pacientes con miomas en los que el abordaje quirúrgico no es fácil por su localización y tamaño está habiendo avances prometedores encaminados a técnicas menos invasivas cuyo objetivo es la miolisis.

En la actualidad, el tratamiento quirúrgico, miomectomía, es el más efectivo. Con este tratamiento se estima un aumento en la tasa de embarazo espontáneo en el primer año después de la técnica.

En las pacientes con problemas para concebir, se plantea la intervención quirúrgica en los miomas intramurales que deformen la cavidad, existiendo discrepancias a la hora de operar miomas tipo 4 de 4-5 cm, aunque no la deformen, y en los submucosos, ya que este tipo parecen estar relacionados con peores resultados tras las técnicas de reproducción asistida al existir una menor receptividad endometrial.

La vía endoscópica, sería la vía de primera elección en los casos seleccionados para realizar la miomectomía. Además, en los casos de miomas submucosos, se aconseja utilizar antes de la histeroscopia agonistas de la GnRH, ya que han demostrado que disminuyen la pérdida hemática, ayudan y acortan la intervención. El uso de esta medicación es discutido en los casos de realizarse por vía laparoscópica dado que se pierde el plano de disección y se alarga el tiempo quirúrgico, con la excepción de los casos de anemia severa donde se recomendaría con el objetivo de mejorar el estado hematológico.

6 Bibliografía

1. Mas A, Cervello I, Gil-Sanchis C, et al. Current understanding of somatic stem cells in leiomyoma formation[J]. Fertil Steril 2014;102(3):613-20.
2. Makinen N, Mehine M, Tolvanen J, et al. MED12, the mediator complex subunit 12 gene, is mutated at high frequency in uterine leiomyomas[J]. Science 2011;334(6053):252-5.

3. Islam MS, Protic O, Stortoni P, et al. Complex networks of multiple factors in the pathogenesis of uterine leiomyoma[J]. *Fertil Steril* 2013,100(1):178-93.
4. Al-Inany HG, Youssef MA, Aboulghar M, et al. Gonadotrophin-releasing hormone antagonists for assisted reproductive technology[J]. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, (5):CD001750.
5. Gupta S, Jose J, Manyonda I. Clinical presentation of fibroids[J]. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008,22(4):615-26.
6. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS, et al. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years[J]. *Fertil Steril* 2011,95(7):2204-8, 2208 e1-3.
7. Somigliana E, Vercellini P, Daguati R, et al. Fibroids and female reproduction: a critical analysis of the evidence[J]. *Hum Reprod Update* 2007,13(5):465-76.
8. Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence[J]. *Fertil Steril* 2009,91(4):1215-23.
9. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future[J]. *Hum Reprod Update* 2016,22(6):665-686.
10. Purohit P, Vigneswaran K. Fibroids and Infertility[J]. *Curr Obstet Gynecol Rep* 2016,5:81-88.
11. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Electronic address Aao, Practice Committee of the American Society for Reproductive M. Removal of myomas in asymptomatic patients to improve fertility and/or reduce miscarriage rate: a guideline[J]. *Fertil Steril* 2017,108(3):416-425.

Capítulo 22

CASO CLÍNICO: LIQUEN ESCLEROSO ATRÓFICO. ABORDAJE DESDE LA CONSULTA DE MATRONA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

MÓNICA MACHICADO SOTOCA

ISABEL NAVARRO LÓPEZ

MARTA LÓPEZ BIELSA

1 Introducción

El Liquen Escleroso Atrófico (LEA) es una dermatosis inflamatoria crónica, que se presenta principalmente en los genitales, sobre todo en la vulva, aunque puede localizarse también pero más raramente de manera extragenital. Puede aparecer en todas las edades, pero existen más casos en niñas en prepubertad y, sobre todo, en mujeres tras la menopausia.

Su etiología es desconocida, pero se asocia en su mayoría a factores inmunitarios, considerándose una enfermedad autoinmune. Otro factor etiológico es el genético o factores hormonales, como el uso de métodos anticonceptivos hormonales. En su mayoría, por tanto, es una enfermedad que no se puede prevenir. Existen alrededor de un 30 % de casos asintomáticos, pero suelen debutar con picor como el primer síntoma más común y habitual, a veces se acompaña de ardor, dolor, disuria... Dado que es una enfermedad crónica y autoinmunitaria, al paso del tiempo, aparecen otro tipo de lesiones con peor pronóstico.

Es característico por el engrosamiento de la capa córnea con hiperqueratosis y melanosis post inflamatorias, debutando la aparición lesiones escleróticas como las placas blancas nacaradas, habitualmente en capuchón de clítoris, labios menores, surco interlabial, vestíbulo y zona perianal, como en forma de 8. Se observa una piel de “papel celofán”, posiblemente lesionada entre otros motivos por el rascado. Puede aparecer también en cicatrices anteriores como en la episiotomía.

Además, se pueden observar sufusiones hemorrágicas, fimosis del clítoris por sinequia del capuchón (clítoris enterrado), fisuras en introito, y de manera más avanza sinequias de labios mayores y menores, (donde se observan cicatrices), reabsorción de estructuras anatómicas como los labios menores o estenosis de la entrada vaginal.

A consecuencia, la mujer sufre de manera prolongada, una desazón por la picazón y la posible disuria. Desarrollan una angustia por la desesperanza y desconfianza por los tratamientos que no funcionan y la inexperiencia profesional, afectando gravemente su calidad de vida y provocando diversos problemas de salud sexual como la dispareunia y disforia sexual en general, desgarros en introito en la penetración o incapacidad de ella, disminución de la sensación de excitación y orgasmo por el enterramiento, disminuyendo el deseo y la frecuencia de las relaciones con la pareja, sobre todo en mujeres heterosexuales.

El LEA a largo plazo, se puede malignizar y debutar en un carcinoma epidermoide vulvar. De ahí la importancia de un diagnóstico temprano, un tratamiento claro que se inicie lo antes posible y asegurar una continuidad asistencial profesional. La manera más ideal sería con una biopsia, ya que, aunque el LEA, es muy característico de la zona vulvar y perineal, el liquen plano, vitiligo, psoriasis, u otras patologías, podrían aparecer en la vulva de igual manera y sirve como diagnóstico diferencial.

En la mayoría de los casos suelen diagnosticarse por la clínica y la exploración física, por las características que tiene. Esto indica que cuando se diagnostica el LEA, se realiza con un estado avanzado de la enfermedad. Suele darse bien por los tabúes que existen en cuanto a la zona genital por parte de las mujeres, y sobre todo por la falta de experiencia profesional en el diagnóstico y trata miento y la lista de espera para los especialistas. Otras veces suele ser por el tratamiento de elección que no ajusta adecuadamente la dosis, por miedo a la atrofia de los corticoides tópicos.

Toda la bibliografía recoge que, el tratamiento de elección en primera instancia tiene que ser los corticoides tópicos de muy alta potencia como el propionato de clovetasol al 0,05 % (clovate, por ejemplo) u otros similares menos potentes pero

efectivos como el furato de mometasona 0,1 %.

La dosis recomendada no está clara ya que suele ser muy controvertida. Eso se debe a que, los corticoides tópicos de muy alta potencia, pueden producir atrofia en el estrato córneo, por el efecto antiinflamatorio, reduciendo la capa. La peculiaridad del LEA es que el estrato córneo precisamente aparece engrosado, por tanto, en la piel lesionada, en tratamiento tópico de corticoides de alta potencia, no provoca atrofia, sino que, al reducir la capa, vuelve a su estado natural y mejora la clínica. Además de las características del tejido vulvar que no se atrofian de igual manera con los corticoides. Diferente es la piel sana de la zona perineal que si podría sufrir las consecuencias de la atrofia de estos tratamientos y de ahí la importancia de explicar adecuadamente la cantidad a aplicar y las zonas a las pacientes.

Este hecho pone en riesgo la dosis de mantenimiento que como enfermedad crónica que es, si no se mantiene, puede desarrollar la malignidad a largo plazo. La dosis ideal sería la cantidad de un guisante extendido en una capa muy fina, las primeras 4 semanas a diario, incluso en algunas mujeres 2 veces al día, las siguientes 4 semanas días alternos y si mejora notoriamente la clínica, 2 veces por semana de manera indefinida. A veces, aparecen nuevos brotes y se vuelve a dosis iniciales, pero suele darse de manera puntual. Otras veces no responde al tratamiento tópico o no existe adherencia por parte de la paciente y se realizan otras terapias alternativas como: la calcineurina tópica, hormonas como la testosterona en zonas como clítoris, terapia fotodinámica, que necesita de anestesia, inyección de plasma rico en plaquetas o láser de CO₂, sobre todo para mejorar el síndrome genito-urinario y la dispareunia o como recurso coadyuvante la fisioterapia ginecológica, ya que el tratamiento tópico mejora la clínica dermatológica pero no la dispareunia. Además de terapia psicosexual en mujeres con disforia sexual de manera prolongada. Los ungüentos de aceites vegetales, ayudan como coadyuvantes en la hidratación y mejora de los picores y se utilizan para calmar hasta el diagnóstico de biopsia para no interferir en el primer diagnóstico.

En la mayoría de los casos, hay una muy buena respuesta al tratamiento tópico y de manera muy temprana. En los casos en los que no se objetiva una buena respuesta, hay que realizar un diagnóstico diferencia nuevamente o adhesión al tratamiento porque no sería lo habitual.

Como última opción, existe la cirugía reparativa. Suele practicarse en mujeres con estenosis del introito vaginal o sinequias de labios menores y mayores, que puedan llegar a provocar dificultad en la micción e imposibilidad de coito, mejorando la calidad de vida.

La clave para estas mujeres es la explicación concisa y detenida de la enfermedad

y la continuidad asistencial, ya que es una enfermedad crónica e incurable, pero que con una buena adhesión y respuesta al tratamiento tópico y, por otro lado, tratar el tejido y sus cicatrices si hay, además de la esfera sexual, evita su evolución y su malignidad.

2 Objetivos

Analizar el papel de la matrona de atención primaria en el manejo los autocuidados en mujeres con liquen escleroso atrófico vulvar.

Comprender la fisiopatogenia, tratamiento y seguimiento del liquen escleroso atrófico vulvar en mujeres adultas.

3 Caso clínico

María es una mujer de 57 años que acude a la consulta de matrona de atención primaria derivada por su médico (MAP) para la realización de un exudado vaginal por picor, ardor y disuria de meses de evolución, que no remite tras diversos tratamientos de azoles tópicos, por sospecha de candidiasis, alternando con flucanazol oral y antibióticos.

La paciente, muy nerviosa, verbaliza que “no puede más, que es insoportable”, que lleva así unos 10 años y que pensaba que se iba a quitar, pero en los últimos 6 meses va a más. Tiene trastorno hasta para dormir, pero tras un rato de entrevista, lo que más la preocupa es que es incapaz de tener relaciones sexuales coitales y que le provoca lejanía con su marido y la está perjudicando en su relación de pareja, además de su propia erótica, que cada vez “tiene menos ganas” y nota que tiene menor sensibilidad.

Ha cambiado todos sus hábitos de higiene lavándose solo 1 vez al día y solo con agua, ha tirado toda su ropa interior y la ha sustituido por ropa 100% algodón, aunque hay veces que el picor es tan insoportable que no lleva ropa interior.

Antecedentes familiares: No relevantes excepto que considera, que “puede ser de familia” ya que su hermana también tiene picores.

Antecedentes personales: hipotiroidismo subclínico. Dislipemia. Sobrepeso. Ansiedad. NANC.

Exploración física: se observa placa blanca desde introito vaginal hasta el ano, con la presencia de una fisura en horquilla de labios menores. Capuchón de clítoris y labios menores sin cambios anatómicos. Placa blanca tipo “vitíligo” en vestíbulo. También se observan cicatrices blancas en los pliegues interlabiales.

A simple vista, por el patrón liquenoide de placas blancas en forma de 8 y por los síntomas, se sospecha de liquen escleroso atrófico. Se realizan fotos con permiso de la paciente, para enviarlas junto con la exploración y entrevista a dermatología en una e-consulta, para un diagnóstico lo más precoz posible y por si hubiera necesidad de biopsia.

Se explica a la paciente la sospecha de un LEA, las características que tiene y la necesidad de una continuidad en el seguimiento de la dermatosis. Se indica aceite vegetal de coco virgen o concentrado de vitamina E o vaselina pura para calmar los picores y la disuria y se vuelve a citar para los resultados obtenidos desde la e-consulta de dermatología con su MAP y matrona, de manera conjunta.

Tras el envío de las fotos, desde el equipo de dermatología, se considera que claramente es un LEA. Dada la exploración, no sería necesario biopsia y la citan de manera presencial para dentro de 1 mes en la consulta de dermatología.

Se vuelve a realizar una nueva exploración revistando cada estructura anatómica, haciendo fotos necesarias para explicar las zonas que se tiene que aplicar la pomada y se confirma que no hay sinequias, sí estenosis del introito vaginal leve, estando la zona más afectada la parte de introito y ano.

Su MAP la receta el corticoide de alta potencia, en este caso clovate, indicado por dermatología en la dosis necesaria y desde la consulta de matrona se explica con fotos la localización y la posología de la aplicación de la pomada. Se cita a las 6 semanas para seguimiento tras su cita con dermatología. Se refuerza nuevamente las características de la enfermedad, el riesgo de malignidad y la importancia de la continuidad del tratamiento.

Se trabaja la esfera sexual y erótica, fomentando prácticas no coitales hasta que mejore la clínica y se pueda trabajar el tejido afectado. Se trabajan los autocuidados indicando a la paciente que:

- Evite productos químicos, desodorantes u otros perfumen en la vulva y zona perianal.
- Limpieza a toques con papel tras micción o defecación y con agua sin jabón en la higiene diaria tal y como lo hacía previamente.
- Ropa interior de seda, incluso para dormir sin ropa interior.

A las 4 semanas, se cambia la posología y pasa a aplicarse los corticoides tópicos en días alternos.

A las 6 semanas se cita con la matrona y comenta que los días que no se aplica la pomada tiene aún mucho picor, por tanto, su MAP indica seguir aplicando el clovate todos los días hasta 2 semanas más y después días alternos hasta la siguiente revisión con la matrona. Por parte de la matrona se comprueba nuevamente la adhesión al tratamiento y su importancia además de exploración física.

Tras 8 semanas se encuentra mejor, sin picor los días alternos y se cambia la posología a la de mantenimiento, aplicado el clovate 2 veces en semana, por las noches.

Se enseñan ejercicios de suelo pélvico y masajes con el aceite en introito para empezar a activar circulación de la vulva, hidratar y mejorar la elasticidad. Revisión a los 3 meses.

Tras 3 meses, se encuentra genial. No tiene picor, ni ardor, ni disuria y puede dormir sin problemas. Pero sí que tiene dispareunia que le imposibilita practicar el coito y eso sigue afectando en su ánimo, misma sensación de desesperanza y dificultad con la pareja.

En exploración, aún se observan las placas blancas con aspecto de papel de celofán, pero sin lesiones y las cicatrices de los pliegues interlabiales, aun con rigidez en el tejido.

La matrona tranquiliza a la paciente y explica con un espejo que aun la piel no se ha recuperado. Recomienda mantener misma pauta, pero deriva a la paciente a fisioterapeuta para posible tratamiento de las cicatrices con radiofrecuencia y con sexología para el trabajo de la erótica en pareja.

Se mantiene el seguimiento conjunto de matrona en atención primaria cada 6 meses con la consulta de dermatología de manera indefinida.

En las visitas posteriores, la paciente no ha vuelto a tener nunca más picor, la piel está mucho más regenerada y no presenta alteraciones de la piel sana cercana por el tratamiento tópico del clovate.

El manejo de la erótica por parte de la pareja y por ella ayuda a mantener una mejor satisfacción sexual, así como la terapia con la fisioterapeuta, la hidratación y los ejercicios, pero la paciente considera que nota que no termina de encontrarse totalmente recuperada cuando practica el coito, siendo una práctica que no siempre es posible realizarla. Aún dicho lo último, considera que su calidad de vida ha mejorado notoriamente.

4 Discusión-Conclusión

Las mujeres con LEA, experimentan a menudo desesperanza y frustración por los tratamientos fallidos que prolongan los síntomas y producen desconfianza profesional ante la falta de experiencia, alargando el diagnóstico. Este hecho, que produce una prolongación en el paso del tiempo, aumentando la posibilidad de que desarrollen cambios estructurales irreversibles o que se necesita de cirugía y de tratamientos más complejos, que suelen ser muy caros y no están al alcance de todas las mujeres, reduciendo las posibilidades en el alivio de los síntomas y

mejora de la calidad de vida, además de la disforia sexual.

Por ello, un diagnóstico precoz con el tratamiento adecuado desde el principio, reduce la morbilidad tanto por la angustia del picor como en la esfera sexual, evitando mayores complicaciones, principalmente reduciendo el riesgo de probabilidad de malignidad como el cáncer epidermoide vulvar.

De igual manera, realizar un seguimiento periódico sobre la evolución de los síntomas genitales y en la esfera sexual y acompañar en los avances, ayuda a que, en el caso de necesitar terapia coadyuvante, interprofesional o alternativa al corticoide, se puede detectar la necesidad y derivar a los profesionales adecuados, reduciendo nuevamente la posibilidad de tratamientos no efectivos o no necesarios y realizar un diagnóstico precoz en el caso de sospecha de malignidad.

Las matronas de atención primaria, somos un equipo que, para transmitir toda la información, la ayuda en el diagnóstico, el seguimiento y el trabajo en la esfera sexual y prevención de síndrome genitourinario, podemos desarrollar adecuadamente, ya que tenemos la experiencia en el manejo de la anatomía y fisiología de los genitales femeninos y la técnica para elaborar una exploración exhaustiva. La infraestructura en la sala con una camilla, pues permite la exploración ginecológica amplia en atención primaria. Y por nuestra visión enfermera biopsicosexual y emocional y siendo profesionales generadoras de autocuidados, somos el personal adecuado para el seguimiento de mujeres con LEA, con la competencia para transmitir, enseñar y proporcionar las habilidades necesarias para todos los autocuidados y manejo del tratamiento en una enfermedad crónica como el LEA, además en la ayuda del diagnóstico por nuestra formación en la exploración física de los genitales y la formación académica en las alteraciones dermatológicas vulvares.

A modo de conclusión, el LEA, es una enfermedad crónica infra diagnosticada e infra tratada, por el tabú que existe en cuanto a la zona genital, motivo por el cual, se suele convivir con el problema mucho tiempo hasta que se acude a un centro sanitario y por la dificultad en el diagnóstico exacto ya que se realizan muy pocas biopsias y por los síntomas que presentan, que se suelen asociar a otras enfermedades tipo vaginitis/vaginosis, existiendo un sobre tratamiento que no es eficaz porque no es el indicado, además de la desesperación de la mujer al convivir con una circunstancia tan angustiosa dificultando su calidad de vida, sobre todo en la esfera sexual, durante mucho tiempo.

A todo ello se suma la dificultad de la adherencia al tratamiento, la falta de información sobre el uso de corticoides tópicos de alta potencia para el LEA por parte de los profesionales y, por ende, la falta de información de calidad que la paciente recibe y la constancia de aplicar el tratamiento y aplicarlo correctamente.

Desde la consulta de matrona, es posible evitar estas circunstancias tan dañinas para la mujer realizando una exploración exhaustiva, derivando a dermatología para el diagnóstico y tratamiento precoz y acompañar a la mujer en el seguimiento y en el manejo de los síntomas, proporcionando a esta información actualizada con alta evidencia científica, alivio de los síntomas, proporcionar herramientas y trabajar con ellas sus autocuidados y derivar precozmente ante la sospecha de malignidad.

5 Bibliografía

1. González-Cruz C, Ferrándiz-Pulido C. Liquen escleroso genital. Piel [Internet]. 2018 [Citado 20 Ene 2022]; 33 (2):129-136. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.piel.2017.05.025>.
2. Kreklau A, Vâz I, Oehme F, Strub F, Brechbühl R, Christmann C, Günthert A. Measurements of a 'normal vulva' in women aged 15-84: a cross-sectional prospective single-centre study. BJOG [Internet]. 2018 [Citado 25 Ene 2023];125(13):1656-1661. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.15387>.
3. Medina Garrido C, Cano García A, de la Cruz Cea L, Oreja Cuesta AB. Mid-term symptomatic relief after platelet-rich plasma infiltration in vulvar lichen sclerosus. Arch Dermatol Res [Internet]. 2023 [Citado 03 Feb 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36656384/>.
4. Mendieta-Eckert M, Torrontegui Bilbao J, Zabalza Estévez I, Landa Gundin N, Tratamiento de liquen escleroso y atrófico vulvar con láser de dióxido de carbono fraccionado. Presentación de cuatro casos, Actas Dermo-Sifiliográficas [Internet]. 2021 [Citado 30 Ene 2022]; 112(1):85-88. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731020302301>.
5. Smith AB, Muhammad NI, Cigna ST, Krapf, JM. A systematic review of sexual health consequences among. Sex Med Rev [Internet]. 2023 [Citado 01 Feb 2023]; 11(1): 8-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/sxmrev/qeac002>.
6. Theodora T. Mautz, Jill M. Krapf, Andrew T. Goldstein, Topical Corticosteroids in the Treatment of Vulvar Lichen Sclerosus: A Review of Pharmacokinetics and Recommended Dosing Frequencies, Sex Med Rev [Internet]. 2022 [Citado 01 Feb 2022]; 10 (1): 42-52. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2050052121000330>.

Capítulo 23

DETECCIÓN DE PROCALCITONINA EN EL DIAGNÓSTICO DEL SHOCK SÉPTICO

MARÍA DOLORES COLLADO ZAFRA

MARÍA DOLORES DENIA MARTOS

FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ TELLEZ

ANA CRISTINA AÑOVER SERRANO

LILIANA PATRICIA MONTAÑO HERRERA

1 Introducción

El shock séptico es una patología grave, de actuación emergente, que se da cuando una infección se propaga a través de los vasos sanguíneos por todo el cuerpo y produce una presión arterial baja.

Este tipo de shock puede ser producido por cualquier tipo de virus, hongo o, más comúnmente, bacterias, que al liberar toxinas al torrente sanguíneo causan daño en los tejidos, baja la presión arterial y como consecuencia se produce un bajo rendimiento de los órganos. Suele ser más común la prevalencia en edades muy jóvenes o muy avanzadas.

Existen algunos factores de riesgo predisponentes que son diabetes, enfermedades inmunitarias, uso prolongado de sondaje vesical, consumo continuo o

desmesurado de antibióticos y haberse sometido a algún trasplante de un órgano o medula ósea.

Esta afección tiene una prevalencia de alta mortalidad, ya que, ocasiona complicaciones que normalmente son de atención en los servicios de cuidados intensivos, como insuficiencia respiratoria con necesidad de ventilación mecánica invasiva, insuficiencia cardíaca con necesidad de uso de hemodiálisis o hemo filtración, gangrena por la falta de oxígeno en los órganos y tejidos, lo que en ocasiones, produce la amputación de algún miembro o varios tanto inferiores como superiores.

La procalcitonina, encontrada en el plasma en pequeñas cantidades, es un polipéptido, que se eleva a cifras muy elevadas cuando una persona sufren un shock séptico.

2 Objetivos

Conocer el procedimiento de la detección de procalcitonina en el diagnóstico del shock séptico.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica de la literatura científica dónde se ha buscado información y artículos en diferentes bases de datos medicas como Scielo, Pubmed, Embase y Google Académico.

Para la selección de los artículos se pusieron métodos de inclusión y exclusión, idioma español e inglés y una fecha de publicación inferior a diez años.

4 Resultados

Se realizó una búsqueda exhaustiva con las palabras clave shock séptico y procalcitonina y se obtuvo un total de 1935 resultados. Tras aplicar los métodos de inclusión y exclusión, así como escalas de validación, se obtuvo un total de 5 estudios o artículos para la obtención de resultados.

Según el autor Hui Li et al. el uso de la medición de la procalcitonina en pacientes en estado crítico por una infección bacteriana, redujo el consumo de antibióticos por parte de la persona enferma, aunque también destaca, que el uso de esta no disminuye la tasa de mortalidad, la probabilidad de necesitar ser asistido por la

unidad de cuidados intensivos ni reduce el tiempo de hospitalización tras sufrir un shock séptico.

En otro estudio realizado por Wacker et al. utilizaron la medición de procalcitonina en pacientes pediátricos en estado crítico y acabó concluyendo que no es un parámetro eficaz para la detección del shock séptico.

En el estudio realizado por Ruiz Álvarez et al. se hizo la comparación entre la medición de la procalcitonina frente a la proteína C reactiva (PCR), proteína producida por el hígado que se eleva en sangre tras un proceso inflamatorio, en pacientes con sospecha de sepsis, concluyendo que la medición de la procalcitonina es más específica para la obtención del diagnóstico.

Nakamura et al. publicó un artículo en el que hizo medición de procalcitonina en pacientes con disfunción renal y sospecha de shock séptico, en el que finalmente concluye que no es eficaz la medición de esta, ya que los valores analíticos se ven alterados por la patología de base.

Por último, en el estudio realizado por Heper et al. se hizo una comparación de la medición en las primeras 72 horas de ingreso de procalcitonina, interleuquina y proteína C reactiva en pacientes con shock séptico concluyendo que los niveles de procalcitonina son los que se elevaban más rápidamente ayudando a un diagnóstico precoz.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de los resultados se puede concluir que la medición de la procalcitonina ante la sospecha de shock séptico, es exitosa en pacientes adultos para un diagnóstico correcto, rápido y eficaz.

Se han obtenido limitaciones en el estudio, ya que la medición de este polipeptido, no es de gran utilidad para un diagnóstico diferencial en pacientes pediátricos o con otras patologías, por lo que no se puede considerar una prueba específica y definitiva de detección precoz del shock séptico, y habría que recurrir a otros tipos de pruebas complementarias como radiografías o hemocultivos, lo que supone un retraso en concluir el diagnóstico definitivo.

6 Bibliografía

1. Barba EJ. Procalcitonina. Su papel como biomarcador de sepsis Rev Mex Patol Clin, Vol. 55, Núm. 3, pp 157-167 • Julio - Septiembre, 2008 <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2008/pt083f.pdf>.

2. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Cooper-Smith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016 Feb 23;315(8):801-10. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>.
3. Wacker C, Prkno A, Brunkhorst FM, Schlattmann P. Procalcitonin as a diagnostic marker for sepsis: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(5):426-35. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70323-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70323-7).
4. Nakamura Y, Murai A, Mizunuma M, Ohta D, Kawano Y, Matsumoto N, et al. Potential use of procalcitonin as biomarker for bacterial sepsis in patients with or without acute kidney injury. *J Infect Chemother* [Internet]. 2015;21(4):257-63. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1341321X14004140>.
5. Heper Y, Akalin EH, Mistik R, Akgöz S, Töre O, Göral G, et al. Evaluation of serum C-reactive protein, procalcitonin, tumor necrosis factor alpha, and interleukin-10 levels as diagnostic and prognostic parameters in patients with community-acquired sepsis, severe sepsis, and septic shock. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2006;25(8):481-91. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10096-006-0168-1>.
6. Ruiz-Alvarez MJ, García-Valdecasas S, De Pablo R, Sanchez García M, Coca C, Groeneveld TW, et al. Diagnostic efficacy and prognostic value of serum procalcitonin concentration in patients with suspected sepsis. *J Intensive Care Med*. 2009;24(1):63-71. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0885066608327095>.
7. Li H, Luo YF, Blackwell TS, Xie CM. Meta-Analysis and Systematic Review of Procalcitonin-Guided Therapy in Respiratory Tract Infections. *Antimicrob Agents Chemother*. 2011 Dec;55(12):5900-6. <http://aac.asm.org/content/55/12/5900.full.pdf+html>.

Capítulo 24

ENFERMERÍA Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: CLAMIDIAS

LORENA MONZÓ VALDEPEÑAS

LIDIA CAPILLA GALLARDO

VERÓNICA SANZ MINGUEZ

SARA RODRIGUEZ-BORLADO MOLERO

ROCIO MORA PÉREZ

1 Introducción

Las infecciones por Clamidias se consideran enfermedades de transmisión sexual (ETS) comunes tanto a hombres como a mujeres y pueden causar problemas graves y permanentes en el sistema reproductivo femenino e incluso causar infertilidad. El embarazo se vuelve más difícil o incluso imposible. Puede causar un embarazo ectópico, que puede ser fatal. La Clamidia es un grupo especial de bacterias con el mismo ADN, ARN, ribosomas, ácidos nucleicos y paredes celulares que las bacterias Gram negativas. Requieren que la célula huésped obtenga tres de los cuatro nucleósidos trifosfatos para sintetizar sus propias proteínas usando el trifosfato de adenosina del huésped. El ciclo de vida se realiza principalmente en la célula.

Su infección (llamada cuerpo) se adapta fácilmente a la vida extracelular. Una vez que invaden un huésped adecuado, se adhieren a la superficie de ciertos tejidos (particularmente tejidos epiteliales columnares o de transición) y penetran en las células con la ayuda del organismo. Luego se convierte en un organismo reticulado y se adapta fácilmente a la vida intracelular. Sufre varias fisiones binarias hasta ocupar la mayor parte de la célula, convirtiéndose en lo que se conoce como cuerpos de inclusión que resisten la actividad lisosomal.

Unas horas más tarde, el cuerpo reticular dentro de la inclusión se transforma en un cuerpo basal, infecta a otras células y al huésped y comienza un nuevo ciclo de vida.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Realizar una revisión bibliográfica de las ETS Clamidia.

Metas secundarias:

- Conocer los diferentes géneros de Chlamydia.
- Describe la morfología y etiología de la mayoría de los géneros.
- Identificar sus principales manifestaciones clínicas.
- Detalles de las diversas formas de diagnóstico y tratamiento.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica. Se han utilizado las siguientes bases de datos: Scielo, Dialnet y Google académico.

Las palabras clave utilizadas han sido: “Clamidias”, “ETS”, “Enfermedades de transmisión sexual”, “Chlamydia”, “Trachomatis”, “enfermería en enfermedades de transmisión sexual”.

4 Resultados

El género Chlamydia tiene 12 especies, 3 de las cuales son patógenas para los humanos.

- Chlamydia trachomatis: Esta especie solo causa enfermedad en humanos. Causa del tracoma, diversas enfermedades de transmisión sexual e infecciones perinatales.
- Chlamydia pneumoniae: Causa infecciones del tracto respiratorio superior y neumonía, especialmente en niños y adultos jóvenes. La infección se pro-

duce por inhalación entre contactos cercanos. - Chlamydia Psittaci: Infecta principalmente a los animales. En humanos, causa enfermedad solo cuando afecta a las aves, provocando fiebre con neumonía. Epidemiología:

Chlamydia trachomatis es la principal causa de infecciones bacterianas en los países desarrollados. Es más común en personas de 20 años y más común en mujeres que en hombres. Las infecciones recurrentes son comunes.

Fisiopatología:

Es principalmente una infección del epitelio cilíndrico de las membranas mucosas de las vías respiratorias, los ojos y los genitales y puede persistir durante meses o años si el paciente no recibe tratamiento. Cuando la infección es asintomática o tiene síntomas mínimos en las trompas de Falopio, puede causar inflamación e interrupción crónicas, lo que lleva a la infertilidad.

Manifestaciones clínicas:

Los síntomas clínicos de Chlamydia trachomatis suelen ser asintomáticos (70%), pero en algunos casos pueden dar lugar a:

- Sangrado entre periodos. Sangrado vaginal después del coito.
- calor. - Dolor de estómago.

Dolor durante el sexo. Sensación de ardor al orinar y necesidad de orinar con más frecuencia.

Un flujo vaginal nuevo o diferente. Dolor, picazón, sangrado o mucosidad en el recto (si tiene Clamidia en el recto).

- Ojos inyectados en sangre, con comezón, secreción de pus (en caso de contacto con los ojos). Si no se trata, puede causar:
- Uretritis no gonocócica y gonocócica: La uretritis no gonocócica ocurre en hombres y no es causada por gonorrea. La uretritis gonocócica se refiere a un caso de uretritis, pero también ocurre en hombres semanas después de otro caso de uretritis tratado con antibióticos que no son activos contra la Clamidia, como los betalactámicos.
- Síndrome de la uretra femenina: caracterizado por síntomas similares a los de la cistitis (disuria, disuria, dolor al orinar, piuria) en ausencia de las bacterias que causan la cistitis. - Epididimitis: Aparece en hombres con dolor unilateral en el escroto, fiebre, epidídimo agrandado y dolor. Puede ser necesaria la hospitalización. Debe hacerse un diagnóstico diferencial con la naturaleza de la torsión testicular.

Proctitis: Ocurre en hombres del mismo sexo que tienen sexo anal o mujeres heterosexuales que tienen sexo anal. Es asintomático o completamente asintomático.

- Síndrome de Reiter: un síndrome caracterizado por conjuntivitis, artritis y erupción de las mucosas. Con uretritis (o cervicitis en mujeres) y gastroenteritis.

Cervicitis purulenta: Generalmente asintomática. Es muy común en mujeres sexualmente activas. Presencia de secreciones de la mucosa cervical de color amarillo pálido con leucocitos detectados por tinción de Gram. Enfermedad inflamatoria pélvica: Causada por la propagación de microorganismos a lo largo del tracto reproductivo femenino. A la cervicitis le siguen endometritis, salpingitis y peritonitis pélvica. Dolor en la parte inferior del abdomen y la aparición de hemorragias nasales.

- Perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis): Dolor y fiebre agudos o subagudos en la parte inferior derecha del abdomen con pocos o ningún síntoma en la parte inferior del abdomen. El diagnóstico diferencial de la colecistitis aguda generalmente se realiza mediante ultrasonido.
- Conjuntivitis por C. Trachomatis del adulto: Unilateral, manifestada por sensación de cuerpo extraño y secreción purulenta. A menudo se acompaña de linfadenopatía delante de la oreja. - Linfoma Venoso: Infección crónica causada por C. Trachomatis serotipos L1 a L3. Aunque es una enfermedad de transmisión sexual, también se ha transmitido a través de la exposición a garrapatas y patógenos de laboratorio.
- Otras infecciones: casos aislados de otras infecciones causadas por C. Trachomatis: endocarditis, peritonitis, infecciones del tracto respiratorio superior, pleuritis, periapendicitis y neumonía en adultos.

5 Discusión-Conclusión

Debido al desconocimiento sobre las infecciones por Clamidia, los jóvenes subestiman los riesgos percibidos y aumentan las conductas sexuales de riesgo, tanto en cuanto a las vías de transmisión como a sus características clínicas.

Actualmente no existe una vacuna eficaz para prevenir esta infección, pero se puede prevenir fácilmente tomando las precauciones adecuadas, como usar condones durante la actividad sexual. El diagnóstico y el tratamiento tempranos son las principales formas de prevenir la infección. La educación sexual para la población también es sumamente importante, especialmente para los jóvenes. Porque el problema se puede controlar si se informa a una gran parte de la población sobre los riesgos y cómo prevenirlos. Esta salud será más fácil en el futuro. Hoy en día, no solo son útiles procedimientos de diagnóstico tan simples y confiables, sino que también existe la existencia de tratamientos antibióticos sustanciales, algunos de dosis única, los cuales son efectivos para controlar estas infecciones.

6 Bibliografía

1. Martín PN, Domínguez BS, Soro AE, Álvarez NE, Miramón MV, Martínez MM. Enfermedad de transmisión sexual: Clamidia. Revista Sanitaria de Investigación. 2021; 2 (10).
2. Roca B. Infecciones por clamidias. An Med Interna. 2007; 24 (6): 292-299.
3. Araya EV, Pezoa SK, Saavedra AM, Aravena RJ. Conocimiento y creencias sobre infección por Clamidias en gente joven. Revisión narrativa. Rev chil obstet ginecol. 2019; 84 (5):403-415.

Capítulo 25

ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE

LORENA MONZÓ VALDEPEÑAS

LIDIA CAPILLA GALLARDO

VERÓNICA SANZ MINGUEZ

SARA RODRIGUEZ-BORLADO MOLERO

ROCIO MORA PÉREZ

1 Introducción

Desde el nacimiento todos los individuos tienen que llevar a cabo una alimentación equilibrada y adecuada, para poder asegurar un correcto crecimiento y un desarrollo psicomotor.

El lactante se alimenta principalmente de leche. Puede ser de origen materno o leche artificial. Su velocidad de crecimiento es rápida y se da comienzo a la maduración de los distintos órganos y sistemas.

Existen varias etapas o periodos en el desarrollo y crecimiento del recién nacido:

- Periodo de lactancia: la leche es el alimento exclusivo que recibe el niño, mínimo debe comprender hasta los 6 meses de vida.
- Periodo transicional: desde los 6 a 12 meses de vida, en esta etapa se comienza a dar nuevos alimentos de forma escalonada.
- Periodo de adulto: el niño va adoptando una alimentación similar a los adultos.

Todos los recién nacidos el primer alimento que reciben es la leche, pudiendo ser de origen materno o artificial. Cualquier opción es adecuada y correcta, no debiéndose criticar la decisión tomada. Sin embargo, existen muchas creencias y mitos, que llevan a las embarazadas a tomar decisiones anticipadas y no elegir su mejor opción. Por eso es importante que todas las madres conozcan todas las alternativas que disponen y que junto a sus parejas tomen la decisión más apropiada para cada situación.

2 Objetivos

Efectuar una revisión bibliográfica para conocer mejor los distintos tipos de leches que dispone un lactante, para ayudar a los padres a tomar una decisión adecuada según sus necesidades.

3 Metodología

Para realizar el capítulo de libro se ha ejecutado una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos, como son Pubmed, Dialnet, Cinahl. Se han utilizado varias palabras clave para realizar la búsqueda como son: “infant”, “child”, “nutrition”, “feeding”. Se han empleado los siguientes operadores booleanos: “AND” y “OR”.

4 Resultados

La decisión de dar al recién nacido leche materna o artificial, es el primer dilema que se encuentran los padres con el bebé. La OMS por todos es conocido que recomienda la lactancia materna como mejor opción, ya que aporta inmunoglobulinas que ayudan a luchar contra las infecciones que puedan desarrollar. Sin embargo, hay múltiples elementos que pueden llevar a elegir la lactancia artificial.

Ventajas de la lactancia materna:

- Protección contra enfermedades e infecciones, ya que se transmiten los anticuerpos de la madre al bebé.
- Ayuda a prevenir las alergias, asma, diabetes, obesidad y síndrome de muerte súbita del lactante.
- La leche materna es rica en lactosa, proteína y grasa. Se digiere con mayor facilidad que la artificial, presentando menos diarrea y estreñimiento.
- Es gratuita.

- Disponibilidad.
- Prevención de obesidad.
- Algunos estudios han determinado que los niños alimentados con lactancia materna tienen un mayor coeficiente intelectual.

Desventajas de la lactancia materna:

- Incomodidad y molestias al principio de dar el pecho.
- Requiere mucho tiempo y disponibilidad 100% de la madre, por lo que puede crear problemas a la hora de compaginarlo con la vida cotidiana, quehaceres diarios o con el trabajo.
- Las mujeres deben tener cuidado con su dieta, porque puede transmitírselo al bebé. Sobre todo, deben evitar los pescados ricos en mercurio, el alcohol, cafeína.

Ventajas lactancia artificial:

- Comodidad y flexibilidad, se puede dividir esta tarea, ya que todos los convivientes o familiares pueden alimentar al recién nacido.
- Se dedica menos tiempo y tarda más en digerirse por lo que asimismo se necesitan un menor número de tomas.
- Respecto a la dieta no se requiere seguir ninguna recomendación.

Desventajas de la lactancia artificial:

- No se transmiten anticuerpos de la madre al niño, por lo que podría estar más vulnerable a coger mayor número de infecciones.
- Supone un aporte económico.
- Pueden ocasionar mayor estreñimiento y gases en el recién nacido.

5 Discusión-Conclusión

Con este capítulo se han abordado las diferencias que existen entre elegir dar lactancia materna o artificial. Ambas son igual de buenas, pero se pueden encontrar diferencias, las cuales los padres deben abordar para poder decidir cuál le darán a su bebé.

Como hemos comprobado, los beneficios que hacen a la lactancia materna ser la recomendada por la OMS es su poder de transferir las inmunoglobulinas de la madre al feto, haciendo que su sistema inmune esté más preparado para poder combatir las posibles infecciones. Además, es gratuito. No obstante, hay madres que por su fisiología o por su tipo de trabajo o porque lo ha elegido así, no es viable este método siendo igual de bueno la lactancia artificial.

6 Bibliografía

1. Mossberg AK, Puchades M, Halskau O, et al. HAMLET interacts with lipid membranes and perturbs their structure and integrity. PLoS One 2010; 5: e9384.
2. Blanco-Cedres L. Guerra M. E.Rodriguez Sebastian. Lactancia Materna En La Prevencion De Habitos Orales Viciosos De Succion Y Deglucion. Acta Odontol. Venez V.45 N.1 Caracas Ene. 2007
3. Robert M., Kliegman R., Behrman E. "Tratado de pediatria". Ed. Elsevier. 17va edicton. Mexico, D.F. 2004.

Capítulo 26

ENFERMERÍA Y LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES EN EL PACIENTE CRÍTICO CON VIA AÉREA ARTIFICIAL

LORENA MONZÓ VALDEPEÑAS

LIDIA CAPILLA GALLARDO

VERÓNICA SANZ MINGUEZ

SARA RODRIGUEZ-BORLADO MOLERO

1 Introducción

La aspiración de secreciones en pacientes con respiración artificial consiste en la extracción de secreciones de la tráquea o bronquio a través de una sonda que se introduce en la boca, nariz, tubo endotraqueal o por un estoma traqueal. A pesar de ser un procedimiento necesario, puede ocasionar complicaciones como lesión en la mucosa traqueal, dolor, hipoxemia, cuadros no justificados de arritmias, infección, alteración de los parámetros hemodinámicos, alteración de la presión intracraneal entre otras muchas complicaciones.

La existencia de secreciones bronquiales abundantes, pueden complicar la evolución favoreciendo la aparición de neumonía nosocomial y con ello prolongando la ventilación mecánica.

Como refiere Marjorie Gordon, una valoración de enfermería adecuada, resulta clave para prevenir posibles complicaciones, por ello, toda enfermera debe saber como intervenir y aspirar las secreciones con datos que avalen su presencia.

El personal de enfermería es el profesional encargado de realizar esta técnica, así como en los cuidados necesarios para su buen funcionamiento y resolución o disminución de las complicaciones derivadas de su manejo. Requiere un conocimiento de la realización de la técnica, así como conocer las posibles complicaciones asociadas con las que nos podemos encontrar. Es un procedimiento estéril, por lo que en todo momento debemos de preservar una técnica aséptica. La tarea a desarrollar por el personal de enfermería debe alcanzar los siguientes objetivos:

Conservar permeable la vía aérea del paciente.

Eliminar las secreciones que puedan obstruir la vía aérea.

Favorecer la ventilación pulmonar.

2 Objetivos

Describir la importancia de la aspiración de secreciones en el paciente crítico con vía aérea artificial, destacando el papel de enfermería en este procedimiento.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se llevó a cabo una exhaustiva y pertinente búsqueda y revisión bibliográfica en SciELO, PubMed y Fistera, con los términos “Aspiración secreciones”, “técnica aspiración” y “ventajas aspiración”. Del mismo modo, se revisaron diversas revistas científicas que trataban el tema, con importante relevancia al respecto.

4 Resultados

El correcto conocimiento de la técnica de aspiración de secreciones forma parte de las funciones del Personal de Enfermería, tanto si se trata del procedimiento realizado en la vía aérea artificial, como nos referimos a todos aquellos pacientes que no son capaces, por su estado precario de salud, de eliminar sus propias secreciones.

De la buena praxis del Personal Sanitario, depende el bienestar de los enfermos que la necesitan. Estos pacientes engloban todas las edades posibles, desde la etapa Neonatal hasta la senectud, ya que, en cualquiera de las etapas de la vida del ser humano, puede ser útil y necesario su realización.

El conocimiento ha de ser amplio, ya que el Personal implicado en su práctica deberá controlar no solo las diferentes circunstancias en las que está indicado, sino detectar, precozmente, cuándo el paciente la precisa, para mejorar su estado de salud general y disminuir las posibles dificultades respiratorias que puedan ir surgiendo. Además, la técnica, podrá ser tanto de aspiración cerrada como abierta, siendo ambas adecuadas, la elección de una a otra depende, en gran parte, del Personal de Enfermería, motivo por el cual se fortalece la idea de que los Sanitarios habrán de estar perfectamente instruidos en dicho proceder.

Del empleo de un correcto manejo estéril de todos los dispositivos, es decir, del material implicado, depende la disminución de las posibilidades de infección en el paciente. Conlleva un punto de vital importancia, más en los casos en los que los enfermos están inestables. Por tanto, no se puede tampoco obviar que lleva implícita una serie de complicaciones, que la Enfermera deberá tener presentes, para anticipar, prevenir o, en las ocasiones en las que no se hayan podido evitar, resolver, lo antes posible.

No nos podemos olvidar de otros usos que se obtendrán, y son igualmente importantes. Entre ellos destacarían la obtención de muestras del árbol traqueo-bronquial, con lo que se llegarían a Diagnósticos más exactos, poniéndoles el tratamiento adecuado en un tiempo más breve, ayudando a una pronta mejora del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las ventajas que se aportan, a los enfermos, mediante la aspiración de secreciones, son numerosas e innegables, es más, la técnica deberá ser llevada a cabo siempre y cuando el paciente la precise, pero no cuando no sea necesario.

El trabajo respiratorio y el bienestar de los pacientes, dependerán, en gran medida, de saber utilizarla en el momento correcto. Esto será tan importante como la buena realización de la técnica o el uso del material estéril.

Los protocolos de los distintos centros hospitalarios, ayudan para regularizar este procedimiento, e igualar el proceder del Personal, de ahí que resulte interesante la creación e implantación de los mismos.

6 Bibliografía

1. López Pinelo H., Ortiz López A., Orosio Méndez M., Cruz Sánchez E., López Jiménez E., Cruz Ramírez T., Mijangos Fuentes A. Técnica de aspirado en Neonatos: una revisión de la literatura. ELSEVIER. Enfermería Universitaria. Vol.

13. Pag. 187 – 192. 2016.

2. Oliveira Fevretto D., De Campos Pereira Silveira R. C., Marín Da Silva Canina S. R., Garbin L. M., Titareli Merizio Martins F., Barcellos Darli M. C. Aspiración

Capítulo 27

ACCIDENTALIDAD Y PREVENCIÓN EN EL SECTOR DE LA MINERÍA

PAULA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La minería es una actividad económica del sector primario representada por la explotación o extracción de los minerales que se han acumulado en el suelo y subsuelo en forma de yacimientos.

Se considera una de las actividades más antiguas de la humanidad, y siempre ha constituido uno de los indicadores básicos de las posibilidades de desarrollo económico de un país.

La siniestralidad laboral continua siendo uno de los problemas fundamentales de la sociedad y economía española.

La minería tiene una tasa anual de incidencia de accidentes de las más elevadas del país.

Una cosa en común que tienen las catástrofes mineras es que se producen por derrames, derrumbamientos o atrapamientos, pero en el 40% de los casos se deben al grisú. Este es un componente de la hulla, que supone un peligro constante y su presencia es inevitable.

La accidentalidad en la mina, aparte de mortalidad, también produce enfermedades profesionales e incapacidades laborales transitorias o definitivas.

A pesar de los importantes esfuerzos realizados en muchos países, la tasa mundial de víctimas mortales, lesiones y enfermedades entre los trabajadores del sector muestra que la minería sigue siendo el trabajo más peligroso en relación con el número total de trabajadores dedicados a esta actividad.

Hoy en día las medidas de seguridad han mejorado mucho. Es difícil que ocurran accidentes como los de hace años, pero no imposible. Existen normas de seguridad, pero el accidente ocurre igual; es imprevisible e inevitable.

2 Objetivos

- Dar a conocer las diferentes enfermedades profesionales ocasionadas en el sector de la minería, en especial de la silicosis.
- Conocer la importancia de la prevención y medidas de protección de la actividad laboral.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de documentos de sociedades científicas sobre accidentalidad laboral y riesgos en el sector de la minería.

Estrategia de búsqueda. Para obtener los diferentes recursos y fuentes de información, se ha acudido a las siguientes bases de datos: Medline, PubMed, Google Académico, Elsevier, y se han empleado las siguientes palabras clave:

- Minería
- Accidentalidad laboral
- Enfermedades profesionales
- Prevención de Riesgos laborales

4 Resultados

En relación al tipo de explotación, en minería existen dos tipos:

- Minería subterránea. Son las actividades que se realizan para extraer las materias primas depositadas bajo tierra y transportarlas hasta la superficie.
 - Minería a cielo abierto. Se refiere a toda aquella excavación realizada por encima del terreno con el objeto de extraer cualquier mineral de un depósito natural.
- Aunque ambas formas de trabajo provocan problemas que afectan a los trabajadores, la minería subterránea presenta características que la hacen mucho más peligrosa.

La accidentalidad en la mina no solo se debe medir por el balance de muertos que, sino también por el elevado número de incapacidades que provoca (tanto transitorias como permanentes) y por el número de enfermedades profesionales que ocasiona.

Entre las enfermedades profesionales más habituales en el ejercicio de esta profesión podemos encontrar:

- Bronquiectasias
- Bronquitis crónica
- Enfisema
- Tuberculosis
- Cáncer de pulmón
- Insuficiencia respiratoria
- Neumoconiosis (silicosis)

Respecto a esta última, se trata de una enfermedad de los pulmones incapacitante y a menudo mortal, provocada por la inhalación de polvo que contiene sílice.

Por lo general, son necesarios entre 10-15 años de exposición al sílice para que comiencen a desarrollarse los síntomas (disnea, pérdida de peso, tos...).

Los riesgos en las actividades mineras están íntimamente asociados, ya que en muchos casos no es posible la elección ni la localización ni el lugar de trabajo.

Los trabajadores tienen el derecho y la necesidad de conocer los riesgos generales y específicos que pueden presentarse en los lugares de trabajo, cuáles son las medidas de prevención y protección a tener en cuenta para que el trabajo sea seguro, los efectos que tienen sobre la salud los contaminantes físicos, químicos y biológicos, y las normas de seguridad e higiene aplicables a la industria minera. Para propiciar un entorno laboral seguro será imprescindible:

- Cumplir con las normas y mantener una actitud preventiva.
- Crear un clima de trabajo que favorezca la adopción y desarrollo de una cultura de la seguridad, para lo cual los trabajadores deben desempeñar un papel activo en la identificación de los problemas e implicarse en su solución.

5 Discusión-Conclusión

- El entorno en el que los trabajadores desarrollan su actividad y las condiciones en las que realizan su trabajo, se configuran como elementos de vital importancia a la hora de velar por la salud y seguridad de los empleados.
- Las inversiones en seguridad, la formación y la concienciación de los trabajadores, constituyen los pilares fundamentales para la reducción de la siniestralidad laboral en la minería.
- Es importante realizar esfuerzos e implantar un adecuado sistema de gestión de la seguridad y salud laboral para prevenir todo tipo de accidentes e incidentes.
- Con el paso de los años, el número de accidentes en este sector ha sufrido un importante descenso.

6 Bibliografía

1. Concepto Definición: Concepto de minería. N/A. S/F. <http://conceptodefinicion.de/mineria/>
2. Escanciano García-Miranda, C et. al (2010). Organización de la actividad preventiva y gestión de la seguridad y salud laboral en la minería española: experiencia de las empresas certificadas ISO 9001.86-98.
3. Ministerio de industria, energía y turismo. Junio 2016. Informe de siniestralidad minera.
4. Arenas, E. 25-10-2015. La mina causó más de cinco mil muertos en Asturias desde 1889. <http://www.elcomercio.es/economia/201510/25/mina-causo-cinco-muertos-20151025004449-v.html>
5. Williams C. et al. Agosto 2004. Silicosis: conozca los datos. Publicación No. 2004-108 de DHHS (NIOSH).

Capítulo 28

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA REDUCIR LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACION MECÁNICA

MARÍA DOLORES COLLADO ZAFRA

MARÍA DOLORES DENIA MARTOS

FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ TELLEZ

ANA CRISTINA AÑOVER SERRANO

LILIANA PATRICIA MONTAÑO HERRERA

1 Introducción

Se conoce como neumonía la afección de uno o los dos pulmones en la que los alveolos se llenan de líquido o pus y no se puede realizar correctamente el intercambio gaseoso. Puede ser causada por virus, hongos o bacterias, siendo estas últimas, las mas comunes. Los síntomas más comunes son fiebre, escalofríos, tos, dolor en el pecho y disnea, siendo esta última la que determinaría si está presente, la gravedad de la neumonía.

Para el diagnóstico de la neumonía se puede recurrir a una radiografía, hemocultivos y exploración con estetoscopio y si los síntomas son muy graves puede hacerse uso de cultivo de esputo, tomografía computarizada o TAC, extracción

de líquido pleural para posterior cultivo, extracción de gases arteriales y broncoscopia.

La ventilación mecánica es una técnica de respiración artificial en la que se hace uso de un aparato programado para suplir o colaborar con la respiración del paciente para que mejore la oxigenación.

Existen dos tipos de ventilación mecánica la invasiva y no invasiva.

La ventilación mecánica invasiva conocida como ventilación tradicional, se realiza mediante la colocación de un tubo en la cavidad orotraqueal o tráquea, si presenta traqueostomía, para suministrar oxígeno y precisa de coma inducido.

La ventilación no invasiva sirve para exactamente lo mismo que la invasiva, pero con aparatología que permite mantener el estado de conciencia del paciente.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es conocer las intervenciones de enfermería óptimas para reducir la probabilidad de sufrir neumonía tras el uso de la ventilación mecánica invasiva.

3 Metodología

Se trata de una revisión sistemática de la literatura científica en las diferentes bases de datos médicas como Pubmed, Medline y Scielo.

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva con las palabras clave neumonía, neumonía adquirida, neumonía en paciente intubado.

4 Resultados

Tras realizar la búsqueda con las palabras clave se obtuvo un total de 143 artículos de los cuales se descartaron 70 por no tener relación directa con nuestro tema de estudio. Tras definir unos criterios de inclusión y exclusión y pasar la escalas de validación nos quedó un total de 5 artículos con lo que sacamos nuestros resultados.

En la publicación de los autores Weiet et al. realizan una comparación de los diferentes tipos de intervenciones enfermeras para la realización de la limpieza de las narinas de la cavidad nasal en pacientes intubados, concluyendo que la mejor intervención es una limpieza diaria y cuando sea precisa con clorhexidina al 1%.

En el artículo publicado por Goncalves et al. se estudia los efectos beneficiosos de realizar una correcta y diaria higiene orofaríngea en pacientes en estado crítico sometidos a ventilación mecánica invasiva.

Los autores Lyerla et al. realizan una investigación en la que su hipótesis primaria es si el Angulo de decúbito interfiere en la adquisición de sufrir neumonía adquirida, concluyendo que los pacientes críticos sometidos a una intubación, han sufrido menos neumonías al estar en decúbito supino a una inclinación entre 35 - 40 °.

Bloos et al. realizaron un estudio en el que compara la probabilidad de adquirir neumonía tras ventilación mecánica invasiva en pacientes atendidos por personal de enfermería experto con una experiencia mínima de 3 años o por personal de enfermería con una experiencia mínima inferior a la antes descrita, en los resultados no se vio incrementada la probabilidad de adquirir neumonía tras intubación en aquellos pacientes no que eran atendidos por personal experto.

Sole et. al. publicó un artículo en el que estudio si la reutilización de material de aspiración influye en la probabilidad de adquirir neumonía tras intubación, concluyendo que el uso continuado de un producto que pierde esterilidad guardado en ambiente, aumenta el riesgo de sufrir neumonía en pacientes intubados.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de los resultados, podemos concluir que los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva, siempre que su estado de salud lo permita, debe estar en una posición de decúbito supino o semifowler con el cabecero a una elevación entre 30 - 40 °

Que el uso de clorhexidina al 1% tanto en fosas nasales como cavidad orofaríngea disminuye la colonización de bacterias y por tanto el riesgo de sufrir neumonía.

Que no hay datos de si interfiere la probabilidad o riesgo de adquirir neumonía si se es tratado por profesionales con menos de 3 años de experiencia en cuidados intensivos y por último, que la reutilización de material para aspirado aumenta la probabilidad de adquirir neumonía por lo que se debe hacer uso de material desechable.

6 Bibliografía

1. Tantipong H, Morkchareonpong C, Jaiyindee S, Thamlikitkul V. Randomized controlled trial and meta-analysis of oral decontamination with 2% chlorhexidine

solution for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2008; 29(2):131-6.

2. Gonçalves FAF, Brasil VV, Ribeiro LCM, Tipple AFV. Ações de enfermagem na profilaxia da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Rev. Acta paul. enferm.* 2012. 25 (1). 101-7

3. Lierla F, LeRouge C, Cooke DA, Turpin D, Wilson L. A nursing clinical decision support system and potential predictors of head-of-bed position for patients receiving mechanical ventilation. *Am J Crit Care.* 2010; 19(1):38-47

4. Bloos F, Müller S, Harz A, Gugel M, Geil D, Egerland K, et al. Effects of staff training on the care mechanically ventilated patients: a prospective cohort study. *Br J Anaesth.* 2009; 103(2):232-7

5. Sole ML, Poalillo FE, Byers JF, Ludy JE. Bacterial growth in secretions and on suctioning equipment of orally intubated patients: a pilot study. *Am J Crit Care.* 2002;11(2):140-9.

Capítulo 29

USO DE CIPROFLOXACINO EN LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

MARÍA DOLORES COLLADO ZAFRA

MARÍA DOLORES DENIA MARTOS

FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ TELLEZ

ANA CRISTINA AÑOVER SERRANO

LILIANA PATRICIA MONTAÑO HERRERA

1 Introducción

La ITU o infección del tracto urinario, es una infección como su propio nombre indica en la que aparece una colonización, normalmente producida por bacterias, que se multiplica rápidamente produciendo molestias al realizar la micción.

El tracto urinario es el circuito que recorre la orina desde los riñones hasta la vejiga y finalmente uretra para su salida al exterior.

Las ITU según donde se produzca la infección se establecen como bajas, cuando se produce cistitis, uretritis o prostatitis y altas cuando se produce pielonefritis o absceso renal, y si se da alguno de estos acontecimientos se considera complicada; menores de 6 años, embarazadas o portadores de sonda vesical permanente, que es un mecanismo mediante el cual se mete por la uretra un catéter que llega hasta la vejiga para la extracción de orina.

Los síntomas mas comunes son dolor o picazón al orinar, orinar poca cantidad pero con bastante frecuencia, aparición de sangre en orina y presión o dolor en la parte baja del abdomen.

Para el diagnóstico de esta, basta con recoger una pequeña cantidad de orina que se envía al laboratorio. Para saber qué tipo de bacteria está produciendo la infección es necesario la realización de un urocultivo.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es constatar la eficacia y seguridad del uso del antibiótico ciprofloxacino en infecciones del tracto urinario (ITU) en personas mayores de 18 años.

3 Metodología

Se trata de una revisión de la literatura científica en las diferentes bases de datos médicas como Scielo, Pubmed, Cochrane, Medline y Google Académico.

Para la búsqueda de artículos científicos se utilizaron las palabras clave ITU, tratamiento ITU y Ciprofloxacino.

4 Resultados

Con las palabras clave descritas anteriormente se obtuvo un total de 473 artículos, de los cuales tras pasar escalas de validación y decretar unos criterios de inclusión y exclusión, como idioma en inglés y español y una fecha de publicación inferior a diez años, obtuvimos 3 resultados.

El primer artículo se trata de un ensayo clínico en el que tenían una muestra de 200 pacientes sin antecedentes personales de interés, la mayoría mujeres con edades comprendidas entre 20-50 años, con infección del tracto urinario, dividieron la muestra en dos grupos, el primero de 100 tratados con ciprofloxacino y el segundo con la misma cantidad de muestra pero tratados con otro antibiótico. El resultado fue que, el grupo tratado con ciprofloxacino erradicó la infección y curación clínica sin tener recaídas tras la finalización del tratamiento, mientras que en el segundo grupo solo consiguió un 17% erradicar la infección sin sufrir recaídas.

El segundo estudio también es un ensayo clínico, en el que la muestra inicial era de 80 pacientes con infección de orina y cáncer renal o vejiga, en el cual se dividió

la muestra en 2 grupos, uno formado por 40 personas tratadas con ciprofloxacino y el segundo con la misma cantidad de personas pero tratadas con Monurol. El resultado fue que el 100% de muestra supero en una fase inicial la infección, pero en el grupo 1 tratado con ciprofloxacino la recaída de infección urinaria tuvo una incidencia del 13% mientras que en el segundo grupo la incidencia fue del 59%. En este estudio se menciona la limitación de que no se puede constatar la eficacia de un antibiótico frente a otro por ser pacientes sometidos a quimio o radioterapia o tratamiento inmunodepresor.

Por último, el tercer artículo se trata de una revisión sistemática en la que se estudia la eficacia y seguridad del uso del ciprofloxacino en pacientes con infecciones del tracto urinario recurrentes, en el que se concluye que es un antibiótico seguro y eficaz para su erradicación.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de los resultados obtenidos podemos concluir que el uso del antibiótico Ciprofloxacino en las infecciones del tracto urinario es eficaz y seguro en pacientes sanos sin ningún tipo de antecedente importante médico. También ha dado como resultado que es eficaz su uso como tratamiento de las ITU recurrentes. No se puede constatar la misma eficacia y seguridad en pacientes que sufren alguna otra patología como pueda ser el cáncer real o de vejiga, ya que al estar en tratamiento combinado con la otra patología pueda bajar su eficiencia. De igual manera, este estudio ha tenido la limitación de encontrar poca bibliografía gratuita relacionada con nuestro estudio acorde con los criterios de inclusión y exclusión definidos.

6 Bibliografía

1. Ronald AR, Nicolle LE, Stamm E, et al. Urinary tract infection in adults: research priorities and strategies. *Int J Antimicrob Agents*. 2001;17(4):343-8.
2. Bacheller CD, Bernstein JM. Urinary tract infections. *Med Clin North Am*. 1997;81(3):719-30.
3. Schappert SM. National Ambulatory Medical Care Survey: 1992 summary. *Adv Data*. 1994;(253):1-20.
4. Kunin CM. Urinary tract infections in females. *Clin Infect Dis*. 1994;18(1):1-10

Capítulo 30

LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CARDIACOS RECOMENDACIONES POR ENFERMERÍA

LUIS MIGUEL CAÑADAS ALBA

ALBERTO GONZÁLEZ MOLINA

ALBERTO RODRIGUEZ-REY CASTILLO

RUBÉN GARCÍA HERVÁS

RICARDO MORALES RUIZ

1 Introducción

En el presente capítulo abordaremos la importancia de una nueva dieta en los enfermos afectados con insuficiencia cardíaca.

Esta patología consiste en que el corazón no es capaz de mantener el flujo sanguíneo obligatorio para su correcta distribución a los tejidos del cuerpo, lo que con frecuencia producirá una retención hidro salina.

Durante su estancia en el hospital debemos instruirles bien cómo va a ser su nuevo estilo de vida, ya que así le será mucho más fácil saber lo que es conveniente comer ayudándolo a comprender y asimilar un poco mejor su enfermedad y así mejorando su calidad de vida.

Para poder tener una mejor y adecuada calidad de vida es necesario que se efectúe un cambio de rutinas, como siempre para acrecentar la conexión a estos cambios siempre aconsejable que sea de manera progresiva.

El tratamiento de esta patología se afirma en distintos medicamentos y programaciones médicas, pero también debemos subrayar la importancia de un cambio en el estilo de vida y como no en especial en la dieta.

Un modo de vida saludable asentado en un ejercicio físico regular. Los alimentos que deben evitarse son, principalmente, los géneros procesados, preparados y elaborados por la industria que contengan sal, grasas trans, azúcares añadidos... Debemos coartar las grasas de origen animal, como la carne roja, y derivados como la mantequilla. También los alimentos sabrosos en azúcares simples, pastelería, bollería industrial o las cremas dulces.

2 Objetivos

Dar a conocer las modificaciones nutricionales y del estilo de vida requeribles en el enfermo con insuficiencia cardíaca para tratar de minimizar los ingresos en los hospitales.

3 Metodología

Para elaborar el presente capítulo hemos efectuado una revisión bibliográfica y a su vez hemos consultados artículos online en Google académico, Medline, Elsevier, Pubmed. Utilizando como palabras clave la dieta en enfermos con problemas cardíacos, insuficiencia cardíaca, dieta hiposódica, estilo de vida.

4 Resultados

La finalidad principal para este tipo de enfermos es evitar o bajar el consumo de sal a valores inferiores a los 2.5 g/día, esto se debe a que el consumo de sal deriva en la retención de líquidos e incrementa la tensión arterial. El enfermo debe evitar el consumo de comidas rápidas, de los productos enlatados o de los alimentos precocinados.

Para evitar o restringir el consumo de sal se pueden usar hierbas aromáticas para potenciar el sabor de los alimentos, vinagre, ajo y perejil. Además, otro de nuestro objetivo es que el enfermo afectado baje de peso consiguiendo así disminuir el trabajo del corazón, y controlar aumento brusco de peso, que nos indicaría la retención de líquidos.

También se debe y es conveniente disminuir el consumo de alimentos con alto porcentaje en las grasas saturadas, ya que aumenta el depósito y las adherencias

de estas grasas en las paredes de los vasos sanguíneos.

Evitar el consumo de lácteos, embutidos y mantecas.

Hoy en día y actualmente, en nuestros supermercados están infinidad de productos sustitutivos de la sal, que dan a las comidas un cierto sabor salado, pero no llevan sodio. Hay que tener cuidado con los sucedáneos de la sal, pues en muchas ocasiones llevan una sustancial cantidad de potasio y algunas medicaciones que reciben los enfermos afectados de insuficiencia cardíaca aumentan el potasio en la sangre, por lo que es preciso efectuar analíticas de sangre cada cierto tiempo. Esto se puede empeorar con ciertos sustitutivos de la sal. Para dar sabor a las comidas es posible utilizar también el limón o especias.

En general, los enfermos con insuficiencia cardíaca que muestran síntomas leves o moderados pueden beber el agua que precisen; hacerlo no empeorará los síntomas, excepto si el médico le encomienda expresamente que restrinja el agua (esto solo será preciso en ciertas situaciones).

Los afectados con síntomas graves de insuficiencia cardíaca deben limitar la ingesta de líquidos de 1,5 a 2 litros al día. Y cuando décimos líquidos hay que contar no solo el agua, sino todo el líquido ingerido, además, del agua los zumos, leche, refrescos, vino, infusiones, frutas con un alto contenido en líquido, sopas, gazpacho, etc.

El consumo del alcohol puede reducir la fuerza con la que se contrae el corazón, incrementar la tensión arterial y favorecer la aparición de algunas arritmias. Todos ellos son efectos negativos para el adecuado y correcto funcionamiento del corazón y del sistema cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

Con todo esto expuesto llegamos a la conclusión que una vez que el enfermo sea dado de alta en el hospital este deberá seguir y continuar con el tratamiento, pero como hemos podido ver, no solo el farmacológico.

A la vista está que el enfermo en depender que ocasiones notara un cambio muy brusco en su día a día.

Debemos pensar que todo ello efectuado bruscamente no sería factible, ya que esto habría que tomárselo como una carrera de fondo, que lo esencial es ser constante y mantenerse que no querer hacerlo todo con prontitud y al cabo del tiempo acabar con la nueva rutina generada. El enfermo debe ser muy consciente que no es algo pasajero, sino que va a tener que cambiar y modificar su estilo de vida para poder seguir disfrutando de esta.

6 Bibliografía

1. Rico-de la Rosa Lucero, Robledo-Valdez Miguel, Cervantes-Pérez Enrique, Cervantes-Guevara Gabino, Cervantes-Cardona Guillermo A., Ramírez-Ochoa Sol et al . Implicaciones médicas y nutricionales en insuficiencia cardíaca crónica: fortalezas y limitaciones. Arch. Cardiol. Méx. [revista en la Internet]. 2021 Jun [citado 2022 Mayo 06]; 91(2): 221-228. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402021000200221&lng=es. Epub 14-Mayo-2021. <https://doi.org/10.24875/acm.20000260>.
2. [medlineplus.gov/spanish/ency/article/000158.htm](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/spanish/ency/article/000158.htm).
3. fundaciondelcorazon.com/informacion-paraenfermos/enfermedadescardiovasculares/insuficiencia-cardiaca.html.
4. cuidateplus.marca.com/alimentacion/nutricion/2019/05/01/comocuidaralalimentacion-insuficiencia-cardiaca-170080.html.
5. insuficiencia-cardiaca.com.

Capítulo 31

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL GLAUCOMA

LUIS MIGUEL CAÑADAS ALBA

ALBERTO GONZÁLEZ MOLINA

ALBERTO RODRIGUEZ-REY CASTILLO

RUBÉN GARCÍA HERVÁS

RICARDO MORALES RUIZ

1 Introducción

El glaucoma es la primera causa de ceguera irreversible a nivel mundial (1–3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de 64 millones de personas en todo el mundo tienen glaucoma y que al menos 6,9 millones de estas sufren pérdidas de visión severas o ceguera. En el año 2040 alrededor de 112 millones padecerán esta enfermedad.

El término “glaucoma” hace referencia a un conjunto de neuropatías ópticas progresivas caracterizadas por daño al nervio óptico que da lugar a una pérdida de visión irreversible. Esta pérdida de visión se manifiesta en fases avanzadas de la enfermedad y afecta inicialmente a la visión periférica, provocando una característica visión “en cañón de escopeta”. Este proceso es generalmente asintomático, lo que dificulta su detección temprana (2).

Históricamente, se ha considerado el aumento de la presión intraocular (PIO) como el único determinante del desarrollo de esta enfermedad. El glaucoma

puede desarrollarse en un paciente con o sin una PIO elevada, por lo que ya no se considera un factor necesario en el diagnóstico de glaucoma, pero sí el principal factor de riesgo para su desarrollo (2,6). A pesar de ello, el abordaje de la PIO es actualmente el único tratamiento para el glaucoma (1,2,6).

Para lograr el éxito terapéutico y poder prevenir así mayores pérdidas de visión es fundamental que el paciente tenga una adecuada adhesión a su tratamiento.

Un mal control de la enfermedad conlleva mayores pérdidas de visión lo que se traduce en mayores tasas de depresión, ansiedad y aislamiento social, además de mayor número de accidentes y dificultad en el autocuidado (4). El papel de la enfermera en este aspecto es clave, especialmente a través de la educación para la salud, ya que permite empoderar al paciente y que este adopte un papel activo en su enfermedad mejorando su adhesión al tratamiento y calidad de vida.

El objetivo de esta revisión es conocer el papel de la enfermera en la atención de los pacientes con glaucoma, identificando cuidados de enfermería para una mejora potencial en su autocuidado y calidad de vida de los pacientes afectados y el papel de la enfermera en la mejora de la adherencia al tratamiento.

Por todo lo cual y debido a la magnitud del glaucoma y la relevancia del papel de la enfermera, es por lo que se plantea realizar una profundización bibliográfica sobre esta.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer el papel de la enfermera en la atención a pacientes con glaucoma.

Objetivos secundarios:

- Conocer los tipos de glaucoma más prevalentes.
- Identificar los principales factores de riesgo y estrategias de prevención en el desarrollo del glaucoma.
- Describir los cuidados de enfermería para una mejora potencial en el autocuidado y calidad de vida de los pacientes con glaucoma.
- Explorar el papel de la enfermera en la mejora de la adherencia al tratamiento mediante técnicas de educación para la salud.

3 Metodología

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

Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La visión es un sentido de gran importancia en el desarrollo y autonomía de las personas. La visión periférica tiene especial importancia en la capacidad para deambular con seguridad (4).

La OMS relaciona la discapacidad visual con una disminución en la calidad de vida, menores tasas de participación y productividad en el sector laboral y mayores tasas de depresión y ansiedad. Además, en personas de edad avanzada lo relaciona con un mayor riesgo de aislamiento social, dificultad para deambular y riesgo de caídas (4).

El término “glaucoma” engloba un conjunto de neuropatías ópticas crónicas progresivas de etiología multifactorial que ocasionan cambios morfológicos característicos en la cabeza del nervio óptico, la zona peripapilar y/o la capa de fibras nerviosas de la retina. Se manifiesta como una pérdida paulatina e irreversible del campo visual con mantenimiento de la agudeza visual hasta fases avanzadas, lo que se conoce como visión “en cañón de escopeta” y, finalmente, ceguera

La forma de presentación primaria supone más de la mitad de los casos de glaucoma. El glaucoma de ángulo abierto o glaucoma crónico simple (GPAA) es el más frecuente en nuestro medio, tiene una prevalencia del 3.5 % en la población de 40 a 80 años.

La OMS estima que, debido al envejecimiento demográfico, el número de personas con glaucoma aumentará 1,3 veces entre 2020 y 2030. Actualmente, al menos 6,9 millones de personas con glaucoma sufren pérdidas de visión severas o ceguera.

Hasta el momento, se desconoce el mecanismo exacto del desarrollo de glaucoma. Es sabido que tiene una etiología multifactorial, con múltiples factores de riesgo no modificables. Hoy en día no existe una estrategia de prevención primaria. La existencia de factores de riesgo modificables es controvertida. Algunos autores afirman que la dieta y estilo de vida pueden tener un papel protector en la prevención del glaucoma. En esta revisión se han encontrado como recomendaciones evitar el consumo de tabaco, realizar ejercicio físico aeróbico de intensidad moderada regularmente, mantener un índice de masa corporal adecuado (18.5-24.9 kg/m²), seguir una dieta variada y equilibrada rica en nitratos y evitar el consumo excesivo de cafeína.

Respecto a la prevención secundaria del glaucoma, actualmente, no está recomendada la realización de un cribado diagnóstico en la población general. No se considera eficaz en función del costo. Se recomienda únicamente el cribado en población con factores de riesgo.

Hasta este momento, el único método con efectividad demostrada para detener la progresión del glaucoma es la reducción de la PIO . La elección entre el tratamiento médico, láser o quirúrgico debe ser individualizada, teniendo en cuenta los riesgos y beneficios de las distintas opciones, las necesidades del paciente, su entorno y los recursos disponibles.

La primera línea de tratamiento es la medicación tópica en forma de colirios.

Requiere una correcta adhesión para lograr ser efectivo. Por ello es esencial que la enfermera realice educación para la salud acerca del tratamiento con colirios y de la correcta instilación de estos . Además, la enfermera debe ofrecer, a través de un adecuado plan de cuidados, una adecuada cobertura de las necesidades del paciente y el apoyo necesario para que adopten un rol activo en su autocuidado y la mayor independencia posible.

Hasta ahora, no se ha obtenido evidencia suficiente para poder determinar si ciertos hábitos de vida tienen un efecto beneficioso o perjudicial en la progresión del glaucoma . En esta revisión se ha encontrado cierta correlación entre algunos hábitos y la fluctuación de la PIO. En base a esto, se pueden establecer algunas recomendaciones acerca del estilo de vida para pacientes diagnosticados de glaucoma.

Respecto al ejercicio físico se ha encontrado beneficios en la realización de ejercicio físico aeróbico de intensidad moderada. Sin embargo, se desaconseja el sedentarismo y la realización de ejercicio de alta intensidad y de sobrecarga muscular, así como ciertas posturas de yoga o el buceo de profundidad.

Respecto a la dieta, se ha encontrado una relación entre el consumo excesivo de cafeína y el incremento de la PIO. Se recomienda que el paciente adopte una dieta variada y equilibrada y mantenga un índice de masa corporal (IMC) óptimo.

Respecto al sueño, se ha encontrado beneficio en una buena higiene del sueño, que el paciente duerma con el cabecero ligeramente elevado y que evite el decúbito prono.

Es fundamental que estas recomendaciones se acompañen de una vigilancia continuada de la adhesión del paciente al tratamiento prescrito. La adhesión al tratamiento es la medida en la que un paciente lleva a cabo las recomendaciones dadas por el profesional sanitario. La falta de adhesión constituye la principal barrera del éxito terapéutico. Se relaciona con el esfuerzo que supone para el paciente, que sufre una patología asintomática, cumplir con un tratamiento a largo

plazo que no le permite recuperar su visión, sino únicamente evitar mayores pérdidas y que, además, puede resultarle difícil de aplicar y/u ocasionarle efectos adversos . Está vinculada principalmente con errores en la técnica de administración y dificultades en la comprensión del tratamiento o de la enfermedad .

En esta revisión se ha encontrado beneficios en la realización de intervenciones educativas individualizadas y continuadas por parte de enfermería . En la educación para la salud, las enfermeras tienen un rol clave como profesionales de la salud, gracias a su formación.

Dentro de las intervenciones realizadas por enfermería, se ha identificado una mejora de la PIO significativa y un aumento del 39 % en la adhesión al tratamiento en pacientes que recibieron un total de 150 minutos de intervenciones para la salud por parte de una enfermera formada en glaucoma en un periodo de 12 meses .

En esta revisión se encontró que simplificar el régimen terapéutico en la medida de lo posible podría considerarse una intervención para la mejora de la adhesión al tratamiento en pacientes con glaucoma . Fomentar el planteamiento de dudas durante las consultas y ofrecer información incluso cuando el paciente no la solicite explícitamente también puede considerarse una intervención para esta mejora . Así como identificar junto con el paciente las posibles barreras que puedan dificultarle la adhesión y las acciones para la superación de estas

Enseñar la técnica correcta para la instilación de colirios constituye la intervención con mayor impacto en la mejora de la adherencia al tratamiento. Se recomienda realizar una demostración durante la consulta, invitando al paciente a imitarla para poder evaluar y corregir posibles errores. También se recomienda dar información por escrito o en vídeo al respecto . Así mismo, en la presente revisión, se encontró que reforzar la conducta activa del paciente hacia el tratamiento, elogiando su esfuerzo y animándole a continuar mejora su adhesión . También se encontró una relación entre el uso de recordatorios automatizados y una mejora en la adhesión. Se recomienda plantear posibles estrategias para recordar la instilación, teniendo en cuenta la edad del paciente, así como su manejo en el uso de nuevas tecnologías.

Por último, es recomendable comprobar los conocimientos del paciente, así como las fuentes de información en las que consulta sus dudas. Aproximadamente el 50% de pacientes con glaucoma consulta en internet acerca de su patología. Sin embargo, la información disponible en internet acerca del glaucoma varía en contenido, calidad y exactitud .

5 Discusión-Conclusión

Existe consenso acerca de la importancia de una detección precoz del glaucoma, por su alta morbilidad, las consecuencias de la pérdida de visión en la calidad de vida de los pacientes, la dificultad del diagnóstico en fases tempranas y el beneficio de la instauración precoz del tratamiento. Sin embargo, no existe consenso acerca de una estrategia que permita llevar a cabo dicha detección precoz.

Es necesario ampliar la investigación acerca de posibles opciones de cribado de glaucoma con una mejor relación coste/beneficio. La formación de enfermeras en la realización de pruebas diagnósticas sencillas como la tonometría y el examen de fondo de ojo podría constituir una alternativa eficaz en la detección precoz de pacientes con sospecha de glaucoma.

Respecto a la prevención primaria del glaucoma, no existe consenso sobre una estrategia recomendable. La existencia de factores de riesgo modificables es controvertida. La dieta y estilo de vida parecen ser factores modificables con un potencial beneficio en la prevención de su desarrollo y evolución. Es necesaria mayor evidencia al respecto.

La atención a estos pacientes está enfocada desde la detección y el tratamiento. Las diferentes líneas de investigación se centran en opciones terapéuticas, sus beneficios y riesgos, alternativas menos invasivas, novedosas técnicas láser o de inteligencia artificial, etc. No obstante, las investigaciones acerca de otros aspectos tales como la influencia del estilo de vida en el desarrollo y evolución del glaucoma, la educación que deben recibir los pacientes, el impacto de la enfermedad en su salud mental y calidad de vida o las recomendaciones que deben darse a estos pacientes son escasas e insuficientes. Esto constituye un reflejo del enfoque biologicista de la medicina, donde la medicación y las técnicas son considerados los factores claves para la curación. Es necesario ampliar la investigación desde un punto de vista integral, en el que se valoren las diferentes esferas en las que el glaucoma afecta al paciente.

En enfermería se utiliza un enfoque holístico, en el que la atención al paciente se centra en las repercusiones que tiene la enfermedad en su vida diaria. Sin embargo, existen escasas publicaciones actuales del ámbito de la enfermería en la atención al paciente con glaucoma. Es necesario que se amplíe la investigación holística al respecto.

La OMS recomienda integrar la atención oftalmológica en todos los niveles asistenciales (4). Sin embargo, no es poco habitual en la práctica clínica ver a pacientes con alguna patología oftalmológica crónica, como glaucoma, que ingresan por otra patología y no reciben una atención oftalmológica adecuada durante

su estancia. Por ello, y con el objetivo de ofrecer una atención integral, es también necesario ampliar la formación de las enfermeras en materia de oftalmología durante el grado.

Conclusiones:

- Debido a la dificultad en el diagnóstico y a las consecuencias de un diagnóstico tardío, es necesario ampliar la investigación acerca de posibles opciones de cribado de glaucoma.
- La pérdida de visión irreversible a consecuencia del glaucoma repercute negativamente en la movilidad, la independencia y el bienestar emocional de los pacientes afectados.
- La realización de intervenciones educativas individualizadas y continuadas acerca del glaucoma por parte de enfermería potencia el autocuidado, mejora las tasas de adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes.
- Debe ampliarse la investigación enfermera sobre el glaucoma, adoptando un enfoque holístico que estudie más allá de los aspectos técnicos y de tratamiento.

6 Bibliografía

1. Gupta N, Aung T, Congdon N, Dada T, Lerner F, Olawoye S, et al. Guidelines for Glaucoma Eye Care. 1ª ed. Bruselas: International Council of Ophthalmology; 2016.
2. Minjy Kang J, Tanna AP. Glaucoma. *Med. Clin. N. Am.* 2021;105(3):493–510. doi: 10.1016/j.mcna.2021.01.004.
3. Soh ZD, Yu M, Betzler BK, Majithia S, Thakur S, Tham YC, et al. The Global Extent of Undetected Glaucoma in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ophthalmology.* 2021;128(10):1393–404. doi: 10.1016/j.ophtha.2021.04.009.
4. Cieza A, Keel S, Kocur I, Mccoy M Mariotti SP. World report on vision [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); 2019 [citado 12 de febrero de 2022]. Recuperado a partir de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328717>.
5. Augusto AB, Bagnasco L, Bagnis A, Barbosa Breda J, Bonzano C, Brezhnev A, et al. Terminology and Guidelines for Glaucoma. 5ª ed. Savona: European Glaucoma Society; 2020.
6. Ney JJ. Glaucoma Diagnosis and Treatment: The Role of the Ophthalmic Nurse. *Insight.* 2016;41(1):13–7.
7. Salmon JF. Glaucoma. En: Kanski's Clinical Ophthalmology A systematic approach. 9ª ed. Londres: Elsevier; 2019. p. 345–422.
8. Gedde SJ, Chen PP, Muir KW, Vinod K, Lind JT, Wright MM, et al.

- Primary Angle-Closure Disease Preferred Practice Pattern. *Ophthalmology*. 2021;128(1):30–70. doi: 10.1016/j.ophtha.2020.10.021.
9. Moreno Montañés J, Gándara E, Gutierrez Ruiz I, Moreno Galarraga L, Ruiz Canela M, Bes Rastrollo M, et al. Healthy Lifestyle Score and Incidence of Glaucoma: The Sun Project. *Nutrients*. 2022;14(4):779. doi: 10.3390/nu14040779.
10. Perez CI, Singh K, Lin S. Relationship of lifestyle, exercise, and nutrition with glaucoma. *Curr Opin Ophthalmol*. 2019;30(2):82–88. doi: 10.1097/ico.0000000000000553.
11. Gedde SJ, Vinod K, Wright MM, Muir KW, Lind JT, Chen PP, et al. Primary Open-Angle Glaucoma Preferred Practice Pattern. *Ophthalmology*. 2021;128(1):71–150. doi: 10.1016/j.ophtha.2020.10.022.

Capítulo 32

RELACIÓN ENTRE LA FATIGA LABORAL Y LA PRODUCTIVIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

LUIS MIGUEL CAÑADAS ALBA

ALBERTO GONZÁLEZ MOLINA

ALBERTO RODRIGUEZ-REY CASTILLO

RUBÉN GARCÍA HERVÁS

RICARDO MORALES RUIZ

1 Introducción

Hablaremos sobre algo que afecta a muchos trabajadores de la salud, entre ellos a los equipos de enfermería. El fenómeno que afecta a los trabajadores como consecuencia del desarrollo de la actividad laboral se denomina 'fatiga laboral', provocando en el individuo falta de energía o fatiga constante, así como pensamientos negativos y apatía hacia el trabajo/trabajo. fin. El resultado es un desempeño deficiente y un alto ausentismo.

Es un problema grave que afecta a miles de personas cada día.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la fatiga relacionada con el trabajo como una enfermedad en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE).

La fatiga en el lugar de trabajo entre los trabajadores de cuidados en centros médicos cambia la salud física y mental de muchos trabajadores, provocando una disminución en la cantidad y calidad del trabajo. Los estudios demuestran que la fatiga laboral en el personal de enfermería se debe al esfuerzo profesional alto y percibido, generado por la toma de decisiones continua en aspectos relevantes y decisorios de los recursos del tratamiento del personal de enfermería, y por ende la complejidad. Entre las técnicas aplicadas también se suman a la sobrecarga existente y relaciones enfermera-paciente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar la relación entre fatiga y productividad laboral en el trabajo de enfermeros.

Metas secundarias:

- Describir los principales tipos de fatiga en el trabajo. Explore los principales signos y síntomas de la fatiga en el trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación realizando 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 y Scielo, seleccionando artículos científicos de publicaciones académicas previamente revisadas.

4 Resultados

El problema de la fatiga del profesional de enfermería interfiere en la relación entre los profesionales y los pacientes, sus familias y los miembros del equipo de salud, y también crea la posibilidad de que aumenten los errores de medicación y las deficiencias en las prácticas de toma de decisiones relacionadas con la enfermería. El monitoreo y la observación del paciente pueden comprometer la calidad de la atención al paciente y poner en peligro la seguridad del paciente.

La fatiga puede aparecer y desaparecer de muchas maneras diferentes. comienzo. Fatiga Normal o Fisiológica: Ocurre después del ejercicio dependiendo de la capacidad del cuerpo. Este tipo de fatiga se elimina con el descanso. 2. Fatiga Pa-

tológica: Provoca cambios por exceso de trabajo. Por lo tanto, el reposo no lo cura y es necesario tratarlo de manera más agresiva. 3. Agotamiento Mental: Se refiere a causas o síntomas de enfermedad mental irreversible. 4. Fatiga Física: considerada una enfermedad que puede afectar a todo el cuerpo y se localiza a nivel sensorial o muscular. 5. Cansancio nervioso: Se caracteriza por la aparición de trastornos del estado de ánimo, trastornos de la personalidad, trastornos físicos y de órganos, y el sueño en enfermería suele estar provocado por el trabajo a turnos y turnos de noche...

Los principales síntomas de la fatiga laboral son: Baja autoestima asociada a una tendencia a juzgarse negativamente, altos niveles de agotamiento emocional y personalización. Los síntomas específicos según el nivel de fatiga en el trabajo se clasifican de la siguiente manera: Leve, como fatiga y dificultad para dormir por la mañana. Moderado: cinismo, aislamiento, sospecha, negatividad, etc. Graves: entecimiento, automedicación, ausentismo, aversión a las drogas y adicción, y finalmente. Casos extremos: aislamiento pronunciado, depresión, síntomas psicóticos e incluso suicidio.

La prevención de los riesgos psicosociales es, por tanto, uno de los aspectos importantes que debe tener en cuenta un trabajador sanitario, no solo para garantizar su salud y seguridad, sino también para garantizar el buen desarrollo de su trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Muchos factores contribuyen a la fatiga en el lugar de trabajo, pero las enfermeras continúan brindando atención a pesar de las exigencias de su trabajo, incluido un aumento de pacientes en estado crítico, trabajos estresantes y la necesidad de trabajar horas extra con frecuencia. personal. Estos requisitos agregan complejidad a una jornada laboral ya compleja y pueden hacer que sea más difícil tomar descansos regulares en los turnos y descansos adecuados entre turnos para la recuperación física y mental. Todos estos elementos de trabajo (es decir, las necesidades físicas, emocionales y mentales) combinadas con la falta de sueño contribuyen a la fatiga.

Como resultado, las enfermeras exhaustas pueden poner en peligro no solo la salud y seguridad del paciente, sino también la suya propia.

6 Bibliografía

1. Carga mental y fatiga laboral (2005) Jose Luis González Gutiérrez, Bernardo

Moreno y Eva. I.S.B.N.: 978-84-368-1984-7.

2. Burn out: Facing the Damare of crónica workplace Strauss by Maria Cohut (2019).

3. Article: It's Burn out real? The answer is Yes" by Paula David Laack (Revista Forbes) (2019). 3494

Capítulo 33

ENFERMERÍA Y EL ABORDAJE DE LA MIGRAÑA

CELIA ROMO CAMUÑAS

LUCÍA DE LA OSA CASERO

RAQUEL AVILA MORENO

MARÍA PAZ DE LA GUÍA GARCÍA

BELÉN GONZÁLEZ CARO

1 Introducción

Los episodios de migraña se asocian a varias teorías. La teoría vascular explica las crisis de migraña con cambios de la perfusión sanguínea de una zona cerebral. Al inicio se produce una hipoperfusión que se produce de forma progresiva en hiperperfusión reactiva debida a vasodilatación; es el instante en el que aparece y se desarrolla el dolor de cabeza. Tras varias horas, la perfusión cerebral recobra su estado normal y los síntomas se alivian.

Estos episodios de migraña también se atribuyen a la teoría neurovascular, en la que se producen cambios a nivel del sistema nervioso central, produciéndose la activación de un grupo de neuronas situado en la parte central del mesencéfalo. En dicha teoría también se incluye la alteración de sustancia gris periacueductal y núcleos del rafe, alteraciones neuronales como la depresión cortical diseminada y la liberación de múltiples neurotransmisores entre los que predominan el péptido

relacionado con el gen de la calcitonina y la serotonina, así como cambios en el sistema nervioso autónomo.

Existe un marcado factor de riesgo para la aparición de episodios de migraña, es el factor genético. El sexo también influye, ya que la migraña es tres veces más prevalente en mujeres que en hombres.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el personal sanitario en relación al abordaje de la migraña.

3 Metodología

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

4 Resultados

El abordaje de las crisis de migraña es amplio y complejo, ya que en la actualidad no tiene cura.

En primer lugar se deben tener en cuenta circunstancias externas que actúen como factores precipitantes. A continuación se detallan las más frecuentes. El estrés es un factor que en numerosas ocasiones genera crisis de migraña. Determinados alimentos y bebidas son expresados por personas que padecen esta cefalea como desencadenantes de crisis entre los que se incluyen licores, vino rojo, quesos fuertes, chocolate y exceso de café. Cambios hormonales en las mujeres relacionadas con fluctuaciones de estrógenos. Diferentes tipos de estímulos sensoriales como luces brillantes, sonidos intensos u olores fuertes o desagradable. Se ha descrito tanto el insomnio como la hipersomnia y el ejercicio físico intenso. Cambios bruscos de temperatura también pueden favorecer las migrañas.

Las personas que padecen migrañas alcanzan un adecuado control cuando evitan dichos factores precipitantes.

Existe una amplia gama de medicamentos usados para el tratamiento de las crisis de migraña, entre los que se encuentran agonistas del receptor de la serotonina

1 (5-HT₁), alcaloides ergotamínicos, opioides y agentes antiinflamatorios no esteroideos.

Como terapia profiláctica o preventiva se emplean medicamentos betabloqueantes, antidepresivos, serotoninérgicos, bloqueantes de los canales de calcio, α_2 -agonistas, terapia hormonal, magnesio y riboflavina y anticonvulsivos.

Existen nuevos tratamientos que están en estudio para el alivio del dolor de cabeza producido por la migraña (pequeñas moléculas antagonistas del PRGC gepantes, agonista del receptor de serotonina 1B ditanos, antagonistas de la orexina α_1 y α_2 y inhibidores de óxido nítrico sintetasa).

Para controlar los síntomas, el tratamiento debe ser individualizado e ir seleccionando los fármacos que mejor se adapten a cada paciente. Para el abordaje preventivo, la dosis de inicio debe ser baja e ir aumentándola poco a poco hasta conseguir los beneficios esperados.

5 Discusión-Conclusión

Las crisis de migraña son explicadas a través de varias teorías. La teoría vascular aboga por cambios en la perfusión sanguínea de una determinada zona cerebral. La teoría neurovascular se centra en alteraciones a nivel del sistema nervioso central y del sistema nervioso autónomo. El factor genético es un claro factor de riesgo y existe una predilección por el sexo femenino.

El tratamiento de la migraña en la actualidad no tiene cura, por lo que existe una amplia gama de medicamentos utilizados para paliar los síntomas. En primer lugar se deben controlar las condiciones externas que actúan como factores precipitantes. El tratamiento farmacológico y tratamiento profiláctico se seleccionan los fármacos que mejor se adaptan a los pacientes de forma individual.

6 Bibliografía

Domínguez-Moreno R, Vega-Boada F, Mena-Arceo G. Nuevos tratamientos contra la migraña. *Med. interna Méx.* 2019; 35(3): 397-405.

Deza L. La Migraña. *Acta méd. Peruana.* 2010; 27(2): 129-136.

Boletín de la ANMM. Tratamiento farmacológico de la migraña. *Rev. Fac. Med. (Méx.).* 2012; 55(3): 54-58.

Capítulo 34

ENFERMERÍA Y LAS PACIENTES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

CELIA ROMO CAMUÑAS

LUCÍA DE LA OSA CASERO

RAQUEL AVILA MORENO

MARÍA PAZ DE LA GUÍA GARCÍA

BELÉN GONZÁLEZ CARO

1 Introducción

Vamos hablar sobre el síndrome de ovario poliquístico (SOP). El síndrome de ovario poliquístico es un trastorno en el que las mujeres tienen niveles muy altos de hormonas (andrógenos) y les produce muchos cambios en su cuerpo. Este aumento hormonal puede causar una serie de problemas, que incluyen:

- Menstruación irregular. - Seco.

Problemas de la piel como acné y crecimiento del vello (hirsutismo). Un pequeño quiste (quiste) en el ovario.

- Resistencia a la insulina (riesgo de diabetes). Este síndrome está asociado con cambios en los niveles hormonales que dificultan que los ovarios liberen óvulos. En muchas mujeres con SOP, los óvulos no se liberan y permanecen en los ovarios rodeados de una pequeña cantidad de líquido. Los ovarios afectados por esto

pueden aumentar ligeramente de tamaño. Hay muchos casos. Sin embargo, no todas las mujeres con esta condición tienen tales ovarios.

Las mujeres con esta condición tienen ciclos ovulatorios irregulares, lo que puede derivar en casos como la infertilidad. Otros síntomas de este trastorno son causados por altos niveles de hormonas masculinas.

Aunque se puede detectar durante la adolescencia, suele comenzar entre los 20 y los 30 años. Conocer el diagnóstico y el tratamiento adecuado es importante para mejorar al máximo la calidad de vida del paciente.

2 Objetivos

- Conocer e indicar los criterios diagnósticos de esta enfermedad a las pacientes, por parte del equipo de enfermería de 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

Este trastorno es un trastorno hormonal que es muy común en mujeres en edad fértil, y que es muy visto en la sociedad y en gente joven, sobre todo en mujeres que no han tenido embarazos.

Estas mujeres a menudo tienen períodos irregulares o niveles excesivos de andrógenos (hormonas masculinas). Los ovarios acumulan pequeñas cantidades de líquido (folículos) que impiden la ovulación normal.

La causa exacta de esto es completamente desconocida. El diagnóstico y el tratamiento tempranos pueden reducir las enfermedades relacionadas, como la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardíacas.

Sus signos y síntomas varían de persona a persona. Se realiza un diagnóstico cuando experimenta al menos dos de los siguientes síntomas:

- Menstruación irregular (menos de 9 menstruaciones por año), períodos con más

de 35 días de diferencia y menorragia (sangrado menstrual abundante e irregular).

- Exceso de andrógenos; los niveles elevados de andrógenos pueden causar síntomas como un crecimiento excesivo del vello facial y corporal (hirsutismo) y, en ocasiones, acné y alopecia graves. - El número de folículos en el ovario que rodean al óvulo. Esto aumenta el tamaño del óvulo y no impide que funcione con normalidad (en este caso se llama ovario poliquístico).

Es más probable que estos síntomas afecten a mujeres obesas o con sobrepeso. Las complicaciones del SOP incluyen:

Infertilidad (baja probabilidad de embarazo).

- Diabetes gestacional o hipertensión arterial. La esteatohepatitis no alcohólica ocurre cuando la grasa se acumula en el hígado.

- Diabetes tipo 2 o prediabetes. Puede aumentar la presión arterial, el azúcar en la sangre, el colesterol o los niveles de triglicéridos y causar problemas cardíacos.

- Depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación. - Sangrado uterino anormal.

La obesidad está asociada con esta enfermedad.

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 35

ENFERMERIA FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

LUCÍA DE LA OSA CASERO

RAQUEL AVILA MORENO

MARÍA PAZ DE LA GUÍA GARCÍA

BELÉN GONZÁLEZ CARO

CELIA ROMO CAMUÑAS

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.

3. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal.

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.

Capítulo 36

MANEJO DE LA CRISIS CONVULSIVA POR ENFERMERÍA

BEATRIZ GONZÁLEZ MORENO

MARÍA USERO MOZOS

CARLOS PALACIO MORALES

1 Introducción

Se define crisis convulsiva como la sucesión de contracciones musculares como consecuencia de descargas eléctricas anormales de las neuronas cerebrales. Las crisis convulsivas pueden ser de dos tipos:

- Parciales o focales, que afectan a una parte del cuerpo. Estas, a su vez, se dividen en simples o complejas. Las simples no conllevan alteración de la conciencia y mientras que en las complejas si lo llevan asociado.
- Generalizadas, que afectan a nivel cerebral de forma total, con afectación bilateral. Pueden ser convulsivas (tónico-clónicas) o no convulsivas (ausencias).

Las contracciones derivadas de una crisis convulsiva son repentinas, involuntarias y violentas:

En la mayoría de los casos la causa que las provoca es desconocida y entre las diversas causas se incluye: traumatismos, infecciones, fiebre, causas metabólicas, tumores, trastornos vasculares, intoxicación etílica. Los signos y síntomas de una crisis convulsiva pueden oscilar entre leves y graves.

Pueden variar según el tipo de convulsión. Los más importantes son: confusión temporal, desvanecimiento breve, episodios de ausencia, pérdida de conciencia o conocimiento, movimientos espasmódicos e incontrolables de piernas y brazos,

babeo o espuma por la boca, pérdida de control de esfínteres, caída repentina, cambios de estado de ánimo, movimientos oculares, sabor amargo o metálico, rechinar de dientes, gruñir o resoplar.

2 Objetivos

Describir los cuidados de enfermería adecuados para el manejo bueno y adecuado de un paciente que sufre una crisis convulsiva.

3 Metodología

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

4 Resultados

La actuación de enfermería para el adecuado manejo del paciente con crisis convulsiva incluye los siguientes pasos:

- Conservar siempre la calma, ya que actuar de forma precipitada puede resultar peligroso.
- Identificar que realmente se trata de una crisis convulsiva.
- Ayudar al paciente a tumbarse en el suelo, evitando así la caída.
- No dejar al paciente en ningún momento solo. Se observará el tipo de convulsión que es así como su duración.
- Retirar aquellos objetos que estén a su alrededor y con los que pueda lesionarse. Procurar un entorno seguro retirando muebles u objetos punzantes que estén cerca del paciente. Retirarle las gafas si las llevase puestas.
- Aflojar la ropa que lleve puesta. Sobre todo aquella que esté en torno al cuello, como corbatas.
- Colocar algo blando bajo su cabeza para evitar que la golpee.
- Nunca sujetar o inmovilizar al paciente a la fuerza, aunque si se le debe guiar en sus movimientos para evitar lesiones.
- Garantizar la permeabilidad de la vía aérea. Para ello se retirará la dentadura postiza si la lleva.

- No introducir ningún objeto en la boca con la intención de que la lengua no vaya hacia atrás debido al riesgo de lesión de la mucosa bucal o al peligro de que el objeto se trague y quede alojado en la vía respiratoria.
- No administrar medicación vía oral durante la crisis.
- Introducir cánula de Guedel sin forzar porque podríamos lesionar la mucosa bucal o provocar la rotura de piezas dentales.
- Aspirar secreciones si fuese necesario.
- Administrar oxígeno, manteniendo una saturación por encima de 90%.
- Valorar el nivel de conciencia.
- Canalizar una vía venosa periférica para la extracción analítica, administración de tratamiento anticomicial y fluidoterapia.
- Toma y registro de constantes vitales. Incluyendo glucemia capilar.
- Durante la fase postcrítica se debe hacer vigilancia estrecha del paciente, colocándolo en decúbito lateral.
- Se calmará y tranquilizará al paciente. Se le dejará descansar y recuperar.

5 Discusión-Conclusión

Las crisis convulsivas suponen una emergencia neurológica muy frecuente. Aunque son de aparición brusca e inesperada deben de ser tratadas de forma rápida y adecuada para evitar posibles daños neurológicos o incluso la muerte. Es muy importante frenar la crisis cuanto antes, ya que si se prolonga en el tiempo puede provocar hipoxia, shock cardiovascular y parada respiratoria. El personal de enfermería debe de saber reconocerlas, distinguiendo los diferentes tipos. Además, debe de poner en práctica los procedimientos enfermeros adecuados de una forma rápida y precisa. Todo ello disminuye el riesgo de lesión y evita posibles complicaciones derivadas de la misma.

6 Bibliografía

1. Alorca C. Protección de lesiones durante una crisis convulsiva. Metas de enfermería.
2. Carmona JV, Leiva S. Actuación de enfermería ante una crisis convulsiva en vía pública. Rev. Enfermería integral.
3. Yusta Izquierdo A. Crisis convulsivas. Concepto, clasificación y etiología. Emergencias.
4. Bender JE. Qué conducta terapéutica debemos de seguir. En: Atención al paciente con epilepsia. Editorial Universitaria UNAN-León.

5. Olate L. Medidas de autocuidado en el paciente con epilepsia. Revista Médica Clínica Las Condes.

Capítulo 37

ENFERMERÍA Y LA DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS ACRAL

CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ

EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ

LAURA COMINO ROBLES

MARÍA COMINO ROBLES

ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN

1 Introducción

El Dermatófibrosarcoma Protuberans es una neoplasia de naturaleza fibroblástica, superficial, localmente agresiva, con una apariencia celular estoriforme característica, que se localiza más frecuentemente en tronco y parte proximal de extremidades, observándose en segundo lugar en cabeza y cuello, y estando descritos en la literatura casos en área genital, mama y partes acras.

Se reconocen, aparte del clásico, algunos subtipos: Dermatófibrosarcoma Protuberans Pigmentado (también conocido como Tumor de Bednar), el tipo Fibrosarcomatoso, el Mixoide, con diferenciación Mioide y el Placa Like Dermatófibrosarcoma Protuberans.

El Dermatófibrosarcoma Protuberans es uno de los sarcomas dérmicos más comunes, pese a baja a tener una relativa baja incidencia de presentación (<1 caso por cada 100.000 personas al año).

Epidemiológicamente se presenta en adultos jóvenes, con ligero predominio en hombres, existiendo un substancial número de casos descritos en niños y en ancianos, como el caso que presentamos.

Clínicamente se presentan como masas únicas o multinodulares cutáneas, que suelen tener una historia de lento pero persistente crecimiento. Encontramos que lesiones tempranas pueden tener un crecimiento como en placa con una zona periférica rojiza decolorada. En algunas situaciones como el embarazo puede mostrar un rápido crecimiento así como también se ha observado en casos de progresión a una forma fibrosarcomatosa, que es un subtipo mucho más agresivo.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es presentar el caso clínico de un paciente con Dermatofibrosarcoma Protuberans y ahondar en el conocimiento de esta entidad, haciendo una revisión de la literatura actual en fuentes indexadas (PubMed).

3 Caso clínico

Presentamos el caso clínico de un varón de 70 años de consulta por nódulo subcutáneo de consistencia dura en segundo dedo de mano derecha de meses de evolución con impresión diagnóstica por parte del servicio de Dermatología de nódulo gotoso o calcificado.

Se realiza exeresis quirúrgica del mismo enviándose en un bote con formol al servicio de Anatomía Patológica donde se procesa.

Se recibe tejido que macroscópicamente se corresponde con un fragmento nodular parcialmente recubierto por piel que no presenta alteraciones en su superficie y que al corte se reconoce a nivel subcutáneo una lesión de aspecto nodular, blanquecina, de consistencia firme, no encapsulada que mide 1 x 0,8 cm. Se realizan cortes seriados e inclusión representativa en bloques de parafina para su posterior estudio microscópico.

Las alteraciones histopatológicas observadas son: dermis ocupada por una difusa y uniforme proliferación celular de aspecto fusiforme, con núcleos alargados, focalmente agrandados, con discreta y focal atipia nuclear, que se disponen en un patrón estoriforme, arremolinado y que focalmente afectan tejido subcutáneo dando una imagen característica en panal de abeja. No se observan mitosis y el estroma colagenoso entre las células tumorales contiene pequeños vasos. La

epidermis no presenta alteraciones relevantes, y la neoplasia alcanza márgenes quirúrgicos de resección.

Se realiza un amplio panel de inmunohistoquímica que incluye los siguientes marcadores : S100, Actinas, Desmina, CD34, CD31, Melan A, D2-40, CKAE1-AE3, EMA y ki67. De todos ellos, el CD34 resultó positivo, resto de marcadores salieron negativos , con un ki67 aproximado del 5-10 %.

La tinción inmunohistoquímica en tumores mesenquimales del CD34 nos orientan a una serie de entidades con las que hacer un diagnóstico diferencial, entre ellos tumores vasculares , estos pueden expresar otros marcadores como CD31, D2-40 y tienen otras características histológicas, o entidades como el Tumor Fibroso Solitario, que suelen expresar CD34 y STAT6 , pero no conocidas en esta localización (acral).

Se decide enviar a centro externo para determinar por técnicas de biología molecular la existencia o no de fusión génica COL1A-PDGFB que suele presentar este tipo de tumor.

Tras recibir el informe de biología molecular y acorde al estudio histológico realizado el diagnóstico definitivo del paciente fue el de Dermatofibrosarcoma Protuberans.

4 Discusión-Conclusión

El Dermatofibrosarcoma Protuberans macroscópicamente se presenta como una placa indurada con un único o múltiples nódulos. Es una neoplasia poco definida ,infiltrante, de consistencia firme y coloración grisácea blanquecina al corte, que pueden presentar áreas de aspecto gelatinoso, mientras que observar zonas necróticas es más inusual.

Microscópicamente es característico su patrón infiltrativo en panel de abeja, que junto a la positividad en la mayoría de los casos del marcador inmunohistoquímico CD34 y la detección de COL1A1-PDGFB, ayudan a la confirmación diagnóstica como en el presente caso clínico planteado.

En cuanto a su pronóstico es una neoplasia localmente agresiva y con frecuentes y a menudo repetidas recidivas locales, a menos que haya sido extirpado con amplios márgenes de seguridad.

En contraste las metástasis no son comunes en su variante clásica, siendo el sub-tipo Fibrosarcomatoso el que muestra un comportamiento más agresivo pudiendo dar metástasis a distancia, principalmente a pulmón.

5 Bibliografía

- 1.Lautier R, Wolff HH, Jones RE. An immunohistochemical study of dermatofibrosarcoma protuberans supports its fibroblastic character and contradicts neuroectodermal or histiocytic components. *Am J Dermatopathol.* 1990;12:25—30.
- 2.Dominguez-Malagon H, Valdez-Carrillo Mdel C, Cano-Valdez AM. Dermatofibroma and dermatofibrosarcoma protuberans: a comparative ultrastructural study. *Ultrastruct Pathol.* 2006;30:283—91
3. Sanmartín O, Llombart B, López-Guerrero JA, Serra C, Requena C, Guillén C. Dermatofibrosarcoma protuberans. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:77—87.
4. Calonje E, Fletcher CD. Myoid differentiation in dermatofibrosarcoma protuberans and its fibrosarcomatous variant: clinicopathologic analysis of 5 cases. *J Cutan Pathol.* 1996;23:30—6.
- 5.Garcia C, Viehman G, Hitchcock M, Clark RE. Dermatofibrosarcoma protuberans treated with Mohs surgery. A case with CD34 immunostaining variability. *Dermatol Surg.* 1996;22: 177—9

Capítulo 38

HIPONATREMIA AGUDA EN HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMERÍA

CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ

EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ

LAURA COMINO ROBLES

MARÍA COMINO ROBLES

ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN

1 Introducción

El SIADH es un diagnóstico de exclusión, por lo que siempre se debe de descartar otras patologías que causen hiponatremia. El principal diagnóstico diferencial se debe realizar con la hiponatremia por diurético dado que es un fármaco de uso común en la población. En la hiponatremia por diurético la ADH suele ser normal o baja observando incluso orina con isostenuria. La presencia de osmolalidad urinaria mayor de 400 mOsm es un marcador subrogado de presencia de ADH por lo que se debe sospechar de SIADH cuando existe hipoosmolaridad e hiponatremia con ausencia de datos de hipervolemia/hipovolemia en la exploración física. Es importante revisar la medicación prescrita dado que existen fármacos que pueden generar SIADH. El diagnóstico es importante dado que el manejo depende de la causa, tiempo de instauración de la hiponatremia y sintomatología aguda/crónica que presente el paciente. La hiponatremia es causa de importante de mortalidad cardiovascular y su presencia en cualquier patología

se relaciona con peor pronóstico. La vigilancia neurológica es especialmente importante en los casos de hiponatremia aguda y grave, además el tratamiento debe ser escalonado con vigilancia y control de análisis para redirigir el tratamiento. Presentamos un caso que ilustra de manera práctica un caso de hiponatremia por SIADH.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar un caso clínico de hiponatremia y su tratamiento.

Objetivos secundarios:

- Realizar un diagnóstico diferencial de la hiponatremia.
- Conocer los hallazgos analíticos del SIADH.

3 Caso clínico

Mujer de 74 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución, hipertensión arterial desde el 2000 y enfermedad renal crónica secundaria a nefritis lúpica portadora de segundo trasplante renal desde el 2015 con injerto funcionante. Se encuentra con triple terapia inmunosupresora prednisona, tacrolimus y micofenolato mofetil. Recibe de forma crónica insulina, antagonista del receptor de angiotensina II, hidroclorotiazida y calcioantagonista para el manejo de su diabetes e hipertensión arterial.

Se presenta en Urgencias por historia de mareos y cefalea de 48 horas de evolución acompañándose de disminución subjetiva de diuresis. No refiere vértigo náuseas ni vómitos. No ha disminuido la ingesta hídrica y ha estado realizando automedida de la presión arterial (AMPA) sin detectar hipotensión. Hace 3 días le pautaron gabapentina en una clínica privada por dolor inespecífico en muslo izquierdo.

A su llegada a urgencias presenta una temperatura axilar de 36 °C, frecuencia cardíaca 75 latidos/minuto y presión arterial de 120/60 en sedestación y 121/61 en bipedestación. Saturación oxígeno: 99 %. A la exploración física se encuentra eupneica sin disnea de reposo ni ortopnea. Clínicamente euvolémica sin datos de deshidratación y sin alteración neurológica salvo irritabilidad y confusión. Auscultación cardiopulmonar con soplo sistólico en foco aórtico ya conocido por antecedente de estenosis aortica. No presenta edemas en miembros inferiores.

En las pruebas complementarias destaca función renal basal con creatinina 1,15, urea 41. Glucosa 189, urato 5,6, sodio 116, potasio 4,7, osmolalidad plasmática 250,

albúmina 40. La bioquímica control de hace 1 semana en la consulta externa de trasplante objetiva sodio plasmático 142 sin antecedente de hiponatremia. Última TSH hace un mes normal. Gasometría venosa: PH 7,41, PCO2 39, HCO3 26. Sistemático y sedimento de orina normal con densidad urinaria 1,020. En orina de micción aislada se identifica sodio y osmolalidad de 130 y 575 respectivamente. Potasio en orina 45. La fracción de excreción de sodio es 1,90 %. Sin alteración de las pruebas de función hepática. Hemograma con Hb 12 leucocitos 9,93, plaquetas 187. La placa de tórax no muestra hallazgos relevantes. Se decide ingreso en planta de hospitalización de Nefrología para tratamiento específico y vigilancia neurológica.

4 Discusión-Conclusión

Se expone un caso de aparición reciente de hiponatremia posiblemente aguda (aparición de síntomas hace 48 horas) con clínica neurológica en una paciente portadora de trasplante renal. La hiponatremia se acompaña de osmolalidad plasmática baja y la exploración física no evidencia datos de hipervolemia. A pesar de la toma crónica de hidroclorotiazida no hay datos que sugieran hipovolemia. Los análisis de iones en orina evidencian una pérdida renal de sodio (Na orina 130) que podría estar condicionada en parte por la toma de diurético tiazídico. La osmolalidad urinaria es superior a la máxima capacidad de dilución urinaria (osmolalidad orina 575). El antecedente de toma reciente de gabapentina y el desarrollo posterior de hiponatremia hipoosmolar normovolémica sugiere como primera posibilidad un síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH).

5 Bibliografía

1. Buffington MA, Abreo K. Hyponatremia: A Review. J Intensive Care Med. 2016 May;31(4):223-36. doi: 10.1177/0885066614566794. Epub 2015 Jan 14. PMID: 25592330.
2. Lu X, Wang X. Hyponatremia induced by antiepileptic drugs in patients with epilepsy. Expert Opin Drug Saf. 2017 Jan;16(1):77-87. doi: 10.1080/14740338.2017.1248399. Epub 2016 Oct 27. PMID: 27737595.
3. Falhammar H, Lindh JD, Calissendorff J, Farmand S, Skov J, Nathanson D, Mannheimer B. Differences in associations of antiepileptic drugs and hospitalization due to hyponatremia: A population-based case-control study. Seizure. 2018 Jul;59:28-33. doi: 10.1016/j.seizure.2018.04.025. Epub 2018 Apr 30. Erratum in: Seizure. 2021 Jan;84:99-100. PMID: 29730273

Capítulo 39

ENFERMERÍA Y LAS SORPRESAS DE UN INFARTO ANTERIOR EXTENSO

CRISTINA GARCÍA SÁNCHEZ

EMILIA BERRUGA IBÁÑEZ

LAURA COMINO ROBLES

MARÍA COMINO ROBLES

ISABEL MARÍA CALERO CALDERÓN

1 Introducción

La trombosis ventricular izquierda es una entidad con alta morbilidad y mortalidad debido a que confiere un riesgo elevado de accidente cerebrovascular o embolia sistémica. Se produce como consecuencia de una alteración en el flujo sanguíneo intraventricular por una condición patológica de la pared miocárdica, que puede ser isquémica o no isquémica.

Esta patología se asocia de forma importante con el infarto agudo de miocardio (IAM). Los datos disponibles se basan en estudios realizados previamente a la época de la reperfusión coronaria, informando de una prevalencia mayor al 30% después de un infarto agudo de miocardio. En los últimos años, se ha objetivado prevalencia menor secundario al aumento en las terapias de reperfusión.

La incidencia de la trombosis intraventricular es variable y depende de varios factores como el tiempo de evolución del infarto, la localización anterior, muerte súbita recuperada, menor fracción de eyección residual y la extensión del área de

necrosis. Es importante su diagnóstico dado que se ha asociado con un aumento del riesgo de accidente cerebrovascular isquémico, por lo que es necesario contar con técnicas de imagen que nos ayuden a determinar los pacientes de mayor riesgo.

La aproximación actual en guías de práctica clínica para el tratamiento antitrombótico del trombo intraventricular es anticoagulación con antivitaminas K durante un plazo mínimo de 3 meses. En este aspecto los anticoagulantes orales directos no tienen suficiente evidencia en este escenario, siendo la mayoría de los estudios actuales en este campo observacionales y con resultados contradictorios.

2 Objetivos

Explicar la importancia de descartar la presencia de trombosis intraventricular mediante técnicas de imagen en pacientes con infartos agudo de miocardio de localización extensa.

3 Caso clínico

Se trata de un varón de 52 años, con antecedentes familiares de cardiopatía isquémica a edad precoz. Como factores de riesgo cardiovascular era hipertenso, dislipémico y ex fumador.

Acude a Urgencias por episodio de dolor centro-torácico opresivo con irradiación a miembro superior izquierdo mientras se encontraba realizando labores en el campo, asociado a náuseas y sudoración. Es valorado por los servicios de Emergencias objetivando en el electrocardiograma una elevación del segmento ST en derivaciones precordiales, desde V1-V4, por lo que avisan al cardiólogo de guardia y se activa código infarto.

Se realiza una coronariografía urgente donde presenta una oclusión aguda a nivel de la arteria descendente anterior media, realizándose una angioplastia con implante de stent farmacoactivo en dicho vaso. Posteriormente en planta de Cardiología se mantiene estable clínicamente, sin recurrencia de angina ni clínica de insuficiencia cardíaca, presentando en electrocardiogramas sucesivos una amputación del vector de onda R en derivaciones precordiales y una elevación residual del ST.

Se completa el estudio con un ecocardiograma transtorácico en el que presenta alteraciones de la contractilidad en el territorio de la arteria descendente anterior, con discinesia de segmentos apicales inferior y septal y acinesia de ápex, cara

anterior media y septo anterior medio. Llama la atención una imagen de trombo intraventricular a nivel apical. Tras los hallazgos del ecocardiograma, se explica 44 al paciente la necesidad de iniciar anticoagulación para la resolución del trombo intraventricular y se realiza switch a Clopidogrel.

El paciente posteriormente fue valorado en consultas de Cardiología, encontrándose estable, sin recurrencia de clínica anginosa, objetivándose la resolución del trombo intraventricular en la ecocardiografía de control, por lo que se pudo suspender la anticoagulación al paciente. Dado que había presentado un síndrome coronario agudo se reinició el tratamiento con Adiro para completar el tiempo preciso de doble antiagregación

4 Discusión-Conclusión

La escara apical y la disfunción sistólica ventricular son dos factores de riesgo asociados a trombosis intraventricular post infarto agudo de miocardio. El test inicial diagnóstico es el ecocardiograma transtorácico, ya que es utilizado de rutina en pacientes con IAM para evaluar su función sistólica y estructura, además de descartar complicaciones mecánicas, pero a veces es necesario recurrir a la administración de contraste o a otras técnicas de imagen como la resonancia cardiaca en pacientes con mala ventana acústica, siendo importante un correcto diagnóstico ya que tiene grandes implicaciones terapéuticas.

La trombosis intraventricular se asocia a un aumento del riesgo de embolia, sobre todo durante las dos primeras semanas post-IAM, debiendo iniciar anticoagulación con antivitamina K, repitiendo el ecocardiograma transtorácico a los tres meses para evaluar la resolución del mismo.

5 Bibliografía

1. Barragán-Acea, A., Harriague-Cáceres, C., & Padrón-Encalada, R. (2021). Late development of intraventricular thrombosis. Desarrollo tardío de trombo intraventricular. *Medicina clinica*, 157(4), 211–212. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.05.050>.
2. Hudec, S., Hutyra, M., Precek, J., Latal, J., Nykl, R., Spacek, M., Sluka, M., Sanak, D., Tudos, Z., Navratil, K., Pavlu, L., & Taborsky, M. (2020). Acute myocardial infarction, intraventricular thrombus and risk of systemic embolism. *Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia*, 164(1), 34–42. <https://doi.org/10.5507/bp.2020.00>

Capítulo 40

INTERVENCIONES DE LA MATRONA DURANTE EL COVID CON LA PACIENTE EMBARAZADA

ROCÍO MARTÍNEZ GÓMEZ

BEATRIZ CABEZUELO CUARTERO

GLORIA MARIA GONZÁLEZ PARRA

1 Introducción

En el año 2020 aparece un virus mortal conocido como COVID-19, este virus no entiende ni de raza, edad ni por supuesto en lo que nuestro tema que nos importa el embarazo.

Las matronas son uno de los grupos de sanitarios que más contacto mantienen con la paciente gestante. Por ello, competencias en salud pública, contingencia sanitaria y seguridad clínica son imprescindibles. Así como, la vigilancia y el seguimiento epidemiológico son importantes en el control de las enfermedades infecciosas emergentes.

Entendemos que durante la pandemia el trabajo de la matrona al igual que otros profesionales ha sido muy difícil, ya que las limitaciones en cuanto a consultas presenciales eran mínimas, solo incluso casos de urgencia vital.

También se debe conocer que la paciente embarazada puede contagiarse de COVID, pero también puede ocurrir que la transmisión de la madre al hijo en los casos en los que ocurre se produce mayoritariamente por el contacto estrecho

entre ellos tras el nacimiento. La transmisión vertical del SARS-CoV-2, en principio sería poco probable, dado que no es posible encontrar el virus en muestras de líquido amniótico, cordón umbilical y leche materna, aunque recientemente se han observado algunos casos, por lo que, en este momento, se considera que sería posible.

2 Objetivos

-Conocer qué tipo de intervención puede realizar la matrona durante el COVID con la paciente gestante y realizar las indicaciones oportunas con las limitaciones que se habían impuesto.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica y evidencia de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se han empleado en esta búsqueda en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban de que impacto ha generado esta pandemia y que pacientes son más susceptibles a el covid19.

Palabras clave: impacto, estrés, embarazo, gestación.

4 Resultados

-Hemos querido incluir en nuestra revisión artículos los cuales nos explicaban que tipo de intervenciones o cuidados ha de realizar la matrona con las pacientes en estado de gestación.

-Según los autores encontrados, los datos actuales no sugieren un mayor riesgo de aborto en gestantes con COVID-19. Con lo cual la matrona no debe tratar el embarazo como cualquier otro embarazo, pero sin olvidarse que esta el COVID presente en nuestras vidas.

-La matrona en caso confirmado de que la paciente esta contagiada de COVID-19, deberá seguir unas pautas como, por ejemplo: Medidas de aislamiento precoz. Control de la infección debido a que la paciente se encuentra en un estado bajo en inmunología, Oxigenoterapia si es necesario, evitar la sobrecarga de fluidos debido a que puede generar una retención o incluso realizar una sobrecarga al corazón, terapia antibiótica empírica si se sospecha coinfección bacteriana. monitorización de la dinámica uterina y el bienestar fetal, ventilación mecánica precoz

en caso de deterioro de la función respiratoria, individualizar el momento más adecuado del parto.

-Algunos autores nos indican que la matrona en caso de pacientes embarazadas con raza negra debe estar mas alerta ya que son mas propensas a padecer infecciones

-También las intervenciones en las que la matrona puede llevar a cabo ante una diabetes en una paciente gestante, ya que las embarazadas también pueden tener un riesgo más alto de enfermarse gravemente debido a la COVID-19.

-No se debe olvidar como dice algunos autores en cuanto llega el momento del parto el cual la matrona debe imponer algunas normas en cuanto a los familiares no deben acudir para evitar propagación en caso de que uno este afectado de COVID. Se realizará la prueba de COVID a la paciente y a la pareja antes de proceder al parto.

5 Discusión-Conclusión

Este tema es de suma importancia debido a la situación que se esta viviendo y tener que convivir con este virus. La matrona ha tenido que adaptar su trabajo e intervenciones a este, debido a el trato con las pacientes gestantes y por supuesto en el parto.

La matrona deberá ayudar y acompañar en todo lo relativo al embarazo, pero aún más en caso de que la paciente contraiga el COVID, pues aunque en nuestros resultados se ha comprobado que es muy difícil que lo contraiga existe la posibilidad de ello. Por ello como se ha explicado en nuestro tema se seguirán unas pautas para evitar la mortalidad y complicaciones tanto del feto como de la madre.

6 Bibliografía

-Berghella V, Palacio M, Ness A, Alfirevic Z, Nicolaides KH, Saccone G. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017 Mar;49(3):322-329.

-Cupul-Uicab LA, Hernández-Mariano JÁ, Vázquez-Salas A, Leyva-Lopez A, Barrientos-Gutierrez T, Villalobos Hernández A. Covid-19 durante el embarazo: revisión rápida y metaanálisis. Salud Publica Mex. 2021 Feb 26;63:242-252.

Capítulo 41

LA MATRONA Y CUIDADOS BÁSICOS DEL CORDÓN UMBILICAL EN EL PARTO

GLORIA MARIA GONZÁLEZ PARRA

BEATRIZ CABEZUELO CUARTERO

ROCÍO MARTÍNEZ GÓMEZ

1 Introducción

En la actualidad el cordón umbilical nos ha dado mucho de que hablar, ya que se descubrió que las células procedentes del cordón umbilical han llegado a realizar curas de la progenitora, es decir de la madre del neonato.

El cordón umbilical es una estructura que se desarrolla a partir del pedículo embrionario. Este es la conexión que existe entre la placenta y la madre del feto.

Este puede definirse como el nombre que recibe el largo cordón que va de la madre al bebé cuando este se encuentra dentro del vientre materno en términos generales. Es el encargado de transportar oxígeno y nutrientes al bebé y de eliminar desechos. Cuando el bebé nace, el médico corta el cordón umbilical dejando un pequeño pedazo en el bebé.

Los cuidados que debe proporcionar la matrona durante el parto en cuanto al cordón umbilical son muy importantes para evitar complicaciones en el neonato y la mujer embarazada. También puede ser importante a la hora de identificar alguna patología que pueda albergar el cordón umbilical. Este tema es una de entre las muchas funciones que tiene la matrona, es decir la matrona ante un parto asistido deberá realizar unos cuidados al cordón umbilical.

2 Objetivos

- Determinar que cuidados básicos debe proporcionar o administrar a la mujer durante el parto por parte de la matrona en todo momento.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la cual se han usado bases de datos como por ejemplo Scielo, Pubmed, entre otros.

Se ha incluido artículos que nos indicaban la importancia del cuidado del cordón umbilical por parte de la matrona.

Palabras clave: Embarazo, parto, cuidados, cordón, neonato.

4 Resultados

Se ha querido incluir en nuestra revisión bibliográfica artículos en los cuales nos indicaban la importancia de una buena asistencia de la matrona durante el parto para evitar complicaciones del cordón umbilical.

Un buen manejo de la matrona durante el parto del cordón umbilical previene de la mortalidad y de las infecciones en el neonato.

La matrona durante el parto como se ha comentado en todos los artículos encontrados debe conocer la técnica correctamente antes de proceder al parto y manejo del cordón umbilical. Es decir, la técnica empleada debe ser estéril con lo cual, la matrona preparara todo el material que vaya a manejar durante la técnica.

La matrona durante la fase de expulsión del parto, procederá al pinzamiento del cordón mediante dos pinzas, y por último se procede a su resección, la cual debe realizarse con un instrumento estéril, tales como unas tijeras o un bisturí.

Durante este proceso y con evidencia de los artículos encontrados ya se podrán descartar algunas patologías o infecciones del neonato. Puede ocurrir que exista una complicación durante la técnica de pinzamiento, con lo cual la matrona avisara a ginecología para poder ayudarla en este momento.

La matrona tras el parto también debe comentar a la madre del neonato como van a ser los siguientes procesos de cuidados del ombligo o caída de este. La caída del cordón umbilical se produce una vez completado el proceso de cicatrización. La caída normal sucede entre el 8° y 10° día, y un poco posterior en tres casos: las cesáreas, cordones umbilicales muy gruesos y niños con mucho peso, que puede retrasarse hasta el 15° día de vida. Todo esto se explicará en el momento del alta

de la paciente a su domicilio con su hijo. También informará como realizara la cura del cordón umbilical.

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido observar la importancia del buen manejo del cordón umbilical de la matrona durante el parto, es algo decisivo para el buen estado del neonato en un futuro.

También se ha podido comprobar en nuestros resultados la importancia del buen conocimiento tras el pinzamiento del cordón umbilical y cuidados en el alta de la paciente con su neonato.

La matrona es un profesional cualificado para realizar un parto sin complicaciones, con lo cual sabrá realizar los cuidados básicos en la mujer en la fase de expulsión del parto.

Se ha empleado un lenguaje claro, conciso y por supuesto para que cualquier profesional pueda leer y entender cuáles son los cuidados más importantes del cordón umbilical.

6 Bibliografía

1. MedlinePlus. National Library of Medicine. Cicatrización del cordón umbilical. Actualizado 2017.
2. Iglesias EÁ, Calvo FF, Pascual VR. Patología umbilical frecuente. Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Neonatología. Protocolos de la AEP. Madrid; 2008.
3. Mota Marfil A. Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido. [Online].; 2004.

Capítulo 42

ACTUALIZACIÓN DE LA MATRONA EN LAS NUEVAS TECNOLOGIAS EN EDUCACION PARA LA SALUD

GLORIA MARIA GONZÁLEZ PARRA

BEATRIZ CABEZUELO CUARTERO

ROCÍO MARTÍNEZ GÓMEZ

1 Introducción

Debido a la pandemia y el avance continuo de las nuevas tecnologías, el campo sanitario también se ha visto obligado a actualizar sus métodos de educación para la salud etc. En la actualidad vivimos en un entorno de comunicación constante; internet, electrónica, redes sociales, etc. Esto impacta en todas las áreas de nuestra vida, sin dejar de lado a nivel sanitario. Esto supone que aquello que parecía inimaginable hace unos años sea posible, permitiendo así el acceder a medios que durante años estaban limitados o eran inviables. Además, el conocimiento crece a gran velocidad, por lo que es imposible mantenerse al día con toda la información que se genera.

Podemos entender por nuevas tecnologías diferentes aparatos o equipos que van a favorecer la enseñanza de la matrona a nivel de salud.

Se puede decir que una de las funciones de la matrona es asistir a las pacientes y también fomentar la educación sanitaria.

Se ha observado que en las conexiones entre un sistema de salud cada vez más tecnificado y las personas, profesionales y usuarios, las nuevas tecnologías son

un elemento imprescindible que contribuye a ofrecer potencialmente un mejor diagnóstico y tratamiento (por su rapidez y eficacia), educación sanitaria y, finalmente, con un coste menor.

2 Objetivos

-Describir el papel de las nuevas tecnologías en el día a día de las matronas para favorecer la educación para la salud.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos principales como son PUBMED, SCIELO, etc.

Se han encontrado artículos que nos favorecían la educación para la salud y nos explican que tipo funciones puede llegar a desarrollar la matrona.

Palabras clave: Tecnología, matrona, cuidados, educación

4 Resultados

-En nuestra revisión hemos incluido artículos los cuales nos identificaban o indicaban que tipo de beneficios o complicaciones puede encontrar la matrona a la hora de realizar el uso de nuevas tecnologías en sus funciones de docencia.

-Se han encontrado artículos en los que las nuevas tecnologías o TIC, tienen una conexión entre la gestante y matrona sin necesidad de que se realice . Esto nos genera un menor tiempo, pues la paciente no acude presencialmente permitiendo a la embarazada realizar desde una entrevista hasta sesiones de videoconferencia puerperal a través del ordenador de su casa, constituyendo esta modalidad una nueva forma de llevar a cabo la atención de la gestante. También puede favorecer el uso de estas TIC en las matronas para que en cualquier momento durante la jornada de trabajo la gestante pueda realizar preguntas e inmediatamente puedan ser contestadas por la matrona.

-Otro uso que nos aporta es que durante la educación sanitaria la matrona puede realizar cursos online para diferentes categorías sanitarias, pacientes e incluso adolescentes en edad de comenzar su sexualidad. Esto genera un amplio aumento de personas que puede llegar a formar en un mismo curso y todo ello gracias a las nuevas tecnologías o TIC.

-En algún estudio o artículo encontrado se ha realizado un amplio estudio en la cual valoraban si realmente las nuevas tecnologías son avance o retroceso en el campo de educación para la salud por la matrona. Es decir que las tecnologías mas usadas por las pacientes no son el ordenador, sino el wasap o Facebook. Esto también condiciona a alguna de las complicaciones que se pudieron encontrar, la matrona realizara educación para la salud, pero la gestante puede que esté conectada, pero sin cámara en uso con lo cual puede estar realizando otras tareas y con lo cual la educación no está siendo efectiva.

5 Discusión-Conclusión

No se ha podido encontrar muchos artículos de los cuales identifiquen que el uso de las nuevas tecnologías en la función de la matrona de educación para la salud sea muy efectivo.

Como se ha podido observar sí que han hecho estudios en los que se ha intentado comprobar la efectividad del uso de nuevas tecnologías en educación para la salud con la gestante sin tener presencialmente la cita.

Es un tema muy actual, pero poco estudiado por lo cual la matrona puede llegar a utilizar las nuevas tecnologías, pero no siempre va a ser favorable durante su jornada laboral.

6 Bibliografía

- IMSERSO. Tecnologías de la información y la comunicación. Revista autonomía personal; 2009.
- Tejada Domínguez FJ, Ruiz Domínguez MR. Aplicaciones de enfermería basadas en TIC's. Hacia un nuevo modelo de gestión. ENE, Revista de Enfermería 2010; 4(2):10-18.
- ICM. Internacional Confederation of Midwives. Definición Internacional de la Matrona. Durban; 201.
- Cartera de servicios de Atención Primaria. Web Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Servicios Sociales. Cartera de Servicios/Matronas. [En línea].

Capítulo 43

CÓMO DEBE DE ACTUAR EL PERSONAL SANITARIO DE ENFERMERÍA ANTE LA EXTRAVASACIÓN DE TRATAMIENTOS CITOTÓXICOS Y/O CITOSTÁTICOS

ISABEL GARCÍA SUAREZ

CARLA SANMARTIN CAPIN

ANDREA MORAL BELMAR

SELVA MARÍA LÓPEZ FERNÁNDEZ

ANA MARTÍNEZ PÉREZ

1 Introducción

El cáncer se posiciona como primera causa de mortalidad mundialmente hablando y es una de las principales causas de morbilidad. La quimioterapia es uno de los tratamientos de elección más utilizados contra él. No obstante, puede provocar efectos adversos y, existir un riesgo de extravasación durante el proceso de eyección intravenosa. Hablamos aquí de agente citotóxico, como aquella sustancia o agentes capaces de dañar células o tejido, en contraposición a los citostáticos que retrasan o detienen el crecimiento de las células sin llegar a destruirlas.

En el siguiente trabajo se expone una idea general acerca de qué es una extravasación, que es la salida accidental de un fármaco hacia el espacio intersticial y subcutáneo durante su administración intravenosa. Sus efectos se verán influenciados según la clasificación del fármaco extravasado pudiendo encontrarse agentes vesicantes que en contacto con la piel pueden producir irritación o quemazón llegando a ulcerar la piel y matar el tejido sano; o agentes irritantes que por el contrario no llegan a destruir el tejido, sino que se limitan a alterar las percepciones sensoriales y las mucosas.

Se expondrá un algoritmo a seguir por el personal sanitario del hospital o la unidad en la que se den estas circunstancias, basado en diferentes guías clínicas hospitalarias cuyo fin es el mismo. Tal información fue consultada en diversas bases de datos con criterios de inclusión en base a dos objetivos principales. Finalmente se citan unas conclusiones en base a la información obtenida y unas posibles mejoras a tener en cuenta para prevenir la extravasación.

2 Objetivos

- Estandarizar y unificar criterios para la actuación enfermera ante las extravasaciones de medicamentos citostáticos.
- Minimizar los posibles efectos sobre el paciente de dicha circunstancia.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación que consiste en revisión bibliográfica de diferentes artículos consultados en las principales bases de datos como: “Google académico”, “Pubmed”, “Medline” y “Scielo” con selección de criterios “oncología”, “citotóxicos”, “citostáticos”, “extravasación”, “irritante”, “vesicante”.

4 Resultados

La extravasación, se define como la salida accidental de un fármaco hacia el espacio intersticial y subcutáneo durante su administración intravenosa. El tiempo de exposición al fármaco que permanece en la zona afectada, el tipo de solución, así como de la cantidad extravasada definida por la concentración de la solución y el volumen total extravasado, influirá según el producto utilizado dependiendo

de su clasificación: agentes vesicantes como por ejemplo la Adriamicina, la Vincristina, la Vinblastina, el Oxaliplatino o el Cisplatino; agentes irritantes como por ejemplo la Ciclofosfamida, el Etopósido o el Fluoracilo y en el ultimo grupo las drogas menos agresivas como lo son por ejemplo el Carboplatino, el Irinotecan, el Metrotexato y los anticuerpos monoclonales o AcM.

El reconocimiento de la extravasación se debe detectar con la mayor brevedad. Podemos sospechar sobre esto cuando desaparece el retorno venoso de sangre, disminuye el flujo de la perfusión o se para saltando una alarma en la bomba de perfusión, presencia de hinchazón o eritema en torno al punto de inserción del catéter venoso periférico o si aparece dolor, escozor o sensación de quemazón.

Ante un suceso así enfermería ha de tomar las siguientes medidas:

1. Se procederá a la detención de la administración de tratamiento lo antes posible.
2. Retirar el equipo de infusión, pero por el momento debe de mantenerse la vía venosa.
3. Extraer aproximadamente 5 mililitros de líquido del catéter, para intentar eliminar parte del medicamento extravasado. Se ha de tener en cuenta que este procedimiento generalmente produce mucho dolor y no siempre es del todo efectivo.
4. Identificar la extravasación marcando los bordes del área que se encuentra afectada.
5. Localizar el KIT de actuación y, si procede, administración de antídotos a través del catéter, subcutáneo o tópico, según la actuación del citostático.
6. Aplicar, según proceda, frío seco, siempre y cuando sean compresas o bolsas flexibles para evitar presionar la zona afectada; o calor seco, ya que el húmedo podría macerar la zona implicada.
7. Se recomendará la aplicación de hidrocortisona 1% cada 12 horas en la zona afectada siempre que el eritema siga presente.
8. Llegados a este punto, ahora si se debe de retirar el catéter venoso.
9. Limpiar la zona con povidona yodada al 10%.
10. Una de las recomendaciones para mejorar el retorno venoso es la elevación del miembro afectado por encima del corazón.
11. Se evitará en todo momento la aplicación de presión mediante vendaje en la zona afectada.
12. Si el dolor continúa tras un plazo superior a 48 horas, se recomienda acudir al especialista para su valoración.
13. Por último si estas medidas no son efectivas se considerará la realización de una cirugía reparadora.

Es importante notificar tales accidentes, en la historia clínica del paciente, siendo el personal sanitario conocedor del proceso acaecido y el manejo de la situación

hospitalaria. Generalmente las extravasaciones son de rara aparición, pero ha de tenerse en cuenta que puede darse la circunstancia, por lo tanto, ha de realizarse un correcto manejo ya que puede producir un impacto en el cliente/paciente y ha de realizarse un posterior seguimiento del estado para minimizar el impacto psicológico.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que la extravasación de medicación citostática supone un riesgo importante en la oncología, es necesario difundir dichas recomendaciones en el personal de Enfermería y a la población, concretamente paciente y familia allegada con recomendaciones actuales, basadas en estudios científicos, criterios de calidad y seguridad del paciente. Ha de cumplirse una serie de criterios de elección como identificar un buen acceso venoso, prefiriendo para la infusión de estos tratamientos los accesos centrales (implante subcutáneo, catéter venoso central, catéter central de inserción periférica, líneas medias). Ha de educarse al paciente para que sea consciente de los riesgos de una mala praxis durante el procedimiento.

Ante cualquier indicio de duda ante el correcto funcionamiento, ha de notificarse y actuar rápido.

6 Bibliografía

1. Ángeles M, Tavira F, Mateos González E, Márquez Vázquez R, Moreno Vega A. Prevención y tratamiento de extravasaciones de citostáticos. [Internet] 2023. Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/321/html/Anexos/ExtravasacionCitos.pdf>
2. Fernández-González A. Prevención de la extravasación de citostáticos por enfermería.[Internet].2016. Disponible en; <https://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/2889>
3. Lacambra Blasco I, Mozota Duarte J, Obón Azuara B, co. Protocolos del hospital clínico universitarios Lozano Blesa. [Internet].2016. Disponible en: http://hcuz.es/c/document_library/get_file?uuid=6d761a62-f801-4883-a03e-a31d8914249a&groupId=10190
4. Conde-Estévez D, Mateu-de Antonio J. Actualización del manejo de extravasaciones de agentes citostáticos. [Internet]. 2012; 36(1):34–42. Disponible en: https://www.sefh.es/fh/120_07.pdf.

5. Ministerio de Sanidad. Protocolos de vigilancia sanitaria específica. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/Agentescitostaticos.pdf>

Capítulo 44

ENFERMERÍA Y LOS DIFERENTES MÉTODOS PARA VALORAR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ANA ISABEL CEREZO RUBIO

1 Introducción

Una úlcera por presión es una lesión que se produce en la piel a consecuencia de una presión continua entre un plano duro y un tejido blando. Suelen aparecer en las partes del cuerpo donde existen prominencias óseas como los talones, tobillos, caderas, entre otras.

Normalmente, las personas que tienen mayor riesgo de padecer estas lesiones presentan un deterioro de la movilidad física, limitando su capacidad para moverse y cambiar de postura.

La mayoría de estas heridas se curan con tratamiento, pero existen un gran porcentaje de ellas que nunca llegan a cicatrizar por completo.

Las úlceras por presión son un gran problema de salud pública en el mundo, afectando a la calidad de vida del paciente, a su familia y al propio sistema sanitario.

Estas lesiones suponen altos costes para la institución, además de grandes cargas de trabajo para los profesionales sanitarios.

Es fundamental que Enfermería realice una adecuada valoración de estas heridas para que pueda realizar las intervenciones adecuadas encaminadas a planear un cuidado específico y eficaz, donde estén presentes actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Enfermería debe abordar al individuo de manera holística, donde el cuidado de la piel está incluido. La presencia de estas lesiones es un indicador de la calidad de cuidados.

2 Objetivos

Establecer los diferentes métodos que debe utilizar el profesional de Enfermería para realizar una valoración adecuada de las úlceras por presión.

3 Metodología

Revisión de la literatura publicada en bases de datos científicas utilizando una serie de palabras clave como: úlcera por presión, valoración, enfermería, cuidados, atención, prevención.

Los operadores booleanos utilizados fueron "AND" y "OR".

Finalmente, se utilizaron cuatro referencias bibliográficas que sirvieron de guía para elaborar esta presente revisión bibliográfica.

4 Resultados

Enfermería debe saber que existen diversos métodos que ayudan a valorar y diagnosticar las úlceras por presión. Estos métodos son de gran ayuda a la hora de tomar decisiones eficientes y eficaces para que el estado de la lesión mejore, además de mejorar con ello la calidad de vida del paciente.

El mejor tratamiento que existe para este tipo de heridas es su prevención, pero una vez que han aparecido es fundamental detectarlas lo antes posible. Para identificar una úlcera por presión en estadio I, el profesional de Enfermería colocará un vidrio a acetato sobre la herida y haciendo presión en la misma, observando si el eritema palidece o no. Este método debe realizarse periódicamente en intervalos horarios, puesto que en cuestión de horas una lesión puede ser reversible o continuar su extensión.

Cuando exista pérdida de tejido, Enfermería valorará la lesión empleando métodos bidimensionales, tomando los extremos más distantes de la herida y multiplicando los dos valores entre sí. Para realizar este método es fundamental descuidar el tejido inviable para que los centímetros que se midan sean los correctos.

Otro método de valoración es mediante imágenes o dibujando el perímetro de la herida sobre una hoja de acetato. Con este método se puede ir comprobando

la evolución de la herida comparando dos o más acetatos. Este método puede complementarse con uso de fotografías.

Existen métodos que realizan mediciones tridimensionales y de volumen de la herida, con un margen de error mínimo.

Otro método utilizado es la ecografía elastográfica, la cual valora factores como el flujo sanguíneo, la presión, la temperatura y el grado de retracción de la piel. Este método es muy útil en heridas tempranas, cuando visualmente son indetectables. Otro aspecto fundamental a valorar por Enfermería es el estado nutricional del paciente, puesto que releva factores predicadores a desarrollar úlceras por presión y detecta el riesgo de desnutrición.

5 Discusión-Conclusión

Enfermería debe ofrecer una atención holística al individuo, donde el estado de la piel está incluida.

Enfermería debe realizar una adecuada valoración de las úlceras por presión antes de realizar cualquier intervención en ellas.

Es fundamental que se valore el estado de la misma, las dimensiones de la herida, el tipo de tejido que existe, entre otros.

Existen diferentes métodos para valorar estas lesiones, debiendo estar en conocimiento del profesional de Enfermería para que pueda aplicarlos y contribuya con ellos a un buen control de la lesión.

No hay que olvidar que la valoración del estado nutricional también es esencial, puesto que con ella se revelan posibles candidatos a padecer este tipo de lesiones.

6 Bibliografía

1. Blanco López, J. L. (2003). Definición y clasificación de las úlceras por presión. *El Peu*, 2003, vol. 23, núm. 4, p. 194-198.
2. Güimil, J. A. E., & Vizoso, F. L. V. (2004). Los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes. *Gero komos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 15(2), 107-116.
3. Ramos, C. Q., & Díez, R. G. (2008). Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de úlceras por presión en Unidades Críticas. *Enfermería intensiva*, 19(1), 23-34.
4. Salazar, C. A., Duque, O. F., & Moreno, B. (2017). Úlceras por presión. *Tratado de Geriatría Para Residentes*. Coordinación editorial: International Marketing & Communication, SA (IM&C) Vol, 1, 217-226.

Capítulo 45

TRIAJE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA

LILIANA PATRICIA MONTAÑO HERRERA

MARÍA DOLORES DENIA MARTOS

MARÍA DOLORES COLLADO ZAFRA

FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ TELLEZ

ANA CRISTINA AÑOVER SERRANO

1 Introducción

El triaje es un proceso mediante el cual, se gestiona el riesgo o gravedad clínico de una persona para poner un tiempo máximo de espera en el que resolver y tratar con seguridad una determinada patología. Se basa en las necesidades terapéuticas y recursos disponibles y clasifica en categorías del 1 al 5 según la gravedad de la enfermedad.

El grado 1 del triaje requiere una atención inmediata, una emergencia vital en la que la demora del inicio del tratamiento, ya sea farmacológico o terapéutico, repercute directamente en la vida del paciente. Las maniobras de resucitación estarían serian un triaje 1.

El grado 2 es cuando el paciente está inestable y podría evolucionar a un grado 1, por lo que el tiempo de demora en tratar y atenderlo no debe superar los 30 minutos.

El grado 3 hace referencia aquel paciente que está estable pero que necesita de tratamiento o pruebas urgentes para su sanación.

El grado 4 estaría formado por aquellos pacientes que presentan una afección que no compromete la vida ni su estado general como podría ser un esguince en el tobillo.

Por último, en el grado 5 de triaje, el paciente presenta signos o síntomas de enfermedades crónicas que no comprometen la vida y no representan un riesgo evidente, por ejemplo cura de una úlcera en sacro o consultas en diabéticos o hipertensos.

2 Objetivos

Analizar si es eficaz el triaje realizado por parte del personal de enfermería a la hora de medir la gravedad de una urgencia.

3 Metodología

Para la realización de estudio se hizo una búsqueda minuciosa de la literatura científica en las diferentes bases de datos médicas como Pubmed, Scielo, Cochrane y Google Académico.

Las palabras clave usadas para el inicio de la búsqueda fueron triaje enfermero y urgencias hospitalarias.

4 Resultados

Tras llevar a cabo la búsqueda de bibliografía con las palabras clave mencionadas anteriormente, encontramos 295 artículos y estudios relacionados, de los cuales, tras excluir los artículos duplicados e instaurar unos criterios de exclusión e inclusión como texto completo y gratuito, antigüedad de publicación inferior a diez años e idioma en inglés y español; y pasar la escala de calidad STROBE, quedaron 3 artículos que detallamos a continuación.

En el primer artículo seleccionado, realizado por Bermejo et al, se hace un ensayo clínico en el que observa a diferentes profesionales del colectivo médico, enfermero y auxiliares de enfermería realizando labores de triaje, en el que concluye que el gremio más cualificado es el enfermero, ya que se basa y busca signos y síntomas en el paciente que relaciona con sus conocimientos para darle un tiempo de demora al tratamiento de su enfermedad idóneo. En el colectivo médico se

observó que en vez de medir signos o síntomas se centran en la búsqueda de un diagnóstico, lo que retrasa el inicio del tratamiento. En el colectivo de auxiliar de enfermería se observó que no tienen conocimientos suficientes y que dependían mucho al hacer una valoración del personal de enfermería.

En otro artículo, descrito por SEMES, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, refiere que el personal más calificado para la realización del triaje en los servicios de urgencias, es el personal de enfermería, aunque es sus recomendaciones establece que se lleve a cabo de manera conjunta con el colectivo médico para un resultado más eficaz.

Por último, en el tercer artículo realizado por Cubero et al., expone una lista con los efectos prácticos y beneficiosos de la realización del triaje por parte del personal enfermero como mejores tiempos de espera, gratitud por parte de los usuarios y por parte del personal de enfermería que refiere sentirse más autónomo en su trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de los resultados se puede concluir que el personal más apto y que mejores resultados obtiene realizando el triaje en los servicios de urgencias es el personal de enfermería.

Los autores de los artículos seleccionados coinciden en que la elaboración del triaje por el colectivo enfermero, reduce los tiempos de espera en pacientes que cursan una urgencia o emergencia médica y que lo hacen fijándose en signos y / o síntomas de manera rápida y eficaz.

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias menciona el personal de enfermería está cualificado pero que el triaje llevado a cabo, en conjunto con el colectivo médico, produce mejores resultados.

6 Bibliografía

1. Martín M. Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev.enf.Cyl.* 2013;5(1):42-49.
2. Martínez E, Lleixà M, Salvadó-Usach T, Solà E, Adell M. Perfil competencias en los profesionales de triaje de los servicios de urgencia hospitalario. 2017(29):173-177.
3. Sánchez R, Cortes C, Rincón B., Fernández E, Peña S, De las Heras E.M. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* 2013;25(1),66-70.

4. Sánchez R. Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* 2015; 27(2), 103-108.

Capítulo 46

FUNCIONES Y ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS

SANDRA ALOS GARCIA

1 Introducción

La hemodiálisis es un tratamiento que consiste en eliminar las sustancias nocivas y tóxicas de la sangre, especialmente las que puedan quedar retenidas a causa de la insuficiencia renal, la hemodiálisis tiene como función suplir a los riñones, para muchas personas la única alternativa que hay a la hemodiálisis es el trasplante de riñón.

La máquina de diálisis bombea la sangre a través de un filtro y lo devuelve al organismo, la hemodiálisis se realiza habitualmente en un centro de diálisis, una persona con una enfermedad renal en etapa terminal, necesita diálisis o un trasplante de riñón, después de la hemodiálisis la presión arterial baja es normal, esto puede llevar a cabo la falta de aire, náuseas, vómitos, calambres musculares.

Es conveniente no utilizar alimentos con alto contenido en sodio e incluso refrescos con gas y algún tipo de agua mineral. El mayor riesgo que hay para la hemodiálisis es la infección, y por eso es muy importante una buena higiene, las personas con un catéter está aislado por un apósito impermeable que puede ayudar a proteger y aislar, aun así, hay que intentar mantenerlo cubierto, limpio y seco.

Se puede intentar prevenir una enfermedad renal controlando la diabetes y la presión arterial alta, para ello la persona debe de hablarlo con su médico e intentar mantener el azúcar y la presión bajo control. Esta enfermedad está considerada un problema de salud pública por su incidencia cada vez mayor en la población.

2 Objetivos

Describir el papel del TCAE en la atención y cuidados al paciente en hemodiálisis.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se efectuó una búsqueda y revisión bibliográfica de diferentes trabajos relacionados con el tema escogido, “Funciones y atención del TCAE al paciente en hemodiálisis”.

Se utilizaron bases de datos científicos como Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando artículos científicos, procedentes de publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.

Palabras clave: “hemodiálisis”, “enfermedad renal”, “trasplante”, “alimentación”.

4 Resultados

Cuanto antes se comience a realizar la hemodiálisis, menor será la tasa de mortalidad.

El procedimiento que se va a realizar comienza unas semanas o meses antes de comenzar la hemodiálisis, para ello es bueno que la persona que va a realizarlo se sienta cómoda, y lo tenga cerca de su domicilio para mayor comodidad.

Durante el proceso la sangre circulará por un filtro eliminando los desechos y el exceso de líquido. En algunos casos el filtro es conocido como: “riñón artificial”. La función más importante del TCAE en hemodiálisis es controlar cada treinta minutos los signos vitales del paciente que se somete al procedimiento, y sobre todo observar y controlar cualquier signo que pueda presentar durante la sesión.

Para ello es muy importante que el TCAE, se encargue de recibir bien a la persona y lo haga sentirse cómodo, ya que pasará ahí parte de su tiempo.

Después de cada tratamiento la persona se sentirá agotada durante varias horas, por ello es importante que la persona siga intentando seguir con su vida e intentar

completar sus metas y proyectos, permitirle hacer las actividades normales que hacía antes de empezar con el procedimiento, animarle a seguir viviendo y tener tiempo para pasarlo con la familia y amigos.

Si una persona decide no realizarse la diálisis o incluso no seguir con ella, con el paso del tiempo los riñones dejarán de funcionar por completo, el tiempo varía con cada persona, y la persona pasará a recibir cuidados de alivio o cuidados paliativos.

Por ello es importante que si una persona quiere dejar de realizarse la diálisis se lo piense bien y se asegure de entender los beneficios y los riesgos que conlleva esa decisión, pero sobre todo dejar a la persona que tome sus propias decisiones y exprese sus sentimientos.

En resumen, el papel del TCAE con pacientes en hemodiálisis será:

- El TCAE será el encargado de mantener listo el área del paciente.
- El TCAE tendrá preparado todo el material que vaya a ser utilizado con cada paciente.
- El TCAE será el encargado de colaborar con las tareas de atención al paciente.
- El TCAE deberá ser el encargado de conocer los accesos vasculares para pacientes en hemodiálisis, identificando ventajas y problemas asociados con cada tipo de acceso.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE, es el encargado de la limpieza desinfección y desincrustación de los monitores de hemodiálisis, los principales cuidados del TCAE al paciente en hemodiálisis son: recibir al paciente, atender a las demandas que el paciente necesite, conectar al enfermo y mantener una buena asepsia y un buen acceso vascular durante el procedimiento.

El TCAE pasará la mayor parte del tiempo con la persona que vaya a realizar este procedimiento, por ello es importante conocer a la persona, hacerla sentir cómoda, ya que normalmente la persona que lo realiza sufrirá cambios a lo largo del proceso, y debemos de conseguir que sea capaz de adaptarse.

6 Bibliografía

1. <https://magllerandi.files.wordpress.com/2014/10/enfermedad-renal-cronica-kdigo-2013.pdf>
2. <https://revistamedica.com/cuidados-tcae-hemodialisis/>
3. <https://ocronos.com/libros-publicados-isbn/plan-atencion-enfermeria-hemodialisis/>
4. <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/hemodialysis/about/pac-20384824>

Capítulo 47

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LUCÍA REQUENA HONRUBIA

MARÍA ANTONIA LÓPEZ GOMEZ

ALICIA RISUEÑO RUIZ

YOLANDA NOGUERO FIMIA

MONTSERRAT FERRER NUÑEZ

1 Introducción

Las úlceras se forman casi siempre donde los huesos están más cerca de la piel, como son los tobillos, los talones o las caderas. La población más afectada por las úlceras suelen ser ancianos inmovilizados por una patología aguda o por un déficit neurológico.

Una úlcera por presión es una lesión de origen isquémico que se encuentra localizada en la piel o en los tejidos subyacentes causada por la combinación de factores intrínsecos y extrínsecos como puede ser la presión, la fricción y el cizallamiento. Una vez que se produce la lesión, se clasifica en cuatro grados según los tejidos afectados.

El riesgo de sufrir esta lesión es mayor si el paciente se encuentra inmovilizado en una cama, se utiliza una silla de ruedas o no se puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves incluso algunas pueden poner la vida en peligro. Hay factores que pueden crearlas y se pueden clasificar en:

- intrínsecos: estos dependen directamente de una afectación que sufre el paciente como un déficit neurológico.
- extrínsecos: estos dependen del ambiente en el que el paciente se encuentre como la humedad.

Las úlceras por presión son actualmente un gran problema sanitario, económico y social. En España hay más de 90.000 personas que las sufren al día. A nivel hospitalario se estima que afecta a nueve de cada diez pacientes que están ingresados sea cual sea su edad. Algunos estudios evidencian que aplicar un protocolo de medidas de prevención disminuye la incidencia de úlceras por presión.

2 Objetivos

Indicar las mejores medidas para la prevención de las úlceras por presión en pacientes encamados y la importancia de los cambios posturales por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Metodología

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

4 Resultados

A nivel social en los pacientes se producen un deterioro significativo de la calidad de vida además de un gran impacto físico, social, psicológico y económico, lo cual llega a provocar una reducción de la esperanza de vida del paciente.

Las personas que permanecían más tiempo sentadas, en cama, silla o silla de ruedas tienen más dificultades para poder cambiar de postura, ya que tiene sus movimientos escasos. En el estudio realizado se observó que hay factores que incrementan un porcentaje elevado de aparición de úlceras por presión, ya que

aumenta la vulnerabilidad de la piel y las lesiones que pueda tener. Los factores más importantes son la humedad, puesto que el sudor la orina las heces y los exudados irritan la piel. Existen otros factores menos comunes que se producen por una movilización inadecuada del paciente tanto por arrastre o por deslizamiento. El riesgo de sufrir esta lesión es mayor si el paciente se encuentra inmovilizado en una cama, se utiliza una silla de ruedas o no se puede cambiar de posición. Los estudios encontraron también que el 90% de los pacientes con menos de 20 movimientos espontáneos durante la noche desarrollaban úlceras por presión, que también son frecuentes en pacientes que no pueden ser autónomos. En un 55% los sondajes y en las vías vasculares disminuyen la movilidad, por lo tanto, muchos de estos pacientes por miedo a perder la vía o el sondaje permanecen en un estado de poca movilidad en cama o en sedestación lo que provoca una aparición de las úlceras. Además, fármacos o tratamientos inmunosupresores que disminuyen la respuesta inmunológica generan una atrofia que es cutánea la cual favorece la aparición de las úlceras por presión.

5 Discusión-Conclusión

El paciente debe de tener una dieta muy equilibrada y con un buen aporte de líquidos para evitar las úlceras. Estimular la actividad haciendo cambios posturales o utilizando colchones anti-escaras para reducir presión, taloneras y otras protecciones son una manera de prevenir las úlceras. Revisar la piel y tenerla limpia e hidratada evita que se ulcere la piel al igual que el control de incontinencia se evita la humedad en la piel y utilizando ropa con tejidos naturales.

Por último, los resultados establecen que los ácidos grasos tiene la misma eficacia que los aceites para la prevención de las úlceras por presión al igual que no se encuentra eficacia en la administración de los complementos nutricionales. La evidencia de la posibilidad de evitar las úlceras en los siguientes es muy alta.

6 Bibliografía

1. Delgado Fernández, Ramón [et al.]. Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión: guía para el cuidador – úlceras por presión. Santiago de Compostella: Servei Gallec de Salut, 2005. <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/enfermedades-mayores/factores-riesgo-ulceras-por-presionn/>.

Capítulo 48

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

LUCÍA REQUENA HONRUBIA

MARÍA ANTONIA LÓPEZ GOMEZ

ALICIA RISUEÑO RUIZ

YOLANDA NOGUERO FIMIA

MONTSERRAT FERRER NUÑEZ

1 Introducción

La atención primaria realiza actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la propia rehabilitación física y el trabajo social. La Atención Primaria es el primer nivel, el básico e inicial de atención a la salud, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos.

Todas las actividades que se realizan en el centro de salud dirigidas a las personas, a familias y a la comunidad, se prestan por equipos interdisciplinares, se garantiza la calidad y accesibilidad a las mismas, de esta manera entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados.

La Atención Primaria tiene que ser considerada como un factor determinante en el sistema sanitario pues tiene un papel fundamental que posee sobre los indicadores del nivel de salud de la comunidad y por su gran importancia en cuanto a la curación y la prevención de enfermedades para la promoción de la salud.

La Atención Primaria debe ofrecer unos servicios según la necesidad de cada persona y dar respuesta a la mayoría de los problemas.

Los principales objetivos de la atención primaria es la accesibilidad, la coordinación, la integralidad, la longitudinalidad y la calidad de la prestación.

2 Objetivos

Dar a conocer las Funciones que debe realizar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Atención Primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre las Funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en Atención Primaria. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es una de las personas que forma el equipo de personal sanitario y no sanitario del que se compone la Atención Primaria.

En cuanto a las funciones específicas del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de Atención Primaria podemos mencionar las siguientes:

- 1- Colaborar en las pruebas diagnósticas, supervisados por el personal de enfermería.

- 2- El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería participa en la elaboración del diagnóstico de salud de la zona, colaborando en tareas de planificación, organización y evaluación de los programas de salud del propio centro.

- Otra de sus funciones consiste en contribuir con los proyectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades que se realicen en el Centro de Salud.

- Realizar las tareas que son relacionadas con la higiene, vestir o desvestir al paciente y ayudarle siempre que sea preciso.
- Procesos de abastecimiento de medicación, de material fungible y de instrumental.
- Revisión y reposición de medicación, material fungible e instrumental de la sala de urgencias, sala de curas y consultas.
- Apoyar en las tareas necesarias para el resto del personal sanitario, sobre todo trabajando codo con codo con enfermería.

Es importante por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tenga mucha empatía y un trato respetuoso con el paciente, haciendo que se sienta cómodo, sobre todo si realizamos con él tareas de higiene o en las que se establece un contacto físico. A su vez, es de vital importancia que el Auxiliar conozca el uso del material que dispone el carro de emergencias, y además una formación continua adecuada.

El Servicio de Atención Primaria, al igual que los demás Servicios, está formado por equipos multidisciplinares, en los que todo el personal sanitario debe implicarse por el bien de la salud de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Cuando se refiere a la Atención Primaria nos se habla del primer nivel del sistema de salud, que se caracteriza por prestar atención integral a la salud. Este sistema tiene como principal objetivo atender a todas las personas en sus problemas de salud, así como también llevar adelante campañas que son preventivas y de rehabilitación la mayoría de las veces.

Generalmente, el servicio de Atención Primaria está compuesto por equipos de trabajo donde auxiliares, Enfermeros y Médicos se complementan para tratar a los pacientes y funciones de prevención, curación y promoción de la salud.

Es necesario por parte del TCAE tener unos conocimientos como mínimo básicos para actuar ante cada tipo de emergencia: material, instrumental, medicación y todo lo que rodea una urgencia en el centro de salud.

6 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud.
- <https://www.fp-santagema.es/funciones-los-auxiliares-Enfermería-los-centros-saludpúblicos/>.

Capítulo 49

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS ANTE UN PACIENTE INTUBADO

LUCÍA REQUENA HONRUBIA

MARÍA ANTONIA LÓPEZ GOMEZ

ALICIA RISUEÑO RUIZ

YOLANDA NOGUERO FIMIA

MONTSERRAT FERRER NUÑEZ

1 Introducción

El paciente intubado precisa de una serie de cuidados específicos, los cuales irán dirigidos a facilitar el movimiento de los pacientes por parte del personal que están en esa unidad, como son el celador, el personal de enfermería y del técnico auxiliar de enfermería, así como en la ayuda en las curas y en todo lo que sea necesario a realizar para mantener a los pacientes en buenas condiciones mientras dure su estancia en un centro hospitalario.

Dentro de la unidad de cuidados intensivos, se clasifican los pacientes según el tipo de prioridad de enfermedad, por ejemplo por la prioridad alta de que un enfermo se encuentre intubado, inestable o inconsciente, el cual precise de un

tratamiento intensivo, también se considera prioridad alta porque los pacientes puedan necesitar la ayuda urgente de los aparatos, como pueden ser más monitores y carros de paradas, que solo se pueden encontrar dentro de esta unidad porque se tienen de forma específica, la prioridad media es para aquellos pacientes que pueden tener metástasis y puedan sufrir o tener un shock séptico y la prioridad baja son aquellos pacientes que necesitan tener un estudio de su enfermedad y se prevé que es grave y debe de estar vigilado las 24 horas del día.

2 Objetivos

Describir los cuidados por parte del auxiliar de enfermería al paciente intubado en la unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico auxiliar de enfermería debe prestar unos cuidados básicos a los pacientes intubados, ya que esto hará que se sientan más cómodos y ayudara a la hora de poder realizarle los cambio posturales que le sean necesarios cada 2-4 horas según el tipo de gravedad e indicaciones del personal de enfermería que lleva el control o seguimiento del paciente, el auxiliar ayudara y colaborara con el personal de enfermería en las curas para ayudarles en todo el momento y que así lo precisen y sea necesario para tener al paciente en buenas condiciones físicas y ambientales, el personal de enfermería es el responsable de la limpieza, cambio de la intubación o aspiración que llevan los pacientes, el auxiliar de enfermería es el personal que se encarga de la preparación de todo aquel material que sea necesario para sustitución de la intubación, y también prestar ayuda al personal de enfermería en la higiene del paciente, primeramente se debe comenzar la higiene por la cara y el personal de enfermería, debe de sujetar la cabeza y el cuello para evitar que se mueva el tubo al paciente y este se quede en la misma posición correcta donde debe de estar, después se debe proseguir en la parte del tórax

y después hacia los miembros inferiores y se dejara para el final la zona de los genitales, ya que antes deberán realizar la higiene por la parte posterior (espalda, glúteos), este proceso se debe realizar lo más pronto posible, con lo que se evitara que a los pacientes se le hagan aspiraciones y se desature.

Los cuidados que presta el auxiliar de enfermería ante el paciente intubado, consiste en la higiene del paciente realizada diariamente y que este se encuentre en la posición de Fowler, ya que esta posición tiene un ángulo, el cual tiene al cabecero a 45° y que ayuda a los pacientes a facilitarles la respiración y evitar bronco aspiración, para que el paciente no llegue aspirar sus propios fluidos, lo cual ayudará a evitar que contraigan neumonía que se derive de la intubación.

5 Discusión-Conclusión

La intubación de los pacientes conlleva a que estos sufran infecciones, ya que al permanecer duran un largo periodo dentro de la unidad de cuidados intensivos, por eso es fundamental por parte del personal sanitario realizar el cambio del tubo o mantenerlo lo más aséptico, lo cual llevara a evitar futuras infecciones nosocomiales, siempre y cuando se apliquen los protocolos que se requieren en esta unidad, para así ayudar en la durabilidad y eficacia aséptica en los pacientes que están hospitalizados de larga duración en la unidad de cuidados intensivos y darle calidad de vida. Por eso el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar formado en cuanto a los protocolos de actuación frente a un paciente intubado.

6 Bibliografía

1. Enfermería de Urgencias: Técnicas y Procedimientos. Jean A. Proehl. Editorial Elsevier. España. 2005.
2. www.scielo.org.

Capítulo 50

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

ELENA GARCIA FERNANDEZ DE MARCOS

1 Introducción

La recogida de muestras biológicas es un camino que tienen los médicos para poder identificar si el paciente tiene algún tipo de patología . Las muestras biológicas más comunes , son de orina , sangre , de heces ,etc ; pero luego hay otro tipo de muestras como son de ADN , ARN , muestras vaginales , de esputo , etc. Una vez recogida la muestra o las muestras que haya otorgado el médico , estas se analizan en el laboratorio y dependiendo de su resultado , el médico verá que tratamiento o diagnóstico le pondrá a su paciente para tratar su patología .

El TCAE tiene un papel fundamental en la recogida de muestras biológicas , además , es de suma importancia que todo el personal sanitario esté perfectamente informado de cómo hay que recoger las muestras biológicas para evitar que haya algún fallo . Es importante hacerlo correctamente para que no se contamine la muestra , ya que esto puede alterar su resultado y de esta manera estaremos informando mal al paciente de su patología y poniéndole el tratamiento que no le corresponde .

Otro concepto es identificar correctamente la muestra con la pegatina que le corresponde a cada paciente , para que no haya ninguna equivocación

Una equivocación puede ser muy grave porque el equipo de enfermería puede dar resultados equivocados al paciente que no es .

2 Objetivos

Describir el papel del TCAE en la recogida de muestras biológicas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las muestras biológicas se pueden recoger en diferentes lugares dependiendo de la patología que presente el paciente y de las circunstancias que se den ; por ejemplo , se pueden obtener en el domicilio , en el propio hospital o en el laboratorio cuando el paciente ambulante acude al laboratorio para que le realicen la prueba .

Es de suma importancia ciertos conceptos a la hora de tomar las muestras biológicas como son :

- Recoger la muestra siempre con guantes .
- Cuando el paciente se tiene que realizar la prueba en su domicilio , el personal sanitario debe de informarle de cómo hacerlo para que no cometa errores .
- Importante identificar correctamente la muestra con la pegatina correspondiente de cada paciente .
- Si fuera necesario dejar la muestra en la nevera.
- Siempre se debe mantener las medidas de asepsia para que el resultado salga a la perfección .
- Por supuesto los recipientes donde se recogen las muestras , deben ser homologados , no vale cualquier tipo de recipiente para obtener la muestra .

Las muestras más frecuentes que se suelen recoger son las de orina y heces , en este trabajo se explica cómo se deben de recoger :

- Recogida de muestra de orina : consiste en recoger la primera orina de la mañana , la muestra se coge en la mitad de la micción . Primero es importante

lavarse las manos y los genitales , si el paciente no puede por sí solo , el TCAE lo debe de ayudar . Después se desecha la primera y última micción y por último se identifica con la pegatina del paciente . En caso de que sea un paciente encama se le pone la cuña o la botella y de ahí el TCAE recoge la muestra .

- Recogida de muestra de orina durante 24 : consiste en orinar en un recipiente milimetrado durante 24 horas . Esta prueba se realiza para ver cuánto orina el paciente en un día . Si el paciente está encama se le pone la cuña o la botella y después se debe verter la orina a este recipiente .

- Recogida de muestra de heces : el paciente si es autónoma se pondrá el mismo la cuña para que deposite las heces para después recogerlas , en caso de que el paciente sea dependiente , será el TCAE quien le coloque la cuña para que defaque . Una vez que el paciente haya defecado se recoge una muestra con un depresor lingual y se deposita en el recipiente . Importante identificar el recipiente con la pegatina del paciente .

5 Discusión-Conclusión

Una de las principales funciones del TCAE en la recogida de muestras biológicas es hacer que el paciente obtenga la muestra de la manera correcta , en caso de que sea autónomo , para ello hay que informarle a la perfección del protocolo a seguir . En caso de que el paciente sea dependiente , será el TCAE el que tenga la responsabilidad de obtener la muestra debidamente . Es fundamental lavarse las manos antes de empezar con la técnica , siempre manipular las muestras con guantes e identificar las muestras con las pegatinas de cada paciente . Siguiendo todos estos pasos se va a evitar cometer errores de después van a perjudicar al personal sanitario y al propio paciente .

6 Bibliografía

1. FERNÁNDEZ ESPINOSA AM, PÉREZ DE LA PLAZA E. HIGIENE DEL MEDIO HOSPITALARIO Y LIMPIEZA DEL MATERIAL. CUARTA. MADRID: MCGRAW HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.L.; 2017
2. Definición de muestra biológica – Diccionario de cáncer – Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. 2011 [citado 11 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/muestra-biologica>
3. Seguir E. Cuidados de enfermería en el servicio de urgencias [Internet]. Slideshare.net. [citado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en:

<https://es.slideshare.net/EquipoURG/cuidados-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias>

4. Internacional C. Atención médica: Diferencia entre una urgencia y una emergencia [Internet]. Clínica Internacional. 2020 [citado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicainternacional.com.pe/blog/diferencias-emergencia-urgencia/>
5. 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/>
6. 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>

Capítulo 51

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

MARIA JULIA GARCÍA GONZÁLEZ

RICARDO GÓMEZ FERNÁNDEZ

MARIA DEL MAR CASCALES GARCIA

LUCIA GALÁN VICENTE

MARIA ASCENSIÓN GALAN VICENTE

1 Introducción

Los enemas se utilizan siempre por razones saludables o higiénicas. Consisten en introducir un líquido por el recto o parte inferior del intestino delgado. Esto requiere usar receta médica o en caso de estar ingresado lo pauta el médico. Hacer esto en un entorno hospitalario es un procedimiento regular.

Los enemas están contraindicados en los pacientes con patologías como los que tienen hemorroides dolorosas, fisuras, abscesos, etc., o con intervenciones quirúrgicas recientes en la zona.

Los enemas son un tratamiento médico que se usa comúnmente entre los pacientes mayores. Se administran a través de un tubo rectal llamado cánula de

colon sigmoide. Estos métodos de administración se emplean por una razón específica. Los enemas se utilizan para muchos propósitos como pueden ser el eliminar el estreñimiento, ablandar las heces y forzar los intestinos y los intestinos a través del colon. Otra función de los enemas es que pueden limpiar los intestinos e intestinos, así como administrar ciertos medicamentos. Los auxiliares de enfermería deben estar involucrados en el proceso de elaboración y administración de los enemas. Deben trabajar con conocimiento práctico y comprensión científica al crear un procedimiento adecuado.

Los Técnicos Auxiliares de Enfermería son las personas que se encargan de administrar el enema y después de colaborar con la limpieza del mismo en el momento haga su efecto.

2 Objetivos

Explicar los tipos de enemas y como es la aplicación de un enema por el auxiliar de enfermería.

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

Según la finalidad en que se use un enema, existen diferentes tipos de enemas que sirven para:

1. Eliminar o limpiar el enema.
2. Para la limpieza y desintoxicación del intestino, este enema rompe el intestino grueso, aumenta el peristaltismo y facilita la evacuación.
3. La solución no se almacena en el recto y se excreta en pocos minutos.

Los enemas pueden incluir dentro:

- agua y solución salina.
- Agua y glicerina.
- Agua y aceite.

- Agua jabonosa.

- Agua limpia.

4. Indicado en caso de que haya estreñimiento prolongado, una limpieza intestinal, la cirugía abdominal pre y preoperatoria, exámenes de radiología, obtención de muestras de heces, después de la eliminación de la impactación fecal y antes de la dosificación.

También existen enemas medicinales o nutricionales.

- Excluiremos de este grupo apendicitis, úlcera gástrica, peritonitis y casos posteriores a cirugía abdominal reciente.

- Sujeto a enemas.

- Es un enema en el que el líquido quedará retenido durante mucho tiempo, al menos unos 20-30 minutos, para conseguir la máxima absorción del fármaco.

6. Enema de aceite: ablanda las heces y facilita la evacuación.

- Su ingrediente principal es el aceite de oliva.

- Cantidad: 120-180ml.

- Temperatura: 37 a 40o.

- Su indicación es para el estreñimiento crónico, presencia de efectos fecales, eliminación de sales de bario dadas para radiografía de contraste, limpieza del intestino antes de la cirugía, administración de fármacos.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería cuando aplica el enema debe de registrarlo en la historia del paciente, y siempre dejando siempre claro que tipo de enema se le va a administrar al paciente, el tiempo que ha retenido la solución, la cantidad, el color y la consistencia de la efectividad del enema y siempre bajo prescripción médica.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares de enfermería son responsables de preparar y administrar los enemas. Al aplicar un enema, deberá saber:

- Posicionamiento del paciente, debe colocarse en decúbito izquierdo (posición Sims).

- La temperatura del enema debe estar entre 37o y 43oC.

- Cantidad e ingredientes, ya que cada enema tiene una finalidad diferente.

- Presión, altura del calentador de agua, altura, la altura no debe exceder los 45 cm.

- Se pueden organizar diferentes tipos de administración por ampollas de agua, líquidos o preparados comerciales. Debe tener en cuenta la posibilidad de lesiones

al usar un enema. Es por eso que los cuidadores deben estar completamente capacitados y preparados para administrar enemas y comprender los posibles beneficios y problemas de usarlos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 52

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MÁS COMUNES

MARIA JULIA GARCÍA GONZÁLEZ

MARIA ASCENSIÓN GALAN VICENTE

LUCIA GALÁN VICENTE

MARIA DEL MAR CASCALES GARCIA

RICARDO GÓMEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El aparato respiratorio está formado por un conjunto de órganos cuya función es el intercambio de gases entre la sangre y el aire. La respiración se puede definir como la acción y efecto de alternar la entrada y salida de aire para mantener las funciones vitales de la sangre, es responsabilidad del aparato respiratorio y está formado por: las vías respiratorias y los pulmones. El movimiento respiratorio se realiza a un ritmo de 12 a 20 respiraciones por minuto, y la respiración suele ser tranquila. El aparato respiratorio está formado por: las fosas nasales, la faringe, la laringe, la tráquea y los bronquios principales, y los pulmones, que están formados por: los bronquios secundarios y terciarios, los bronquiolos, los conductos alveolares y los alvéolos, y la pleura. Definimos una enfermedad respiratoria

como una enfermedad que afecta los pulmones y otras partes del sistema respiratorio. Las enfermedades respiratorias si son causadas por infección, tabaquismo o inhalación de humo de segunda mano y exposición al radón, asbesto u otros tipos de contaminación del aire. Las enfermedades incluyen asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis pulmonar, neumonía y cáncer de pulmón. También se le llama enfermedad pulmonar o enfermedad pulmonar.

2 Objetivos

Describir la importancia de las enfermedades respiratorias y los cuidados del técnico en cuidados auxiliares 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 de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Scielo.

4 Resultados

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades respiratorias son un problema de salud mundial y figuran como una de las principales causas de muerte en el mundo. Pueden afectar el funcionamiento, provocar discapacidad y, en casos extremos, muerte prematura. Uno de los métodos de investigación más utilizados para la detección de enfermedades pulmonares y respiratorias es la espirometría.

El sistema respiratorio juega un papel muy importante en la producción de sonidos que, cuando se pronuncian correctamente, dan lugar al lenguaje hablado. Para sobrevivir, el cuerpo humano necesita un suministro constante de oxígeno, que es la respiración. A través de los pulmones, el aire ingresa a la sangre y luego de la sangre a las células. Después del intercambio de gases, el dióxido de carbono producido por él se elimina del cuerpo.

Para que las medidas sean correctas, es necesario palpar y observar el movimiento de las paredes torácica y abdominal. El centro que regula la respiración se encuentra en una zona del cerebro llamada médula, y en condiciones

normales el ritmo es de 16-20 respiraciones por minuto, normalmente de forma tranquila.

Las enfermeras deben reconocer la dificultad respiratoria, ya que si en algún momento notan la dificultad respiratoria de un paciente, deben avisar inmediatamente al personal de enfermería. Las actuaciones del cuidador van encaminadas a mantener una respiración normal, las posiciones más adecuadas para cada paciente son: posición alta o a media pierna, cambiando la posición supina, se anima a los pacientes que pueden caminar a tumbarse en el suelo, y se anima a los pacientes a respirar. Haciendo el ejercicio de esta manera, que puede aumentar la capacidad de los pulmones para facilitar la secreción.

Los pacientes con enfermedades respiratorias requieren de muchos cuidados, sobre todo atención. La hidratación adecuada de la mucosa respiratoria es importante para obtener buenos resultados en los ejercicios respiratorios en pacientes con enfermedades respiratorias. Si el paciente está deshidratado o el ambiente tiene poca o muy poca humedad, las secreciones respiratorias pueden espesarse y acumularse.

Por ello, es importante aumentar la ingesta de líquidos y utilizar un humidificador. Para que los pacientes estén sanos, deben dejar de fumar, no respirar aire contaminado y hacer ejercicio moderado para su edad.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades respiratorias son cada vez más comunes en nuestro medio, por lo que es importante conocer las medidas que pueden ayudar a mejorar estas enfermedades. Es fundamental una adecuada comunicación entre los distintos profesionales implicados, tales como: enfermería, fisioterapia, paramédicos y paramédicos. Medidas sencillas pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir complicaciones graves como infecciones. Los ejercicios de respiración constan de dos fases, inhalación y exhalación, y se debe evaluar la velocidad, la profundidad y el ritmo. Por lo tanto, se recomiendan cursos de formación que involucren a todo el equipo de salud para que la atención al paciente sea integral e interdisciplinaria.

6 Bibliografía

www.scielo.org

https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_enfermeria/T12-AE-SCS-

Capítulo 53

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL SONDAJE VESICAL

MARIA JULIA GARCÍA GONZÁLEZ

MARIA DEL MAR CASCALES GARCIA

LUCIA GALÁN VICENTE

MARIA ASCENSIÓN GALAN VICENTE

RICARDO GÓMEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales que aparecen en el tracto urinario se asocian principalmente con el uso de los catéteres. La etiología de las infecciones en pacientes intubados involucra muchos microorganismos, lo que dificulta la selección de la terapia empírica más adecuada para el paciente y más aún cuando se sospecha una infección con organismos multirresistentes. En pacientes ingresados con catéter, la presentación clínica es menos característica y el diagnóstico suele ser más difícil. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería asistidos por enfermería tienen más contacto con los pacientes hospitalizados y deben detectar cualquier alteración vesical que se produzca en este tipo de pacientes.

Los catéteres urinarios se utilizan principalmente para drenar la vejiga. Los médicos son los que mandan el tratamiento. Los catéteres urinarios se utilizan para

mejorar la salud de cada paciente que presentan:

- Incontinencia urinaria: esto se debe a la pérdida de orina o incapacidad para controlar cuándo orinar.
- Retención urinaria: significa una incapacidad para vaciar la vejiga en el caso de que sea necesario.
- Cualquier cirugía de próstata o genital.
- Otras condiciones médicas como esclerosis múltiple, lesión de la médula espinal o incluso la demencia.

Las sondas se encuentran disponibles en varios tamaños, diferentes materiales como es el látex, la silicona o el teflón y distintos tipos que son rectas o en ángulo.

2 Objetivos

Describir el procedimiento de sondaje vesical para facilitar la salida de la orina a través de la sonda urinaria, así como las funciones del auxiliar de enfermería en su colocación.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos y artículos relacionados la ayuda y preparación del sondaje vesical en el paciente encamado y se ha usado el buscador google con palabras como: “sonda”, “tracto urinario”” preparación por el TCAE en la sonda vesical”.

4 Resultados

Un catéter urinario podemos definirlo como un tubo delgado que nos ayuda a orinar y se pone insertando un catéter en la uretra para drenarlo, más comúnmente cuando se requiere cirugía o cuando es difícil orinar. Al insertar esta sonda se debe de cerciorar de qué calibre es el más pequeño y el más adecuado, para no lesionar la uretra al paciente.

Cualquier paciente que tenga que ponerse una sonda vesical por prescripción médica puede contraer una infección y para poder evitarla debemos seguir unos procedimientos y unas técnicas adecuadas para el mantenimiento de la sonda.

Cuando los pacientes ingresados en el hospital sean cateterizados se le debe prestar atención al estado del catéter y las auxiliares de enfermería deben lavarlo una vez al día con agua y jabón, seguido se debe de enjuagar con solución salina

normal o clorhexidina y enjuague el catéter cerca de la uretra y evite la adherencia cuando está seco. La bolsa se tiene que agarrar al soporte para que el catéter no tire y así se eviten lesiones y, por último, debemos evaluar el color de la orina del paciente, la temperatura corporal, el dolor o escalofríos, u olor cuando se toman muestras de cultivo según lo solicitado por el médico durante el tratamiento. Para tomar muestras para cultivo, los auxiliares de enfermería tienen que pinzar la sonda, especialmente para el drenaje de la sonda.

El cateterismo vesical es una técnica que suele realizar el personal de enfermería con ayuda del TCAE, por lo que es importante realizarla correctamente y brindar los cuidados necesarios para evitar posibles complicaciones.

Por último un catéter de Foley es un catéter permanente muy común en pacientes que necesitan vaciar la vejiga de forma diaria. Es un tubo flexible de plástico o caucho que se inserta en la vejiga para vaciar la orina.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que tienen enfermedades crónicas son los mayores beneficiarios de los programas de educación sanitaria orientados a la formación.

La técnica que se conoce para el cateterismo intermitente es aplicable a pacientes con disfunción vesical y si se realiza correctamente tiene muchas ventajas, ya que se regula y permite que los pacientes pediátricos manejen de forma autónoma su patología y faciliten sus estrategias.

Cuando a los pacientes se les retiran los catéteres es porque su salud urinaria ha mejorado notablemente y están libres de enfermedades. Esto beneficia tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud, porque un sistema renal que funcione bien es mejor para la salud y con ello se recibe una mejor calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

<http://www.scielo.org>

-Gorostiaga, S. M., Urío, T., Garrón, L., de Murieta, J. S., Uriz, J., & Bermejo, B. (2000). Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 23, pp. 123-128).

Capítulo 54

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN SONDAJE VESICAL

LETICIA FERNÁNDEZ PONTE

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica estéril e invasiva donde se introduce una sonda a través del meato urinario del paciente tanto masculino como femenino, hasta llegar a la vejiga. Su principal objetivo será la de evacuar la orina que contiene la vejiga, aunque también tiene más usos, como el de medir la orina para pruebas, recogida de muestras estériles, etc.

Existen varias opciones de sondaje:

- El sondaje permanente; cuando están colocados más de cuatro semanas.
- Sondaje de menos de un mes como podría ser uno hospitalario.
- También es posible realizar uno evacuador, donde el catéter se extrae inmediatamente después de haber sido vaciada la vejiga.

El sondaje vesical es una técnica de alto riesgo en infecciones urinarias. Un alto porcentaje de casos desarrollan infecciones urinarias nosocomiales derivadas de este procedimiento ya bien sea por contaminación al realizar la técnica o tras ella por mala higiene del catéter.

En el sondaje intermitente la sonda es retirada al instante después de haber vaciado la vejiga, por lo que esto implica un menor porcentaje de riesgo de infección

urinaria. Hay una relación estrecha entre las infecciones urinarias y el tiempo de permanencia de dicho catéter y el número de pacientes que lo tenían puesto.

2 Objetivos

- Explicar cómo realizar un sondaje vesical, describiendo la técnica, el material que precisa, y el papel del TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería) en ello.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, eligiendo los artículos científicos proveniente de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen varios tipos en función de su consistencia (rígidas, blandas, semirrígidas), composición (látex, silicona, plástico). Poseen uno o dos orificios en su parte distal, su tamaño y forma varía con el tipo de sonda.

La elección del tipo de sonda depende de la patología y las características físicas del paciente.

Los calibres más utilizados son del 14 para mujeres y del 18 para hombres.

En su interior pueden tener de hasta 3 luces dependiendo de su función, una para irrigar, otra para inflar el globo y otra para la orina.

TÉCNICA DEL SONDAJE VESICAL

La TCAE es la encargada de preparar el material necesario para la técnica y apoyar en ella preparando

Guantes estériles, Bata y paños estériles, Jabón con clorhexidina, Gasas, Recipiente con agua templada, Sonda Foley estéril del calibre adecuado, Bolsa colectora de orina.

En hombres, explicamos lo que le vamos a realizar, dándole la oportunidad de que exprese sus dudas y preservando la intimidad del paciente en la medida de

lo posible.

La TCAE procede a colocar al paciente en decúbito supino con las piernas extendidas, se coloca un empapador debajo de la cadera ,y lava retrayendo el prepucio la zona con agua y jabón de clorhexidina.

Mientras la enfermera procede al lavado quirúrgico de manos montamos un campo estéril donde ir abriendo la sonda, el lubricante, la bolsa colectora y ayudamos a vestir con gorro, bata estéril y guantes al profesional que realiza la técnica.

Se debe usar lubricante hidrosoluble estéril a través del meato urinario antes de introducir la sonda.

Se aplica lubricante hidrosoluble estéril a través del meato urinario antes de introducir la sonda.

Poner el pene retirando el prepucio colocando lo más arriba posible respecto al abdomen del paciente, aplicar una ligera retracción para enderezar la uretra, con la colaboración del paciente pidiéndole si es posible que hiciese como si fuera a miccionar, lo que relajará los esfínteres y facilitar una inserción agradable.

Se ha de insertar la sonda unos 20 cm hasta alcanzar la vejiga y se ha de confirmar que sale la orina.

Si hay cierta oposición para avanzar la sonda, se debe incrementar gradualmente la tracción a la vez que intenta meterla, sin forzar la entrada.

Si la sonda tiene globo este es el momento de introducir el agua tomando nota del volumen introducido.

Conectamos la bolsa colectora con cuidado de no contaminar la parte que une sonda y bolsa y la fijamos a la pierna del paciente para evitar tirones.

Retiramos campo estéril y empapador, sí el sondaje se realiza porque el paciente tiene retención urinaria se procederá a pinzar de forma intermitente el tubo de la bolsa colectora, para evitar descargas muy bruscas.

En pacientes con hipertrofia prostática o post operados la colocación del catéter puede ser dificultosa, Algunos pacientes pueden presentar estenosis uretrales, debido a éstas complicaciones la colocación será realizada por un urólogo.

Se debe registrar en la historia clínica el calibre del catéter.

5 Discusión-Conclusión

Está demostrado que gran parte de las infecciones nosocomiales están provocadas por infecciones urinarias, la infección del tracto urinario de origen nosocomial está relacionada con la presencia de sonda, y el resto se relaciona con mal mantenimiento del catéter y con la higiene deficiente en la zona genitourinarias.

Se considera que una infección urinaria está relacionada a sonda cuando la infección sucede desde la inserción hasta en los tres días posteriores a la retirada de la sonda. Estas infecciones son habitualmente asintomáticas.

Un correcto sondaje y cuidado posterior ayudarán a evitar muchas de esas infecciones, y posibles complicaciones, así como acortar los días de ingreso hospitalario del paciente, reduciendo los gastos derivados de dicha estancia.

6 Bibliografía

1. Servicio de salud del principado de Asturias SESPA, Protocolo Sondaje vesical 2011.. <http://www.hca.es/huca/web/huca/enfermeria/html>
2. Mazzo Alessandra, Bardivia Carolina Beltreschi ,Jorge Beatriz María, Souza Júnior Valtuir Duarte, Fumincelli Laís, Mendes Isabel Amelia Costa.Cateterismo urinario permanente: practica clínica.enfer.glob.
3. Anne G. Perry y Patricia A. Potter. Guías Profesionales Enfermería. Técnicas y Procedimientos Básicos. Madrid: Mc Graw-Hill. Interamericana. 1991.

Capítulo 55

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA CRISTINA FERNÁNDEZ MARTINEZ

ROCIO HERNÁNDEZ CANO

PAULA FERNANDEZ MARTINEZ

BELEN JARABO ROSTRA

1 Introducción

Existen diferentes definiciones de Atención primaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1987 convoca la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata donde se aprueba La Declaración de Alma-Ata, definiéndola como: “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo 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”. También podemos definir Atención primaria de manera literal: “la atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del

desarrollo social y económico global de la comunidad”. Actualmente la atención primaria en el área de salud tiene que ser comprendida como una práctica sanitaria que suministra servicios con un nivel de complejidad y de calidad alta, con una base a nivel general y multiprofesional, para compatibilizar la centralidad del paciente con su localización comunitaria situado en un marco de continuidad y con una función de unión y relación entre todos los dispositivos asistenciales con los cuales el paciente va a estar en contacto. Llegamos a establecer que atención primaria es un sitio donde se realizan algunas prácticas relacionadas con la salud, pero de manera paralela también es una forma de comprender la salud, organizar los recursos, relacionarse con el entorno y desempeñar una práctica sanitaria a lo largo del tiempo.

2 Objetivos

Explicar las funciones a realizar el técnico en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE) en atención primaria.

Exponer la importancia de la atención y los recursos de Atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica. Dicha investigación se ha llevado a cabo en bases de datos de Dialnet, Medline, Scielo y Cuiden, en libros, revistas, vídeos y estudios académicos publicados tanto en internet como en diversos artículos científicos, los cuales proceden de diferentes publicaciones académicas revisadas. Las palabras que se han utilizado en la búsqueda han sido: TCAE, atención primaria, recursos asistenciales comunitarios

4 Resultados

Tras comprobar la bibliografía pertinente, podemos llegar a la conclusión que las funciones de los técnicos auxiliares de Enfermería en atención primaria son: 1. Suministrar medicamentos, material fungible e instrumental, por lo tanto, llevará a cabo: - Comprobación de las existencias. - Efectuar pedidos y también de material especial. - Ordenar los pedidos recibidos. 2. Organizar todos esos medicamentos, ese material fungible y ese instrumental que se necesitan, llegando a realizar las siguientes acciones: - Ordenar la medicación y el material fungible. - Ordenar

los carros de material de la sala de urgencias restituyendo el material necesario.

- Cooperar en la revisión periódica del carro de urgencias.

3. Recoger, revisar y controlar la temperatura y colocar en las neveras aquellos medicamentos que necesiten estar conservados en frío.
4. Supervisar y mantener los aparatos en su nivel óptimo.
5. Desinfectar y esterilizar el material y el instrumental sanitario que se ha utilizado para tenerlo en el nivel óptimo la próxima vez que se vaya a utilizar.
6. Conservar la funcionalidad de la lavandería.
7. Establecer un proceso correcto en la gestión de los residuos.
8. Colaborar en el proceso de análisis clínicos dentro del equipo interdisciplinar o multidisciplinar.
9. Participar en todos los procesos asistenciales que requiera el paciente en ese momento y durante su estancia.
10. Asistir, en el caso de la consulta de odontología, en la instrumentalización de los equipos de salud bucodental (fluoraciones, sellados, exodoncias) y en el caso de consultas de matrona asistir en la atención adecuada de la mujer.
11. Participar en aquellas actividades de prevención y promoción de la salud desde la gestión de atención primaria.
12. Colaborar en aquellas actividades organizadas por los equipos de los centros de salud para poder cooperar en una mejora en la cartera de servicios.
13. Colaborar en todas las actividades formativas del centro de salud (sesiones docentes, etc.).

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de que el técnico en cuidados auxiliares de Enfermería dentro del servicio de atención primaria es imprescindible por sus labores que complementan las tareas del resto de personal del servicio, al mismo tiempo que dan apoyo en los momentos más delicados al personal médico y de Enfermería, por no hablar del apoyo a los pacientes. Por eso es vital tener empatía y respeto hacia la situación de cada paciente, ya que desconocemos el problema de salud que puede padecer y la situación personal que puede estar pasando cada paciente en el momento que llega a nuestras manos.

6 Bibliografía

- <https://www.aetesys.es/>
- [que-hace-la-tecnico-en-Enfermería- en-atencion-primaria/](https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud)
- https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud
- [https://www.fp-santagema.es/funciones-los-auxiliares- Enfermería-loscentros-salud-publicos/](https://www.fp-santagema.es/funciones-los-auxiliares-Enfermería-loscentros-salud-publicos/)

Capítulo 56

RIESGOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE MANIPULACIÓN DE CITOSTÁTICOS

ROCIO HERNÁNDEZ CANO

BELEN JARABO ROSTRA

PAULA FERNANDEZ MARTINEZ

MARIA CRISTINA FERNÁNDEZ MARTINEZ

1 Introducción

Podemos definir citostáticos como los fármacos que se encargan de frenar el avance de las células cancerígenas al modificar el metabolismo celular. Cuando hablamos de cáncer entendemos aquel proceso maligno celular que se caracteriza por la pérdida del control normal, y que nos va a dar como resultado un crecimiento no regulado, una pérdida de diferenciación y la capacidad de poder extenderse por otros tejidos locales. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se encuentran dentro del equipo interdisciplinar que se encarga de estos procesos y que van a estar en contacto con los citostáticos, los manipulan durante la preparación de la dosis, en la administración, recogida o eliminación de residuos y excretas de los pacientes que se encuentran bajo la administración de citostáticos; de ahí la importancia de dominar y poder enfrentarse a los riesgos que conlleva la manipulación de este tipo de fármacos por su alto riesgo de

contaminación. En el caso de una exposición accidental, los TCAE tienen que conocer de qué materiales hacer uso y de cuáles no cuando se encuentran manipulando este tipo de fármacos, además es importante saber que recomendaciones tienen que adoptar en este proceso. Para ello, como punto fuerte de los TCAE es la debidamente formación y preparación, llevando a cabo un reciclaje de formación continua mientras dure su función en esta unidad.

2 Objetivos

- Entender el concepto de citostáticos.

Objetivos secundarios:

- Mostrar los cuidados en la manipulación de Citostáticos.
- Especificar los riesgos de los Citostáticos.

3 Metodología

Para esta elaboración se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, vídeos y también artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre dicho tema, en este caso: citostáticos, protocolo de exposición, manipulación y TCAE.

4 Resultados

Vamos a exponer a continuación las posibles vías de entrada al organismo de los citostáticos:

- Contacto con aerosoles, microgotas, o polvo a la hora de manipular los medicamentos de tipo oral que se encuentren compuestos por este tipo de fármacos o sus residuos, por ejemplo durante la preparación, al retirar las agujas de los viales, en la apertura de ampollas, en la expulsión de aire de las jeringas o equipos.
- Contacto a través de la piel y/o mucosas de manera directa en el momento de la preparación o manipulación del fármaco, sus residuos de los pacientes.
- Por introducción directa del medicamento a través de pinchazos o cortes producidos por rotura de ampollas, jeringas de manera accidental.

Si nos encontráramos en alguno de estos casos, el TCAE debe saber como actuar:

- Quitarse y tirar los guantes y/o prendas contaminadas, lavarse las manos de manera eficaz con un buen secado y ponernos otros limpios.
- En el caso de contacto directo con la piel: lavar de manera inmediata la zona con agua y jabón, durante unos 10 minutos. Si la piel comenzara a irritarse es vital asistir al Servicio de Prevención.
- Si nos salpicara en los ojos: Se tendría que lavar el ojo afectado con agua o solución fisiológica, durante unos 10 minutos, y posteriormente ir al Servicio de Prevención.
- Si hubiera una ingestión accidental, es de obligada asistencia al Servicio de Prevención.
- Si todo esto ocurriera fuera del horario de trabajo del Servicio de Prevención se tendría que acudir a los Servicios de Urgencias.

Es importante seguir todas las pautas de prevención que desde dicho servicio nos van a facilitar y que previamente hemos leído y comprendido de manera estricta.

5 Discusión-Conclusión

Según la bibliografía consultada podemos determinar es vital la aparición de nuevos medicamentos de estas características para aumentar las expectativas de supervivencia y calidad de vida de los pacientes con enfermedad cancerígena y así aumentarla. Revisando lo expuesto anteriormente es importante conocer la bioseguridad y el manejo de los citostáticos por parte de los profesionales de la salud. Por todo esto es importante la formación continua para favorecer la bioseguridad y el conocimiento de los protocolos, al igual que es imprescindible contar con un equipo interdisciplinar especializado en esta área, que se encuentren entrenados correctamente y con una supervisión continua y exhaustiva para asegurar el uso seguro de estos medicamentos.

6 Bibliografía

1. Torres, V. J. (2009). La Seguridad del Paciente Oncológico. Estándares Internacionales para el Manejo de Citotóxicos. Monografías de la Fundación José Casares Gil.
2. Ginés, J. (2002). Manual de recomendaciones para la manipulación de medicamentos citostáticos. Servicio de Farmacia Hospital Universitario Son Dureta.
3. Conde-Estévez, D., & Mateu-de Antonio, J. (2012). Actualización del manejo de extravasaciones de agentes citostáticos. Farmacia Hospitalaria.

4. Fernández-González, A. (2016). Prevención de la Extravasación de Citostáticos por Enfermería.

Capítulo 57

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

VIRGINIA SÁNCHEZ CRESPO RINCÓN

MARIA VICTORIA ARAMENDI NAVAS

ANA MARÍA VILLANUEVA VILLANUEVA

TERESA MARTÍN NIETO FERNANDEZ

MARÍA LILLO IMEDIO

1 Introducción

El acto de prevención supone evitar muchos de los accidentes laborales que suelen afectar tanto a la parte física como psicológica del personal sanitario.

Existe una amplia de conceptos y definiciones de la prevención de riesgos. La normativa de prevención de riesgos, se encuentra regulada por la Ley 31/1995, que se complementa con un amplio número de reales decretos que abarcan asuntos específicos.

Dentro de esta definición debemos incluir aspectos como el que el puesto de trabajo debe ser adaptado a una persona con algún tipo de discapacidad, prevenir y

por supuesto formar a los trabajadores con la prevención de riesgos. Administrar los debidos equipos de protección individual de forma que se instruya anteriormente al profesional de cómo se debe utilizar.

En una unidad de hospitalización los riesgos laborales pueden derivar desde muy poco a gravedad.

Dentro de la prevención de riesgos laborales se debe conocer la inclusión de enfermedades profesionales derivadas de un riesgo laboral, accidentes in itinere, etc.

La prevención de riesgos favorece la disminución de accidentes y daños en el trabajo, así como sus consecuencias humanas, económicas y legales. Pero también ayuda a crear lugares de trabajo seguros y saludables, mejora el clima laboral y hace que los trabajadores puedan sentirse más satisfechos e implicados con la empresa.

2 Objetivos

Describir actuaciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) para la prevención de riesgos laborales en la jornada de trabajo en una unidad de hospitalización.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de publicaciones basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre qué tipo de prevención debe realizar el TCAE en una unidad de hospitalización para evitar los riesgos laborales.

Palabras clave: unidad, prevención, riesgo, formación.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos querido incluir artículos los cuales nos indicaban o explicaban que tipo de cuidados o prevención debe realizar el TCAE durante la jornada laboral en una unidad de hospitalización.

Es importante que el TCAE conozca la movilización y espalda sana para evitar lesiones tanto a nivel de espalda como rodillas etc. Por ello se ha comprobado

que en algunos artículos la movilización de los pacientes es algo imprescindible para el servicio de salud.

El TCAE conocerá qué movilidad tendrá el paciente antes de realizar cualquier esfuerzo, también este conocimiento le llevará a realizar conjuntamente las transferencias de este paciente con un celador.

Dentro de las prevenciones de riesgos laborales es que el TCAE lleve un calzado adecuado, cómodo con suelas antideslizantes, zuecos cerrados para evitar los tropezones o que el pie salga del zueco.

El TCAE en caso de no encontrarse bien lo comunicará para evitar cualquier reacción vagal y que llegue a precipitarse sobre el suelo con lo que conlleva complicaciones en cuanto a la salud de este.

Otro tipo de prevención es la que el TCAE o cualquier sanitario debe realizar en el medio de transporte o desplazamientos tanto para acudir al centro sanitario como al propio domicilio de este. En caso de vehículo propio deberá mantener en estado correcto el vehículo con las pertinentes revisiones de aceite, ruedas etc. Con esto se evitará el accidente in itinere.

Otro tipo de prevención es la de que el TCAE debe de entrar a las habitaciones en la noche con algún dispositivo de luz con eso se evitarán las caídas o los golpes inesperados con el mobiliario de la habitación. En caso de día las persianas se deberán subir para poder visualizar al paciente y al resto de mobiliario.

5 Discusión-Conclusión

Este es un tema importante e imprescindible a nivel individual e incluso de responsabilidad de cada profesional sanitario, ya que se ha podido observar que una indumentaria correcta evitará golpes, caídas, etc.

En cuanto a los desplazamientos desde el hospital a casa y viceversa es importante indicar a los profesionales la importancia de ir en un transporte seguro y que prevenga de los accidentes.

Se ha podido comprobar que existen miles de artículos que hablan de la prevención en general o concreto para un colectivo, con lo cual no nos ha resultado difícil acceder a muchos artículos y poder redactar este tema.

6 Bibliografía

1. Ceballos Atienza, Rafael (2018): Prevención de riesgos laborales en enfermería. Riesgos de seguridad en el trabajo.

2. Cortés Díaz JM. Técnicas de prevención de riesgos laborales: seguridad e higiene en el trabajo. 9o Edición. Madrid: Editorial Tébar; 2009.
3. Manual de Seguridad y Salud en el sector hospitales. FREMAP. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Plan General de Actividades Preventivas de la Seguridad Social 2015.

Capítulo 58

ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

VIRGINIA SÁNCHEZ CRESPO RINCÓN

MARIA VICTORIA ARAMENDI NAVAS

ANA MARÍA VILLANUEVA VILLANUEVA

TERESA MARTÍN NIETO FERNANDEZ

MARÍA LILLO IMEDIO

1 Introducción

En ocasiones es necesario limpiar el tubo digestivo o vías digestivas para pruebas diagnósticas, preparación para cirugía, etc. Aunque los enemas también son útiles para evitar el estreñimiento causado por estar mucho tiempo sentado, una mala alimentación o tomar medicamentos que provocan estreñimiento.

No solo para este estreñimiento, sino también para ablandar las heces, también se puede administrar por esta vía rectal. Podemos definir enema, lavado, enema, que es el proceso de introducir líquido en el recto y el colon a través del ano.

Un enema puede realizarse por razones médicas o higiénicas, con fines de diagnóstico o como parte de un tratamiento tradicional o alternativo.

Es importante saber qué tipo de enema debemos utilizar:

- Evacuante: se utiliza para vaciar el recto y el colon de las heces. En primer lugar, actúan estimulando el peristaltismo, estimulando el colon y el recto, así como la expansión de volumen.
- Los enemas carminativos se utilizan para favorecer la eliminación de los gases intestinales. También se llama enema de Harris. Suministra la parte inferior del colon y el recto para aliviar la hinchazón relacionada con los gases.
- Los enemas antisépticos contienen ingredientes activos que destruyen bacterias y microbios.
- Enema de Murphy. Cuando se trata de Murphy IV, es importante aclarar que desde el punto de vista médico se parece más a una proctectomía o proctectomía que a un enema. Durante una proctectomía, se administra lentamente una gran cantidad de medicamento a través del recto.

2 Objetivos

Describir el tipo de acción o intervención a realizar por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) para administrar un enema de evacuación al paciente.

3 Metodología

Las publicaciones se revisan y documentan en relación con las guías, artículos y textos que se encuentran en Internet. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Scielo y Cochrane. El texto y/o los artículos que lo acompañan nos dicen qué tipo de cuidado es apropiado antes de administrar TCAE mediante enema de evacuación. Palabras clave: cuidados de enfermería, enema, heces, diagnóstico.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos podido incluir artículos y textos que relatan cómo se realizan correctamente los enemas de evacuación por parte de los profesionales sanitarios del TCAE.

En primer lugar, el TCAE debe saber qué tipo de enema se va a realizar, porque si el enema se realiza con sonda rectal, no entra en esta categoría.

El TCAE sabrá qué tipo de intervención, inspección, etc. Averiguar si el paciente tiene trastornos del movimiento.

Es importante saber si el paciente tiene dolor abdominal intenso, intervenciones recientes en colon o recto, que son contraindicaciones absolutas para no tener un enema.

El TCAE conocerá el nombre y dirección del paciente, aunque comprobará los datos personales así como la pulsera identificativa del paciente.

Explicará lo que se hará y lo que se podrá sentir. Por este motivo, se le pedirá al paciente que se coloque en decúbito supino izquierdo. Se proporcionará a los pacientes privacidad, cortinas cerradas o puertas cerradas.

Confirmar el tipo de enema prescrito y el motivo de la administración. Solución de calentamiento: usar un termómetro de baño o verter la solución en la muñeca para asegurarse de que tenga la temperatura adecuada.

Preparar la máquina y cerrar la válvula. Lavarse las manos y usar guantes limpios. Colocar una almohadilla impermeable debajo de las nalgas del paciente, cubrir con una sábana, exponer el ano para ver con claridad. Lubricar 5 cm del recto con un lubricante soluble en agua.

Levantar la parte superior de los glúteos para ver bien el ano. Lenta y cuidadosamente insertar la aguja de 7,5 a 10 cm en la sonda. Levantar la bolsa de enema de 12 a 18 pulgadas por encima del recto y abrir la abrazadera. Si se está usando un enema preparado, presionar hacia abajo el dispositivo que lo contiene. Manipular la solución lentamente. Esperar a que el paciente se estabilice y recoger todos los materiales.

5 Discusión-Conclusión

Es importante comprender y dominar la técnica en la categoría TCAE para evitar manipulaciones vagas que comprometan la patología o condición del paciente. Como comentamos en los resultados, el paciente estará en estado crítico para que el enema llegue a todo el tubo digestivo.

Por supuesto, debido a la carga de trabajo del personal y las situaciones estresantes, a veces nos olvidamos de proteger la privacidad y los derechos de los pacientes, lo cual es importante. Esta es una técnica muy común que se utiliza todos los días debido a la gran cantidad de exámenes o procedimientos quirúrgicos que se realizan a diario.

6 Bibliografía

1. Longe J, Blanchfield D, eds. Klyster. Da: Enciclopedia Médica Gale. La segunda versión. Detroit: Gale Group, 2002.

2. Potter P, Perry A, editores. Fundamentos de Enfermería. sv. Lewis: Mosby Co., 2001.

Capítulo 59

CUIDADOS POR EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERIA ANTE INFECCIONES RESPIRATORIAS DEL NEONATO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

VIRGINIA SÁNCHEZ CRESPO RINCÓN

MARIA VICTORIA ARAMENDI NAVAS

ANA MARÍA VILLANUEVA VILLANUEVA

TERESA MARTÍN NIETO FERNANDEZ

MARÍA LILLO IMEDIO

1 Introducción

Los recién nacidos son propensos a las enfermedades respiratorias. Las infecciones respiratorias virales son responsables de un aumento significativo de la morbilidad y la mortalidad en los recién nacidos prematuros en unidades de cuidados intensivos (UCIS).

Muchos de estos virus se transmiten de forma asintomática en la nasofaringe 1 y pueden aparecer más tarde. En muchos casos, se trata de enfermedades leves y los recién nacidos, especialmente los prematuros o de corta edad, tienen un

alto riesgo de desarrollar infecciones respiratorias que pueden causar síntomas graves como dificultad respiratoria, apnea o inestabilidad hemodinámica.

En muchos casos, los síntomas pueden confundirse con otras afecciones y los cuidados intensivos pueden llevar más tiempo. Se sabe que las infecciones respiratorias virales comunes, como el virus respiratorio sincitial (RSV), son frecuentemente responsables de una alta morbilidad y mortalidad en los bebés prematuros y han causado brotes graves en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

El rinovirus (RV), el metapneumovirus humano (hMPV), el coronavirus (CoV) y el bocavirus humano (hBoV), así como los virus clásicos como el RSV y la influenza, desempeñan un papel cada vez mayor en las infecciones respiratorias neonatales en el papel de UCIS. Es importante sistematizar la atención general de los niños pequeños hospitalizados con infecciones respiratorias para lograr resultados óptimos y reducir el número de complicaciones con métodos de tratamiento específicos.

2 Objetivos

Conocer los cuidados que necesitan los recién nacidos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en general durante su estancia en el hospital.

3 Metodología

Realizamos una revisión bibliográfica de publicaciones en Internet para encontrar bases de datos de artículos que expliquen el tipo de tratamiento que se le debe proporcionar para las infecciones respiratorias en la unidad de cuidados intensivos neonatales en términos generales.

Las bases de datos de referencia fueron Medline, Scielo y Cochrane Library. Los términos utilizados en DECS son UCI, Enfermería, Neonatal, Capacitación.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica hemos podido conocer qué tipo de atención primaria se brindará a los recién nacidos hospitalizados con infecciones respiratorias, las cuales pueden amenazar diversas situaciones que se nos pueden presentar.

El cuidado más elemental es el de la piel. La piel de los recién nacidos es muy frágil. La piel dañada puede causar pérdida de agua, electrolitos y calor, lo que puede conducir fácilmente a desequilibrios de agua, electrolitos y calor como regla general.

Las soluciones para la continuidad de la piel aumentan el riesgo de infección. Mantenga la piel limpia y seca. Cambie los pañales con frecuencia siempre que sea posible.

Mantener un ambiente térmico neutro. Este es el rango de temperatura ambiente en el que el gasto metabólico es mínimo y la termorregulación ocurre a través de mecanismos físicos no evaporativos para mantener la temperatura corporal dentro de un rango normal. Esto se logra a una temperatura ambiente de 24°C a 26°C.

Es importante que el TCAE esté pendiente de las constantes vitales del recién nacido a la hora de valorar la saturación de oxígeno. El enfermero (DUE) será notificado si se realiza una descarga.

También se debe controlar la deshidratación, ya que los recién nacidos necesitan muchos líquidos para funcionar correctamente.

Si el paciente tiene que ser transportado para realizar pruebas diagnósticas, siempre estará acompañado por un equipo médico, por si durante el traslado surgen complicaciones que puedan empeorar el estado del recién nacido.

- La importancia de la presencia de los padres es muy importante para que el recién nacido pueda vincularse con ellos.
- Si se recupera, será trasladado a la planta del hospital, donde recibirá la misma calidad de cuidados básicos que en la unidad de cuidados intensivos.

5 Discusión-Conclusión

Un bebé recién nacido necesita muchos cuidados porque sus órganos no están funcionando correctamente, por lo que como se mencionó anteriormente, se debe cuidar la piel y otras necesidades básicas con mucha frecuencia.

El TCAE estará muy pendiente de cualquier complicación que pueda surgir durante la terapia intensiva y podrá hacer que los padres no se sientan solos en un momento difícil. En conclusión, debemos ir más allá de la infección respiratoria de ingreso en la UCIN y mirar más allá y apreciar plenamente todo lo que está asociado con esta insuficiencia respiratoria, tanto positivo como negativo en términos generales.

6 Bibliografía

1. Tamez R, Silva M. Cuidados de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales: cuidado de neonatos de alto riesgo. Buenosairesa: Pan American Healthcare, 2010.
2. Peress Dz. Bronquitis y bronquiolitis. *Pediatría Integrativa* (Madrid) 2016;20(1):28-37.

Capítulo 60

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

ROCIO HERNÁNDEZ CANO

MARIA CRISTINA FERNÁNDEZ MARTINEZ

PAULA FERNANDEZ MARTINEZ

BELEN JARABO ROSTRA

1 Introducción

El servicio de Urgencias lo podemos definir como ese Servicio destinado para recibir, estabilizar y atender al paciente que requiera de atención médica inmediata, que ponga en peligro la vida de la persona o la función de un órgano; el cual está ubicado en las Clínicas Regionales, Hospitales Regionales y Hospitales de tercer Nivel. Dentro de este servicio se encuentran un amplio abanico de profesionales, engendrando un gran equipo multidisciplinar donde todos realizan una labor importante y vital para salvar al paciente. El TCAE se encuentra en todas las fases por las que el paciente pasa por este servicio ya que muchas personas pueden requerir atención médica al mismo tiempo y pueden acudir por diferentes razones ya que existen diferentes tipos de urgencias más frecuentes en los hospitales. Por esa razón es necesario realizar un triaje. Podemos definir el Triage como un sistema que tiene la finalidad de fortalecer la atención médica al paciente y optimizar los servicios de Urgencias en relación a la saturación, para

lograr convertirlo en un servicio eficiente. El TCAE tiene que acompañar al paciente en los traslados, transmitir la información que recoja sobre su estado de salud a los diferentes componentes del equipo y asegurarse de proporcionar al paciente un bienestar y atención sanitaria que requiera.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del TCAE en el área de urgencias.
- Conocer los conceptos básicos del área de urgencias.
- Comprender la importancia de trabajar en equipo.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática. Dicha investigación se ha llevado a cabo en bases de datos de Dialnet, Medline, Scielo y Cuiden, en libros, revistas, vídeos y estudios académicos publicados tanto en internet como en diversos artículos científicos, los cuales proceden de diferentes publicaciones académicas revisadas. Las palabras que se han utilizado en la búsqueda han sido: TCAE, urgencias, recursos asistenciales comunitarios, habilidades de comunicación.

4 Resultados

Los pacientes asisten a urgencias cuando tienen la necesidad de ser atendidos de manera inmediata por una patología o accidente que ocurre en el momento y que no puede esperar a ser atendidos por su médico de atención primaria o especializada. El TCAE debe tratar con una delicadeza extrema a los pacientes ya que se encuentran en un momento muy delicado e incluso doloroso. Podemos resumir las funciones del TCAE en dicho servicio: - Acompañar al paciente hasta la sala donde será atendido. - Inmovilizar al paciente en caso necesario. - Prepararlo para la exploración. - Guardará las pertenencias del paciente en el caso de que sea necesario retirárselas para algunas pruebas. - Registrarán las constantes vitales. - Tendrán que mantener limpio y esterilizado todo el equipo hospitalario. - Se les proporcionarán los medicamentos necesarios. - Se les asistirá en la alimentación y en la higiene. - Se tramitarán todas las solicitudes de pruebas y muestras que soliciten los facultativos. - Mantendrá el equipamiento necesario al día. - Asistirá al equipo de enfermería en todo lo que sea necesario. - Dará información tanto

al paciente como a la familia sobre el funcionamiento del hospital y resolverá cualquier duda.

Como se puede ver en las funciones los TCAE tienen que trabajar en equipo y actuar junto con ellos ante cualquier complicación que pueda surgir, evitando así el empeoramiento del paciente. El profesional que más tiempo pasa y más cerca se encuentra es el TCAE por lo que tiene que ser capaz de transmitir tranquilidad, confianza y empatía, forjando así una relación paciente-TCAE sólida y humana algo que beneficiará al paciente en su pronta recuperación. Algo a tener en cuenta por el TCAE es no dar la información médica ni al paciente ni a los familiares ya que esa labor es exclusiva de los facultativos.

5 Discusión-Conclusión

Cuando miramos bibliografía sobre las Áreas de Urgencias, lo primero que cabe resaltar es el trabajo en equipo, donde cada uno cumple una labor indispensable; podemos nombrar o ir desde el equipo de limpieza hasta los administrativos pasando por todos y cada uno de los profesionales que confluyen este área. Para ello se crean protocolos de actuación que todos deben de conocer para facilitar el aprendizaje, agilizar la estancia de paciente en este área y evitar posibles olvidos además de evitar reclamaciones por parte de las familias o de los propios pacientes por una mala gestión o una mala atención.

6 Bibliografía

- La importancia del TCAE en el servicio de urgencias. Revista médica electrónica Portales médicos 2013.
- https://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/triaje_urgencias.pdf.

Capítulo 61

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PEDIATRÍA

ROCIO HERNÁNDEZ CANO

MARIA CRISTINA FERNÁNDEZ MARTINEZ

BELEN JARABO ROSTRA

PAULA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

Quizás uno de los trabajos del TCAE más gratificantes es trabajar en el área de pediatría aunque también reúne numerosas exigencias, complicaciones y una formación continua. Cuando visualizamos las unidades de cuidados pediátricos nos imaginamos niños pero tenemos que tener claro que van desde neonatos a niños mayores. Uno de los mayores hándicap que podemos encontrarnos en este área es lidiar con los padres en una situación de estrés por la preocupación por sus hijos, lo que les puede llevar a perder los nervios. De ahí, dominar las habilidades sociales suficientes para tratar y calmar a los padres. Dentro de las funciones del TCAE será acompañar a la familia durante el proceso de hospitalización en el caso de que el niño lo necesitara. Al ser un área delicada por las características del paciente, los TCAE deben estar entrenados en la utilización de herramientas suficientes para solucionar los problemas que surjan en el momento. Podemos resumir las funciones asistenciales al pediatra en: - Higiene. - Ayuda en los partos. -

Preparación de las habitaciones y de cualquier necesidad dentro de ellas (limpieza tanto de habitaciones como de incubadoras). - Dar la comida a los niños. - Control de temperatura y constantes. - Pesar y medir a los niños. - Calmar a los niños y los padres ante dificultades.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del TCAE en pediatría.
- Conocer los riesgos del trabajo en pediatría.
- Reconocer las habilidades necesarias para atender tanto a los niños como a las familias.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática. Dicha investigación se ha llevado a cabo en bases de datos de Dialnet, Medline, Scielo y Cuiden, en libros, revistas, vídeos y estudios académicos publicados tanto en internet como en diversos artículos científicos, los cuales proceden de diferentes publicaciones académicas revisadas. Las palabras que se han utilizado en la búsqueda han sido: TCAE, pediatría, cuidados básicos del paciente pediátrico, habilidades de comunicación, necesidades del paciente pediátrico, etc.

4 Resultados

Los TCAE trabajan en Pediatría, pero como podemos figurarnos la pediatría es un campo muy amplio y lo tendremos que dividir en áreas específicas: - Bebés y niños: asistirá a los más pequeños junto al facultativo o la enfermera. - Paritorio: ofrecerá asistencia a los facultativos y enfermeras durante el parto además de esterilizar todo el material e higienizar las habitaciones o incubadoras, para cuando el niño nazca; siempre bajo la orden directa del facultativo o enfermería procederá a medir y pesar a los niños que han nacido además de apoyar a las madres. Una vez que el niño ha nacido es importante identificarlo recogiendo todos los datos en su historia clínica y proceder a poner las pulseras identificativas a la madre y el hijo. Tanto el facultativo como enfermería nos darán las premisas necesarias para llevar a cabo la toma de la medicación. - Hospitalización pediátrica: cuando los niños sufren tienen que ser hospitalizados por patologías algo más graves, los TCAE se van a encargar de su atención integral y hacer la estancia

en el hospital lo más agradable posible: donde podemos reseñar dar apoyo a los padres y niños, jugar, hacerles reír, tomar constantes, dar comida... - Seguimientos: es vital llevar a cabo unos seguimientos de control para asegurarnos que el desarrollo infantil es adecuado y sigue la línea esperada, donde recogeremos información sobre las comidas, el sueño, problemas digestivos, talla, peso, etc. Pudiendo establecer en este seguimiento un diagnóstico precoz al transmitir toda la información recogida a los facultativos. - Adolescentes: como decíamos en la intervención este área va desde neonatos hasta los 14 años en atención primaria, si hablamos de atención hospitalaria se extiende la edad a los 18 años.

5 Discusión-Conclusión

Después de ver las funciones propias de cada área del TCAE, de dejar claro que la atención a los niños es vital pero que más aún es la atención a los padres para un buen trabajo en equipo con ellos y potenciar esa relación TCAE-Padres, queda latente la importancia de una formación constante y exhaustiva en habilidades de comunicación, además de nuestras propias habilidades de empatía y paciencia frente a los niños que tienen una dificultad de comunicación (en comparación con los adultos) y frente a los padres por sus circunstancias estresantes ante la preocupación de sus hijos. Una vez adquiridas estas habilidades nos facilitará el trabajo en equipo.

6 Bibliografía

1. Guía clínica de Enfermería pediátrica; Terry Kyle; Susan Carmen. Diagnósticos y tratamientos pediátricos; Willian W. Hai; JR Lewin. Diagnóstico y terapéutica en pediatría A.L Adrare; Núñez Jurado.
2. <https://www.ifp.es/blog/que-hace-un-auxiliar-de-pediatria>.

Capítulo 62

PROTOCOLOS DE ASEO E HIGIENE PARA EL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA ROCÍO SERRANO DIAZ

JUANA PULIDO RINCON

ANA BELÉN SERRANO DÍAZ

DOLORES CAMACHO AGUILOCHO

MIRIAM GUERRA LAGAR

1 Introducción

La higiene personal es un aspecto clave en la atención médica y es esencial para prevenir enfermedades, mantener la salud y brindar comodidad al paciente. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene un papel fundamental en este proceso, asegurándose de realizar técnicas y procedimientos adecuados y explicándolos al paciente antes de su ejecución.

Hay dos tipos de higiene: higiene individual e higiene social. La higiene personal se lleva a cabo tanto en el hospital como en casa, incluyendo a pacientes encamados. El protocolo de higiene incluye lavado con jabón y secado, siempre respetando la privacidad y la intimidad del paciente.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede realizar el aseo personal con la ayuda de otro profesional o con la ayuda de un celador. Es importante que el proceso de higiene sea personalizado de acuerdo con la autonomía del paciente. Por ejemplo, se debe tener en cuenta la capacidad del paciente para realizar el aseo por sí mismo, y se deben utilizar técnicas y métodos adecuados para su situación.

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la higiene personal es vital, ya que garantiza una atención adecuada e individualizada al paciente. Al llevar a cabo una higiene adecuada y explicarla al paciente antes de su ejecución, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente y a mantener su bienestar durante su estancia en el hospital o en casa.

2 Objetivos

- Describir las funciones en el aseo y en la higiene del paciente afectado.
- Enumerar los beneficios que se proporcionan al contribuir en la higiene y en el confort del paciente por parte del Profesional del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

La higiene del paciente es un aspecto fundamental en la atención médica y es responsabilidad del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Este proceso busca prevenir enfermedades, preservar la salud y brindar comodidad al paciente. A continuación, se describen los pasos a seguir en el proceso de aseo e higiene del paciente:

- Preparación: antes de comenzar el aseo, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe revisar el historial médico del paciente y asegurarse de tener

todo el material necesario, incluyendo toallas, jabón, agua tibia, etc.

- Explicación: es importante que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería explique al paciente el proceso de aseo y la importancia de la higiene en su recuperación. Esto permitirá al paciente estar más relajado y cooperar en el proceso.
- Protección de la intimidad: durante el aseo, es crucial proteger la intimidad del paciente y asegurarse de que esté cubierto en todo momento.
- Lavado: el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe comenzar el lavado desde la cabeza hasta los pies, utilizando agua tibia y jabón. Es importante asegurarse de que el agua no moje la cama y que la piel se seque adecuadamente después de cada lavado.
- Atención a zonas específicas: las zonas críticas, como las axilas, inguinales y genitales, deben ser lavadas con cuidado y es importante asegurarse de que se hayan secado adecuadamente.
- Secado: después de lavar cada parte del cuerpo, es crucial secarla adecuadamente para evitar lesiones en la piel.
- Finalización: una vez terminado el aseo, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe colocar al paciente en una posición cómoda y cubrirlo adecuadamente.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede realizar el aseo e higiene del paciente solo o junto con otro profesional o un celador, dependiendo de la autonomía del paciente. Es importante tener en cuenta que este proceso debe ser personalizado y adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

La higiene del paciente es un proceso importante en la atención de enfermería que busca prevenir enfermedades, preservar la salud y brindar comodidad al paciente. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería juega un papel fundamental en este proceso, asegurándose de llevar a cabo técnicas y procedimientos adecuados y explicándolos al paciente antes de su ejecución. La higiene puede ser individual o social, y se realiza tanto en el hospital como en casa, incluyendo a pacientes encamados. El protocolo incluye lavado con jabón y secado, respetando siempre la intimidad del paciente. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede realizar el aseo junto a otro profesional o con la ayuda de un celador, y debe personalizar el proceso de acuerdo con la autonomía del paciente.

6 Bibliografía

1. Carvajal Carrascal, Gloria; Montenegro Ramírez, Juan David. Wwww.scielo.es. Murcia. Octubre 2015: Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en paciente afectos críticos. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400015.
2. Paula Sánchez Álvarez, Sara López Rodríguez y Cristina Canal Antón. www.revistamedica.com. 20/02/2020. Aseo del paciente afecto. <https://revistamedica.com/aseo-del-paciente-afecto/>.

Capítulo 63

TÉCNICAS DE IRRIGACIÓN RECTAL Y SU IMPLEMENTACIÓN POR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA BELÉN SERRANO DÍAZ

JUANA PULIDO RINCON

MARIA ROCÍO SERRANO DIAZ

DOLORES CAMACHO AGUILOCHO

MIRIAM GUERRA LAGAR

1 Introducción

El uso de enemas o irrigaciones rectales en el ámbito hospitalario es una práctica frecuente y necesaria para aliviar la constipación y ayudar a los pacientes a defecar de manera más eficiente. La constipación se puede identificar por la falta de defecación durante varios días y la sensación constante de querer ir al baño. Las heces son duras y secas y el esfuerzo para defecar supera el 30% de las defecaciones totales. Estos enemas o irrigaciones se administran por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y siempre deben ser prescritos por un médico.

Existen diversas tipologías de irrigaciones rectales, cada una con una finalidad específica. Los enemas o irrigaciones de evacuación o limpieza son los más utilizados y su objetivo es limpiar y vaciar el intestino. La solución se administra durante 5 minutos y luego se expulsa junto con las materias fecales.

Además de los enemas o irrigaciones de limpieza, existen otros tipos de irrigaciones como el enema o irrigación carminativo para expulsar gases, enema o irrigación antiséptico, enema o irrigación de Murphy, enema o irrigación emoliente, antihelmíntico, enema o irrigación oleoso, entre otros. Todos ellos tienen objetivos distintos y se deben utilizar bajo la supervisión de un médico.

Los enemas o irrigaciones rectales son una herramienta eficaz para tratar la constipación y mejorar la salud intestinal de los pacientes. Existen diversas y variadas tipologías de enema o irrigaciones, cada una con una finalidad específica. Los enemas o irrigaciones de evacuación o limpieza son los más utilizados y su objetivo es limpiar y vaciar el intestino. La solución se administra durante 5 minutos y luego se expulsa junto con las materias fecales, gases y otros desechos.

2 Objetivos

Exponer y dar a conocer las técnicas de Irrigación Rectal y su Implementación por el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

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, TCAE, etc.

4 Resultados

Además de los enemas o irrigaciones de limpieza, existen otros tipos de enema o irrigaciones que tienen objetivos distintos. Por ejemplo, el Enema o irrigación Carminativo se utiliza para expulsar gases y aliviar la hinchazón abdominal. El Enema o irrigación antiséptico se utiliza para prevenir infecciones en el intestino. El Enema o irrigación de Murphy se utiliza para diagnosticar enfermedades del

tracto digestivo. El Enema o irrigación emoliente se utiliza para aliviar la constipación y hacer las heces más blandas. El Enema o irrigación antihelmíntico se utiliza para tratar infestaciones por parásitos intestinales. Y el Enema o irrigación oleoso se utiliza para lubricar y suavizar el recto antes de un examen o procedimiento.

Es importante destacar que todos estos enemas o irrigaciones deben ser prescritos por un médico y administrados por un profesional de la salud capacitado. Cada paciente es único y puede requerir un tipo de enema o irrigación específico según sus necesidades individuales. Es importante seguir las instrucciones del médico y del profesional de la salud para obtener los mejores resultados y prevenir complicaciones.

Explicación detallada de cada uno de los enemas mencionados:

- Enema o irrigación de evacuación o limpieza: Este tipo de enema se administra con el objetivo de limpiar y vaciar el intestino. La solución se introduce en el recto y se espera un máximo de 5 minutos antes de la expulsión de la solución junto con las materias fecales, gases, etc. Este enema se prescribe principalmente para tratar la constipación.
- Enema o irrigación Carminativo: Este tipo de enema se administra para aliviar el exceso de gases en el intestino. La solución utilizada para este enema suele ser una mezcla de hierbas o sustancias carminativas que ayudan a disminuir la acumulación de gases en el intestino.
- Enema o irrigación antiséptico: Este tipo de enema se administra con el objetivo de reducir la presencia de microorganismos en el intestino. La solución utilizada para este enema suele incluir un antiséptico, como por ejemplo, clorhexidina, y se administra antes de ciertos procedimientos médicos o antes de una cirugía.
- Enema o irrigación de Murphy: Este enema se administra para el alivio del dolor asociado con la dismenorrea (dolor menstrual) y para la reducción de la hinchazón. La solución utilizada para este enema es una mezcla de agua tibia y un antiespasmódico.
- Enema o irrigación emoliente: Este tipo de enema se administra con el objetivo de ablandar las heces y facilitar la defecación. La solución utilizada para este enema suele ser una mezcla de aceite y un emoliente.
- Enema o irrigación antihelmíntico: Este tipo de enema se administra con el objetivo de tratar las infestaciones de parásitos intestinales. La solución utilizada para este enema suele incluir un antihelmíntico específico, que ayuda a matar los parásitos en el intestino.
- Enema o irrigación oleoso: Este tipo de enema se administra con el objetivo de lubricar el intestino y facilitar la defecación. La solución utilizada para este

enema suele ser un aceite lubricante, como por ejemplo, aceite mineral o aceite de ricino.

Es importante destacar que cualquier enema o irrigación debe ser siempre recetado por un médico y administrado por un profesional capacitado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la administración de enemas o irrigaciones es esencial en el ámbito hospitalario. Este profesional está capacitado para realizar esta práctica de manera segura y eficaz, garantizando que los pacientes obtengan los resultados terapéuticos deseados. Además, con su formación y experiencia, el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería puede seleccionar la tipología de enema o irrigación adecuada según las necesidades y condiciones de cada paciente, y asegurarse de que se administre de manera correcta. En definitiva, su labor es fundamental para garantizar la comodidad y bienestar de los pacientes y contribuir a su recuperación. Es importante destacar que siempre deben recibir la prescripción médica antes de realizar cualquier tipo de enema o irrigación.

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 64

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA BULIMIA Y LA ANOREXIA EN LA SALUD: UN ESTUDIO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON ENFOQUE EN TÉCNICAS SANITARIAS

DOLORES CAMACHO AGUILOCHO

JUANA PULIDO RINCON

MARIA ROCÍO SERRANO DIAZ

ANA BELÉN SERRANO DÍAZ

MIRIAM GUERRA LAGAR

1 Introducción

Los trastornos de la alimentación son un grupo de patologías mentales que afectan la percepción y control de la ingesta de alimentos. Estos trastornos se caracterizan por una obsesión en torno a la apariencia corporal y una necesidad de controlar la ingesta de alimentos. Aunque estos trastornos son más comunes en mujeres y jóvenes, también se están reportando con mayor frecuencia en hombres.

En España, se estima que alrededor de 410.000 personas sufren de algún tipo de trastorno de la alimentación. Existen diferentes tipos de trastornos de la alimentación, cada uno con sus propias características y síntomas. Un ejemplo es el atracón, donde la persona come en exceso sin control y justifica el comportamiento como una forma de reducir la ansiedad, pero posteriormente experimenta sentimientos de culpa.

Otro trastorno es la anorexia, en la que la persona tiene una imagen distorsionada de su cuerpo y ve su apariencia como excesivamente gorda, lo que la lleva a restringir drásticamente su ingesta de alimentos. Esta restricción extrema puede tener graves consecuencias para la salud, incluyendo discapacidades orgánicas graves y, en casos graves, la muerte.

Finalmente, la bulimia es un trastorno de la alimentación que combina atracones de comida con comportamientos compensatorios como dietas extremas, uso de laxantes o provocación del vómito para contrarrestar el exceso de alimentos. Es importante tener en cuenta que los trastornos de la alimentación son una patología seria y requieren tratamiento profesional.

2 Objetivos

Exponer el cuidado y las tipologías más comunes en referencia a la alimentación y a sus trastornos desde la perspectiva del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los signos y síntomas de un trastorno o alteración alimentaria pueden incluir:

- Atracón alimentario: consumo excesivo y rápido de alimentos, incluso cuando se está lleno, y comer en secreto. Los pacientes pueden decir que están haciendo

dieta, pero no logran perder peso debido a los atracones y al sentimiento constante de culpa por comer.

- Anorexia: ingesta insuficiente o casi nula de alimentos, ejercicio físico en modo y forma exponencialmente excesivo y visualizan y exponen una delgadez extrema.
- Bulimia: uso excesivo de laxantes y enemas, ejercicio físico constante, ayunos y provocación de vómitos repetitivos para expulsar los alimentos ingeridos.

Los factores precipitantes pueden incluir:

- Factores socioculturales: la sociedad actual tiene una sobrevaloración de la apariencia física, lo que lleva a algunas personas a hacer lo que sea para cumplir con ese ideal (incluso a costa de su salud).
 - Trastornos emocionales, como depresión, ansiedad o problemas de identidad.
 - Enfoque excesivo en la apariencia física en trabajos o pasatiempos, como modelos o deportistas.
 - Trastornos o alteraciones gastrointestinales, que limitan la ingesta alimentaria.
 - Problemas afectivos en el núcleo familiar, creyendo que así se será más querido.
- Para detectar tempranamente la presencia de un trastorno o alteración alimentaria, es importante estar atento a los siguientes indicadores:
- Pérdida bastante significativa de peso, que se ve a simple vista.
 - Obsesión por hacer y controlar la dieta.
 - Mirarse en el espejo de manera excesiva y continua.
 - Ir al baño después de cada comida sin una razón aparente.
 - Evitar comer en público o con otros.
 - Control enfermizo de los alimentos que se ingieren.
 - Monitoreo constante y demasiado obsesivo del peso, llegando al punto de pesarse anteriormente a la ingesta de alimentos y posteriormente de ingerirlos.
 - Realización exponencial y excesiva de ejercicio físico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los trastornos de la alimentación son un problema de salud mental que afecta a un gran número de personas en todo el mundo. Es importante reconocer los síntomas y buscar ayuda profesional para obtener un tratamiento adecuado y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen un papel importantísimo a la hora de tratar, saber cuidar y vigilar a esta tipología de pacientes con los problemas de salud y mentales que tienen, cabe destacar que la vigilancia a la hora de que estos mantengan la comida en el interior del cuerpo sin llegar a engañarnos o vomitar es vital para su recuperación.

6 Bibliografía

1. Morales Alberto, Ramírez Walter, Ureña María Elena, Sevilla Vargas Angela, Umaña Pamela, Chaves Víquez Rocío. Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes. *Acta pediátr. Costarricense* [Internet]. enero de 2002 [citado el 1 de octubre de 2022]; 16(3): 93-108. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00902002000300002&lng=en.
2. Lladó Gina, González-Soltero Rocío, Blanco María José. Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2017 Jun [citado 2022 Oct 01] ; 34(3): 693-701. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-161120170003000693&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.469>.
3. Quintero-Párraga Evelyn, Pérez-Montiel Ana Cristina, Montiel-Nava Cecilia, Pirela Dexy, Acosta María Fernanda, Pineda Ninoska. Trastornos de la conducta alimentaria: Prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. *Invest. clín* [Internet]. 2003 Sep [citado 2022 Oct 01] ; 44(3): 179-193. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332003000300002&lng=es.

Capítulo 65

LOS CUIDADOS QUE DEBE REALIZAR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA LA HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO

LAURA MARTINEZ BENEITEZ

1 Introducción

La higiene es el conjunto de actividades y procedimientos para alcanzar y el desarrollo de la salud, incrementando el confort. El concepto de aseo lo entendemos como una serie de medidas para mantener limpia y en buen estado la piel del paciente y sus partes del cuerpo.

El principal procedimiento que se realiza habitualmente por los TCAE es el aseo de pacientes. El cual se puede hacer en ducha, en bañera o en cama en función de las características que tenga el paciente hospitalizado.

La higiene da bienestar y autoestima al paciente, aunque este encamado, y también facilita eliminar la suciedad al usar la botella y la cuña para eliminar los desechos.

La higiene personal incluye los hábitos de cada persona para mantener limpia la piel, cabello, ojos, uñas y boca.

Se debe observar y valorar el estado de la piel del paciente dado que es imprescindible para comenzar con medidas preventivas y evitar que aparezcan úlceras de presión.

Las úlceras por presión es uno de los principales inconvenientes en la sanidad dado que disminuye la calidad de vida del paciente, empeora su pronóstico, aumenta su estancia hospitalaria y crea importantes costes al sistema sanitario, tanto de recursos humanos como de materiales.

2 Objetivos

El objetivo principal es identificar los principales cuidados que hace el TCAE al paciente encamado sobre la higiene personal de él durante su estancia en el hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura existente consultando las principales bases de datos tales como PubMed, Medline, Scielo y Google Academico. También se han consultado artículos relacionados con el tema a estudiar.

4 Resultados

Es imprescindible hacer los cuidados de higiene personal al paciente hospitalizado encamado, los objetivos principales de cuidado son:

- Observar y conservar la integridad de la piel
- Evitar aparición de infecciones
- Eliminar los malos olores
- Estimulación de la circulación sanguínea
- Aumentar el grado de bienestar del paciente, fomentando su autoestima
- Promover el tono muscular con ejercicio activo o pasivo
- Favorecer la relación de ayuda
- Evitar problemas pulmonares y las úlceras por presión con cambios posturales
- Evaluación de la capacidad de movimientos
- Fomentar el autocuidado y el aprendizaje
- Favorecer la comunicación entre el paciente y el personal sanitario

Los pasos que se deben seguir a la hora de realizar la higiene a un paciente encamado son:

- Lavar la cabeza
- Lavar los genitales

- Higiene de uñas
- Higiene de los ojos en los pacientes inconscientes
- Lavar boca

Los procedimientos que se deben seguir son:

- Mantener la temperatura ambiente adecuada evitando corrientes de aire, mantener las puertas y ventanas cerradas
- Comprobar que el agua este a temperatura correcta, ni fría ni caliente
- Preparar todo el material antes de proceder a desnudar al paciente
- Respetar la intimidad del paciente, para ello se usan estores y carteles oficiales. Se debe tener la zona de aseo al descubierto y evitar tener al paciente desnudo
- Favorecer la seguridad y movilización del paciente durante el aseo
- Evitar desconexiones o reflujos
- Meter la ropa sucia en la bolsa o saco verde que habrá junto a la cama
- Se cambiarán los guantes con cada paciente, cuando se laven genitales o cuando se vean sucios
- Se debe seguir el orden: cara, zonas limpias y genitales
- Se avisará al peluquero para que afeite a los hombres
- Estimular la participación del paciente con su autocuidado, cuando sea posible y de acuerdo con el personal de enfermería
- Los movimientos deben ser suaves y con energía para bañar al paciente. Se debe trabajar con rapidez, pero con delicadeza
- Esta tarea se comparte con el celador, y si el estado del paciente lo necesita, también participará la enfermera

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados del TCAE y el equipo de enfermería son imprescindibles para que el paciente tenga un buen estado físico y esté cómodo; dado que se aumenta su bienestar y autoestima al estar limpio, aunque permanezca encamado.

No solo estos cuidados son importantes para la salud y la autoestima del paciente, sino que también es importante para su familia y las personas que vengán a visitarlo o compartan habitación con él.

Una buena higiene es imprescindible para evitar enfermedades o infecciones debido a bacterias u hongos causados por una mala higiene o secarse mal. Un paciente hospitalizado encamado tiene mayor riesgo de contraer bacterias que un paciente que se vale por sí mismo.

6 Bibliografía

1. Auxiliar de enfermería. Temario parte específica Volumen 1. SESPA. Editorial MAD.
2. Auxiliar de enfermería. Servicio de Saludo del Principado de Asturias. Temario Volumen II. Editorial CEP.
3. Evangelina Pérez de la Plaza. Ana M.^a Fernández Espinosa. Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill Education.
4. Sescam: Guía De Educación Para La Salud A Personas Mayores. Gerencia De Atención Primaria De Toledo Dirección De Enfermería. 2005.

Capítulo 66

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES POSTMORTEM

ROSA MARÍA SERRANO BUSTAMANTE

MARIA JOSE RUBIO FELIPE

FRANCISCO LABRADOR MAYORALAS

LUIS VILLOSLADA LABRADOR

ROSA MARIA MARQUEZ PEREZ

1 Introducción

Durante la fase terminal del paciente, han de dispensarse cuidados hacia el paciente moribundo y su familia, preservando la dignidad del mismo. Posteriormente, cuando el paciente ya ha fallecido, se debe proceder a realizar la preparación del cuerpo del finado. Podemos decir que los cuidados post mortem se refiere a todos aquellos que se realizan después del cese de toda actividad vital, cuando el médico certifica el fallecimiento del paciente.

Para terminar esta introducción es importante conocer algún concepto como:

- Agonía:

La agonía es el estado anterior a la muerte que sucede en aquellas enfermedades en las que esta se produce lentamente. La agonía puede ser lúcida cuando se

conserva el conocimiento, y comatosa cuando no existe ese conocimiento. El enfermo que se encuentra en este periodo se denomina enfermo agonizante.

Los signos y síntomas de este periodo son:

- Alteraciones de la circulación sanguínea: piel pálida y fría, cianosis (color azulado), pulso débil, rápido e irregular, hipotensión arterial.
- Alteraciones de la respiración. Puede presentar bradipnea, taquipnea, respiración de Cheynestokes.
- Alteraciones musculares, cuerpo flácido, pérdida del tono muscular, descontrol de esfínteres (anal y vesical), mandíbula caída y boca abierta, frialdad de la piel.
- Alteraciones oculares, se producen midriasis o dilatación de las pupilas.

2 Objetivos

- Identificar los signos y síntomas de muerte.
- Enumerar los cuidados a realizar después del exitus del paciente.
- Concienciar sobre la actitud del equipo de enfermería de respeto al ser humano en cualquiera de sus momentos evolutivos, incluso en la muerte.

3 Metodología

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

4 Resultados

Signos y síntomas de la muerte:

- La muerte se define como el cese total y definitivo de las funciones vitales del organismo. También se la denomina como: fallecimiento, defunción, deceso, óbito, exitus.

Los primeros signos de la muerte son:

- Cese de las funciones respiratorias: no se escuchan ruidos respiratorios al auscultar al paciente.
- Cese de la función cardíaca: desaparece el pulso arterial, no se auscultan ruidos cardíacos, y el electrocardiograma no revela actividad eléctrica del corazón.

- Cese de la función cerebral, no responde a estímulos externos como los dolorosos y el electroencefalograma no revela ninguna actividad eléctrica cerebral.
- Inmovilidad.
- Frialdad de la piel.
- Atonía muscular.
- Falta de reflejos.
- Midriasis.
- Parada cardíaca y respiratoria.
- Ausencia de actividad cerebral.

Signos y síntomas de la muerte tardía:

Son los signos finales de muerte:

- Enfriamiento del cuerpo, algor mortis. Este enfriamiento varía dependiendo de la causa de la muerte, de la edad, estado de nutrición, medicación administrada, temperatura ambiental. Esto en la primera hora.
- Rigidez cadavérica. Denominada también rigor mortis, comienza aproximadamente a las 2 o 3 horas y es originada por una contracción muscular generalizada, completándose este estado a las 8 o 10 horas del fallecimiento, y desaparece aproximadamente a las 35- 40 horas.
- Lividez cadavérica también denominada livor mortis, son manchas de color rojo violáceo que aparecen en diferentes zonas de la epidermis y que son originadas por depósitos de sangre. Dependen de la posición del cadáver. Por ejemplo, si el paciente estaba en decúbito supino aparecen en la espalda, glúteos, parte posterior de los muslos y piernas.
- Putrefacción o periodo de descomposición de la materia orgánica. Está originada por las bacterias de la putrefacción y comienza a notarse a las 12 a 14 horas de la muerte. Generalmente, dura entre 3 y 5 años, al cabo de los cuales queda solamente la estructura ósea.

Actitud del TCAE ante el fallecimiento:

En el caso de que la muerte haya sido provocada por un accidente o de una forma inesperada hay que intentar la reanimación cardio-respiratoria, ya que hay ocasiones en que se puede recuperar a una persona. Si cuando nos traen el cadáver aparecen signos de violencia no se puede mover el mismo hasta la aparición de las autoridades.

Cuidados postmortem:

Son el conjunto de atenciones que se prestan al fallecido para su posterior traslado hasta el velatorio, tanatorio, o el depósito de cadáveres. Hasta que el médico certifique la muerte del paciente no se hace ningún cuidado. Si en el momento de la muerte no lo acompaña ningún familiar, se avisa a la familia y se les

comunica la despedida si la hubo. Amortajar al paciente antes de que aparezca la rigidez cadavérica (2 a 6 horas). Esta pauta se lleva a cabo en la intimidad. Los cuidados que se ofrecen al paciente después de su muerte son siempre con respeto y sin brusquedades como si viviera.

1. Preparación de los materiales:

- Carro de ropa sucia.
- 2 sábanas limpias.
- Mortaja (ahora sudario).
- Toalla.
- Algodón.
- Esparadrapo.
- Agua.
- Jabón.
- Pinzas.
- Guantes.

2. Poner los guantes, bajamos la cama y retiramos del fallecido todos los objetos personales, como joyas, ropa. Poniéndolas en una bolsa que identificamos como pertenencias personales: nombre completo, número de habitación, fecha y contenido de la bolsa.

3. Retirar todas las almohadas de la cama, excepto la que se coloca debajo de la cabeza.

4. Poner el cuerpo en decúbito supino, estirando las extremidades inferiores sin brusquedad para evitar la presencia de equimosis. La cabeza y los hombros deben quedar levantados para que no aparezcan cambios de color al estancarse la sangre.

5. Retirar todos los apósitos sucios, vendas, tubos y palomillas, catéteres o agujas. Cubrir todas las incisiones con un apósito limpio y pequeño.

6. Lavar las manos, cara y todo el cuerpo. Deben realizarse con cuidado y esmero la atención bucal: dientes, boca y encías.

7. Taponar con algodón todos los orificios naturales, boca, fosas nasales, oído, recto y en la mujer vagina.

8. Colocar las prótesis dentales en la boca y cerrarla, se hace poniendo la mano bajo el mentón y haciendo una ligera presión. Si la boca no permanece cerrada, debe colocarse una venda bajo la barbilla anudándola fuertemente a la cabeza.

9. Cerrar los ojos, si están abiertos, aplicando una presión suave con las yemas de los dedos durante un momento. Si no permanecen cerrados se coloca una torunda húmeda sobre cada uno.

10. Peinar el cabello.

11. Colocar los brazos sobre el abdomen, en posición de descanso, o sobre el tórax en forma de aspa, atar las muñecas y tobillos con vendas y colocar esparadrapo. La identificación del fallecido en los tobillos.
 12. Introducir el cuerpo en el sudario con la ayuda de un compañero/a.
 13. Pasar el cuerpo a una camilla con ruedas y cubrirlo en su totalidad con una sábana.
 14. Cerrar las puertas de las habitaciones para el traslado a la morgue utilizando lugares poco transitados. Este traslado deberá hacerse con naturalidad y discreción, evitando perturbar a otros pacientes o visitantes.
 15. Entregar la bolsa con las pertenencias a la familia.
 16. Retirar la ropa de la cama.
 17. Limpieza, desinfección y preparación de la habitación para su uso posterior.
- La supervisora de la planta deja registrada en la historia del paciente la hora a la que se produjo el exitus, observaciones de interés, médico que firmó la muerte. En cuanto a la familia, hay que tratarla con respeto, interés y comprensión. Se mantendrá una actitud de disposición constante. La expresión verbal de los sentimientos tal vez ayude a reducir la angustia inicial. No se habla de la muerte del paciente con otros enfermos o visitantes.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados post mortem son una extensión de los cuidados que recibe el paciente en vida, así como la atención a los familiares del fallecido, dado que pasan por un complicado proceso de duelo, con lo cual deben ser tratados con respeto y comprensión.

En este proceso es fundamental la preparación del cuerpo para su posterior traslado a otros lugares como un velatorio, a un tanatorio, por lo que es nuestra responsabilidad el cuidado final de ese cuerpo que debe hacerse con toda delicadeza. La actitud del equipo de enfermería se deberá basar en una actitud de respeto al ser humano, también en la muerte.

6 Bibliografía

1. Protocolos cuidados post mortem. Hospital de Cabueñes (Gijón).
2. Técnicas básicas de Enfermería McGraw Hill.
3. Post mortem atención de Enfermería. Disponible en: www.yoamoenfermeriablog.com

Capítulo 67

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

ROSA MARÍA SERRANO BUSTAMANTE

MARIA JOSE RUBIO FELIPE

FRANCISCO LABRADOR MAYORALAS

LUIS VILLOSLADA LABRADOR

ROSA MARIA MARQUEZ PEREZ

1 Introducción

En las emergencias hospitalarias, la seguridad del paciente es la máxima prioridad. Protocolos de seguridad La atención al paciente requiere esfuerzos continuos para mejorar la práctica, la capacitación, la tecnología de la información y promover una cultura de seguridad. Las úlceras por presión son un problema de salud grave, pueden tener importantes consecuencias, se pasan por alto en los servicios de urgencias donde los pacientes esperan horas para ser admitidos, son perjudiciales para los pacientes y tienen una alta proporción de casos evitables. En el servicio de urgencias hay una alta tasa de úlceras por presión que se presentan en los primeros días antes del ingreso, los pacientes que se atienden son

de mayor edad y tienen más comorbilidades, y se están tomando algunas precauciones adicionales. Alineado con las necesidades del departamento, se enfoca en el cuidado crítico del paciente. El servicio de urgencias de un hospital es la puerta de entrada al hospital y, en base a una evaluación precisa, los pacientes pueden recibir la atención adecuada y aplicar los recursos de prevención y tratamiento adecuados para prevenir y/o tratar las úlceras por presión. O aquí se cura y se realiza la enfermería. Los técnicos auxiliares tienen un papel muy importante. El tiempo que se pasa en la sala de emergencias es fundamental para iniciar el proceso de úlceras por presión, por lo que se necesita personal capacitado para identificar a los pacientes en riesgo y tomar medidas preventivas de manera temprana. Los técnicos auxiliares de enfermería son capaces de desempeñar sus funciones y saben establecer estrategias preventivas y terapéuticas básicas.

2 Objetivos

Conocer e indicar las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en la prevención de úlceras a presión de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las úlceras por presión son un problema de salud pasado por alto durante mucho tiempo que reducen la calidad de vida de los pacientes y son difíciles de curar. En la sala de emergencias, la supervivencia del paciente es crítica, por lo que las acciones que tomamos para prevenir la enfermedad de postración en cama son probablemente mínimas. Pero es en la sala de emergencias donde los pacientes corren mayor riesgo de lesionarse. Los servicios de urgencias hospitalarios, que son los que menos cultura de prevención tienen, en la mayoría de los casos desconocen la existencia de problemas dentro del servicio, ni se sabe que cuenten con escalas de calificación de riesgo, clasificaciones de lesiones o evaluaciones

de riesgo de tratamiento. En todos los niveles, a pesar de la magnitud del problema y de nuestra responsabilidad con los pacientes de riesgo, la prevención no se considera una función de los técnicos auxiliares de enfermería de urgencias. Además, con el envejecimiento de la población, el número de pacientes que visitan las salas de emergencia de los hospitales es cada vez más mayor y con múltiples afecciones médicas, lo que hace que el problema de las úlceras por presión sea demasiado común como para ignorarlo. También se debe tener en cuenta que la interrupción de los servicios y la escasez general de camas mencionadas anteriormente son fenómenos comunes que exacerban el problema, ya que los pacientes tardan más en llegar a las unidades donde los regímenes de tratamiento no están disponibles. prevenido

En general, ningún factor único puede explicar el desarrollo de una úlcera por presión, sino más bien una interacción compleja de factores que aumentan la probabilidad de desarrollar una úlcera por presión. Por ejemplo, factores relacionados con la actividad o la movilidad del paciente, el estado de la piel, la enfermedad vascular, la diabetes, el estado nutricional, la incontinencia urinaria y húmeda, la edad y la gravedad de una enfermedad o enfermedad crónica. Aquí es donde la formación en esta área es importante y donde juegan un papel muy importante los técnicos auxiliares de enfermería que pasan la mayor parte de su tiempo cerca de los pacientes. La cicatrización es causada por daño isquémico causado por Munk daprovisionement en la sangre, lo que resulta en la muerte del tejido y la posterior necrosis que comienza en el cabello. Il se produit généralement dans des endroits où il y a des proéminences

La presión al comprimir el área de soporte entre el hueso y el resto del cuerpo, o combinada con cizallamiento y/o fricción, da como resultado una reducción o cese del flujo sanguíneo, dañando así esos tejidos. Los signos a tener en cuenta y los signos de ulceración son eritema, calor localizado, edema, callosidades y deterioro de la piel.

Durante el tratamiento de urgencias, los pacientes han pasado más de 2 horas desde el inicio del daño tisular, y las personas con factores de riesgo externos e internos tienen más probabilidades de desarrollar una úlcera por presión. Los factores intrínsecos como la edad, el sobrepeso, las enfermedades crónicas, la incontinencia de esfínteres, las limitaciones importantes en la movilidad y la percepción sensorial deteriorada o deteriorada son factores que aumentan el riesgo de úlceras por presión.

Factores de riesgo externos como la estancia prolongada en urgencias, el uso prolongado de camillas y la falta de precauciones para reducir la presión, el rozamiento y el cizallamiento, especialmente en sacro y pies, también pueden con-

tribuir a la compresión, factor estrechamente relacionado a la posibilidad de Úlcera. Si es posible, también es importante observar la zona de la piel con dispositivos terapéuticos generadores de presión (dispositivos ortopédicos, férulas, catéteres, sondas nasogástricas, dispositivos de oxigenoterapia, etc.). Permite una evaluación completa de la piel.

Los protocolos de tratamiento de las úlceras por presión enfatizan el papel crítico del técnico auxiliar de enfermería en las salas de observación de emergencia de los hospitales, donde las precauciones simples pueden ser de gran importancia. Los pacientes a menudo se encuentran en camillas y son hospitalizados durante horas. Estas medidas incluyen satisfacer las necesidades básicas de los pacientes, tales como: cuidado especial. primera vez. piel

Adquiera el hábito de ponerle precio a su piel.

Como mínimo, se debe examinar diariamente la condición y la integridad de la piel para detectar rápidamente la presencia de lesiones y tomar las medidas adecuadas.

5 Discusión-Conclusión

La prevención de las úlceras por presión es responsabilidad de todos los profesionales que intervienen en el cuidado del paciente, y los conocimientos y habilidades necesarios para realizarla de manera efectiva son responsabilidad del técnico auxiliar de enfermería, el más cercano y el que más tiempo pasa con los pacientes. Las escalas de calificación también deben usarse para detectar factores de riesgo de úlceras por presión, ya que son herramientas preventivas que ayudan a identificar factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos.

Como Paramédicos, los Técnicos Auxiliares de Enfermería deben reconocer y atender cuestiones que afectan directamente a quienes acuden a las salas de emergencia de los hospitales. es importante animar

Una “cultura de prevención” no es otra cosa que centrarse en la prevención, actuar en consecuencia y utilizar todos los recursos a nuestro alcance.

Este es un tema importante para los sistemas de salud, no uno que siga siendo ignorado por los servicios de emergencia. En nuestro caso, esto significa el desarrollo de equipos preventivos y terapéuticos adecuados en los servicios de urgencias.

6 Bibliografía

1. <http://www.Congresovirtual-enfermeriadeurgencias.com>

2. <http://www.Dialnet.unirioja.es>
3. <http://www.Revista-portalesmédicos>

Capítulo 68

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

ROSA MARÍA SERRANO BUSTAMANTE

MARIA JOSE RUBIO FELIPE

FRANCISCO LABRADOR MAYORALAS

ROSA MARIA MARQUEZ PEREZ

LUIS VILLOSLADA LABRADOR

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) ha evolucionado a lo largo de los años. Debido al carácter altamente técnico del trabajo asistencial, estas unidades requieren cada vez más de personal profesional altamente cualificado y con un perfil profesional diferenciado. Todos los miembros del equipo multidisciplinar de la USIP requieren una formación continua específica para saber afrontar las condiciones preexistentes de alta complejidad de los pacientes hospitalizados. Se sabe que un equipo multidisciplinario de cuidados intensivos es un grupo de personas con diversos antecedentes educativos y experiencias profesionales que tienen el objetivo común de brindar atención médica enfocada, continua e integral. Se define al niño críticamente enfermo como aquel cuya supervivencia puede verse afectada en cualquier momento por la presencia de alteraciones en

el funcionamiento de uno o más sistemas del organismo. La muerte es una alternativa inevitable en el desarrollo infantil. .

En España, las competencias reconocidas de TCAE en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) varían entre comunidades autónomas y varían mucho entre hospitales y condiciones locales, por una variedad de razones. En algunas unidades de cuidados intensivos, la presencia de un Técnico de Cuidados de Apoyo (TCAE) es casi simbólica, por lo que existen diferencias en las tarifas. Algunas UCIP tienen casi 1 o 2 TCA por clase y muy pocas. La mayoría de ellos están designados y limitados a la higiene del paciente, alimentos y equipos.

2 Objetivos

- Identificar los conocimientos y las habilidades necesarias para prestar una atención integral al niño que llega por una urgencia pediátrica, tanto en situaciones generales como específicas.
- Dar a conocer la importancia de las funciones del TCAE en urgencias pediátricas.

3 Metodología

Además, de los conocimientos y competencias obtenidos de la propia experiencia laboral en la Unidad de Urgencias Pediátricas, se ha realizado una revisión sistemática de bases de datos, protocolos de actuación y prevención de accidentes en pediatría. Se han utilizado como descriptores: TCAE, urgencias pediátricas, hospitalización pediátrica, tratamiento y funciones.

4 Resultados

Existe un conjunto estandarizado de conjuntos de habilidades de Técnico de Enfermería Auxiliar (TCAE) y una de las funciones principales del TCAE es preparar el espacio de atención (BOX) para la admisión a la UCIP.

Deberá preparar los siguientes documentos:

- Bolsa de relleno con filtro (infantil o adulto según peso del paciente).
- Catéter de succión: 6ch, 8ch, 10ch, 12ch, 14ch dependiendo de la edad. - El agua lava el circuito de aspiración.
- Cubrecolchones, pañales, celulosa
- Guantes desechables no estériles. - Auricular.

- Carcasa del dispositivo de intubación y spray lubricante. - Dispositivos de monitorización como electrodos, sensores de SpO2 y brazaletes para la medición no invasiva de la presión arterial.
- Mascarilla: ajustada al peso del paciente y equipada con tubos que han superado las pruebas de funcionamiento correctas
- Preparación de cubetas de análisis: gasas comprimidas, soluciones de alcohol y clorhexidina, jeringas de 2 ml, bomba de aire, agujas, solución salina monodosis, bolsa de análisis, hemograma completo, tubos de coagulación y biológicos.
- Desinfectantes: desinfectante a base de etanol, gel desinfectante a base de etanol, alcohol al 70%.

La presencia de un TCAE es fundamental cuando un paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (USIP), ya que interviene en el manejo inmediato de niños críticamente enfermos. La existencia del TCAE es una gran ventaja para médicos y enfermeras porque cuenta con todo el equipamiento necesario para cooperar en la hospitalización de pacientes críticos con problemas de seguridad, iniciar la atención y agilizar el seguimiento. la atención que necesita de inmediato.

En cuanto a aislamientos y equipos de protección individual (EPI), el TCAE identifica las medidas reglamentarias de aislamiento requeridas por los pacientes, proporciona todos los EPI e identifica los tipos de aislamiento a través de los correspondientes carteles informativos elaborados por Prevención Decide. Las precauciones estándar incluyen:

- Higiene de manos.
- Batas, guantes, mascarillas y protección ocular. - Limpiar y desinfectar a fondo los instrumentos. Diferentes tipos de aislamiento:
- Por IV: Lávese las manos y use una máscara. - Contacto: Lavar a mano, usar bata y guantes.
- Para tacto y pequeño: Lavado a mano, mascarilla, bata, guantes. - Por Aire: Lavado a Mano, Mascarilla de Alto Rendimiento (FFP2).
- Protección de primer nivel: lavado de manos, mascarilla, bata. - Aislamiento profiláctico (contacto e infusión): Aplica para pacientes ambulatorios hasta recibir los resultados del cultivo al ingreso.

La seguridad del paciente y la calidad de la atención en la UCI han sido un tema candente en los últimos años. Como miembros del equipo de atención, los TCAE deben participar activamente en la detección temprana de incidentes y posibles efectos adversos o errores en el curso de la atención. Las intervenciones del Técnico Auxiliar de Atención de Enfermería (TCAE) para mejorar la atención al paciente incluyen:

- Comprobar y confirmar la identificación correcta del paciente. - Revisar regularmente las instrucciones para las medidas de aislamiento.
- Revisar y confirmar las barreras de protección del paciente.
- Asegúrese de tener el tamaño correcto de tubo endotraqueal (ETT) para una posible intubación (debe tener el tamaño de ETT que necesita y un ETT de tamaño más pequeño para posibles complicaciones). – Respetar las medidas de higiene de manos.
- Identificar el kit de intubación de cada paciente (cuchilla, mango de laringoscopio, pinzas Magill) y su respectiva bolsa y filtro de neumoperitoneo. Asegúrese de que el sistema de succión y el catéter de succión sean adecuados para la condición del paciente.
- Si el paciente tiene un tubo de drenaje (Pleure-vac®), verifique el nivel de succión del tubo de drenaje (Pleure-vac®). - Conocimiento, verificación y notificación de alergias significativas del paciente (fármacos, látex, vendas, intolerancias alimentarias, etc.) según corresponda.

Las unidades de cuidados intensivos requieren cada vez más de equipos técnicos y específicos de monitorización y tratamientos invasivos, y los especialistas que forman el equipo necesitan estar adecuadamente equipados con monitores, bombas, bombas, transmisiones, apósitos, consumibles, etc. Esta pregunta es muy importante para garantizar que haya un gerente bien capacitado presente para manejar todas estas emergencias de limpieza, ensamblaje, servicio y almacenamiento. en muchos

5 Discusión-Conclusión

Awise con anticipación, deje que el niño y el adolescente tomen el control de la situación y traten de trabajar juntos para reducir el miedo. Para los niños pequeños, se pueden usar técnicas relajantes de juego para calmarlos. La mejor acción contra los accidentes es la prevención. La mayoría de los accidentes infantiles ocurren en el hogar. Su importancia se debe a su alta prevalencia y a los altos costos económicos asociados.

Las enfermedades y los accidentes de los niños a menudo alteran la dinámica familiar y las hospitalizaciones a menudo exacerban el problema, ya que es algo que está a la orden del día.

6 Bibliografía

1. <https://www.quironsalud.es>

2. <https://www.centromedicodeasturias.com>
3. <https://www.comunidad.madrid/>

Capítulo 69

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

NADIA RODENAS TARRAGA

RAMONA VELASCO SIMON

MARIA CARMEN GIL GÓMEZ

MARINA MARTIN-SERRANO SANCHEZ CAMBRONERO

FRANCISCA GABALDON GABALDON

1 Introducción

La pediatría es una rama de la medicina que se enfoca más en las enfermedades y la salud de los niños desde el nacimiento hasta la adolescencia, es decir, brinda una atención integral hasta los 14 años. .

El objetivo de enfermería es brindar una atención adecuada a los pacientes pediátricos y satisfacer sus expectativas y necesidades, para proteger y promover la salud brindando cuidados profesionales, de la más alta calidad y seguridad, atención integral, así como con medidas de apoyo en caso de enfermedad y muerte, para ayudar a las personas a reintegrarse en la sociedad. La atención que brinda un auxiliar de atención no es solo clínica sino también ética, por lo

que tiene que esforzarse mucho para que la estadía de los pacientes pediátricos en el centro hospitalario sea pan comido para ellos, por qué no mientras él esté allí la hospitalización afecta negativamente a su desarrollo psicosocial, emocional o cognitivo. Para que el paciente pediátrico se recupere rápidamente es imprescindible velar por el bienestar y comodidad del niño y su familia, por lo que en este punto la enfermera comienza a trabajar para que esto suceda.

Son muy amplias y de mucha importancia las diferentes funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, para que el servicio sanitario al paciente pediátrico sea posible. Para llevar a cabo el desempeño de las funciones.

2 Objetivos

En este trabajo conoceremos las principales funciones de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) con un paciente pediátrico.

3 Metodología

Para realizar el capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión basada en la bibliografía en las principales bases de datos como Scielo, así como en buscadores de internet como Google utilizando palabras clave.

4 Resultados

En las salas de pediatría, los auxiliares de enfermería deben brindar atención continua a los pacientes como si fueran sus propios hijos, especialmente cuando los padres no están disponibles las 24 horas del día.

Los asistentes de enfermería ofrecen características comunes a otros dispositivos, que incluyen:

- Sustitución de todos los materiales del carro Priest.
- Es responsable de la higiene de la cama y del paciente pediátrico si los padres no pueden hacerlo por alguna razón.
- Recopilarán y registrarán datos sobre ingesta, defecación, diuresis, drenaje, etc.
- Prepararán biberones según sea necesario.
- Proporcionar toda la información sobre los pacientes pediátricos al resto del equipo.
- Es responsable de mantener las muestras en el sitio, recolectar y cambiar la ropa de la ropa sucia y proporcionar alimentos y asistencia a los padres cuando sea

necesario.

- Solicitaran una pulsera de identificación en recepción si es necesario.
- El acompañante les ayuda en todas las tareas.

El auxiliar de enfermería es uno de los apoyos emocionales del lado de la familia, que brinda y facilita el proceso de acogida familiar y ayuda a sobrellevar momentos difíciles y difíciles, da confianza y tranquilidad es la clave que acelerará y promoverá la rápida recuperación y mejora de la salud de los niños.

La atención que brinda un auxiliar de atención no es solo clínica sino también ética, por lo que tiene que esforzarse mucho para que la estadía de los pacientes pediátricos en el centro hospitalario sea pan comido para ellos, por qué no mientras él esté allí la hospitalización afecta negativamente a su desarrollo psicosocial, emocional o cognitivo. Para que el paciente pediátrico se recupere rápidamente es imprescindible velar por el bienestar y comodidad del niño y su familia, por lo que en este punto la enfermera comienza a trabajar para que esto suceda.

5 Discusión-Conclusión

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

6 Bibliografía

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

Capítulo 70

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL

NADIA RODENAS TARRAGA

RAMONA VELASCO SIMON

MARIA CARMEN GIL GÓMEZ

MARINA MARTIN-SERRANO SANCHEZ CAMBRONERO

FRANCISCA GABALDON GABALDON

1 Introducción

Un enfermo o paciente terminal es una persona que se encuentra en la última etapa de desarrollo y morirá en un período de tiempo relativamente corto, aproximadamente 6 meses. La enfermedad puede ocurrir a cualquier edad, pero es más común en geriatría debido al aumento de la esperanza de vida. La OMS define los cuidados paliativos como cuidados agresivos e integrales, un enfoque para el tratamiento de enfermedades avanzadas e incurables que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan enfermedades que amenazan la vida al prevenir y aliviar el sufrimiento, realizar un diagnóstico temprano y evaluar el manejo del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y mentales. Centrado inicialmente en cuidados paliativos para pacientes oncológicos, el modelo se está aplicando ahora a pacientes o familias con enfermedades crónicas

avanzadas como enfermedades neurológicas degenerativas, enfermedades cerebrovasculares, cardiopatías... Los cuidados paliativos implican el cuidado de pacientes con síntomas, dolor y sufrimiento incapacitantes para permitirles a estas personas experimentar plenamente sus últimos meses o días de vida y prepararlos para la eutanasia.

Los objetivos de esta atención son aliviar el dolor, controlar los síntomas, brindar apoyo psicológico, social y espiritual, sostener la vida sin prolongarla ni acortarla, y apoyar a las familias en momentos de muerte y duelo.

2 Objetivos

Exponer los aspectos más importantes de los cuidados a un enfermo terminal y las etapas por las que han de pasar estos enfermos y sus familias.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica obteniendo la información más relevante sobre el trabajo que un auxiliar de enfermería debe desempeñar frente a los cuidados a un enfermo terminal. He consultado las principales bases de datos de ciencias de la salud y buscadores de internet como es scielo.

4 Resultados

El objetivo de la atención al paciente paliativo es atender todos los problemas que se presentan durante esta etapa de la vida y de la enfermedad con el fin de maximizar su felicidad, evitar el sufrimiento y prepararlo para una muerte digna. El final del cuidado no coincide con la muerte del paciente, ya que aún se observa el respeto y cuidado por el cadáver y el duelo por los seres queridos. Brindar atención física, que serán todos los procedimientos de atención derivados de las necesidades del paciente, tales como higiene, alimentación, actividades, descanso, sueño y atención psicológica, lo que requiere una buena actitud para comunicarse con el paciente de forma verbal y no verbal.

La actitud debe ser de empatía, comprensión y escucha para que pueda expresar sus miedos, dudas, ansiedad, llanto, pena, para que sienta que puede compartir su situación con alguien.

Los pacientes y las familias pasan por varias etapas del viaje de la enfermedad:

- Negación: ni el paciente ni su familia aceptan la idea de la muerte o incluso niegan que le hayan diagnosticado la enfermedad. - Ira: esta es la fase de protesta, acompañada de ira, rabia, y sucede cuando el paciente se da cuenta de que su enfermedad está empeorando y no tiene cura.
- Pacto: el paciente acepta el pensamiento de la muerte, pero trata de posponerlo; esta es una búsqueda de último recurso.
- Depresión: cuando los pacientes se dan cuenta de que están al final de su vida, pierden la esperanza y empiezan a sentirse tristes, inseguros y asustados.
- Aceptación: suele darse al final de la vida cuando el paciente se da por vencido y deja de luchar. Se acompaña de tristeza y anhelo de paz y tranquilidad. La forma en que los pacientes acepten la enfermedad dependerá de la edad, ya que los jóvenes con trabajo activo y vida familiar pueden estar más deprimidos que las personas mayores con condiciones preexistentes que reducen la movilidad de una persona. Sufren en silencio. Todos los tiempos son tiempos difíciles, y el apoyo psicológico que el técnico en cuidados de enfermería puede brindar es parte de eso hasta el final de la vida.

Los pacientes terminales pasan por varias etapas y, al igual que los familiares cercanos, es un proceso largo y difícil para el que nadie está preparado, y la empatía y el autoconocimiento son fundamentales para intentar minimizar los efectos secundarios de la patología. Actualmente, dichos pacientes se encuentran algo reconfortados en la situación en la que se encuentran, con el apoyo de todo el equipo médico y de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos a todas las personas terminales van dirigidos a mejorar la calidad de vida de la persona paliando las necesidades físicas, mentales, emocionales, sociales etc. Además se centran en minimizar en la medida de lo posible el sufrimiento. El dolor les preocupa mucho a los pacientes y sobre todo a sus familias, por eso es muy importante paliar los dolores adelantándose y evitar que estos sufran y paliar el dolor y sufrimiento.

Cuando un paciente se encuentra en una situación crítica y pase sus últimos momentos de vida tranquilo, descansará mucho mejor en su domicilio con atención sanitaria y el apoyo de familiares y amigos, para así tener una muerte lo más digna posible.

En esta etapa diferente de la vida, la persona empieza a rememorar y valorar más todo lo que tiene a su alrededor, se reconcilia consigo mismo, aprecia el apoyo de sus seres queridos y de los sanitarios.

6 Bibliografia

- Wikipedia.
- <https://paliativossinfronteras.org>.

Capítulo 71

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

NADIA RODENAS TARRAGA

RAMONA VELASCO SIMON

MARIA CARMEN GIL GÓMEZ

FRANCISCA GABALDON GABALDON

MARINA MARTIN-SERRANO SANCHEZ CAMBRONERO

1 Introducción

La movilización adecuada requiere comprender las distintas localizaciones anatómicas y saber qué técnica es la más apropiada para la enfermedad de cada paciente.

Necesitamos evitar varias posiciones incorrectas, tales como:

- Evite poner sus manos contra su cuerpo.
- Evitar la flexión de la cabeza y la hiperextensión.
- Evitar la flexión plantar del pie.

- Evitar la prolongación de la vía.
- Evitar cualquier rotación externa de cadera. Además de prevenir las úlceras por presión, estas posiciones brindan muchos más beneficios a los pacientes encamados, entre ellos beneficios físicos, emocionales y fisiológicos como: favorecen la circulación y son esenciales para mantener una higiene adecuada.

Se recomienda un número máximo de colaboradores para el ejercicio, generalmente realizado por un técnico auxiliar de enfermería con dotación ordenada a medida que aumenta la gravedad del paciente. Los pacientes que están postrados en cama o tienen dificultad con las actividades activas deben realizar actividades cada 2 a 3 horas.

Por último, mantén siempre tu cuerpo en equilibrio y lo más importante protege las zonas catalogadas como más sensibles o propensas a lesionarse. El ritmo y la naturaleza de los cambios posturales se adaptan al cuidado de cada paciente.

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

2 Objetivos

Conocer la importancia de los cambios posturales en el paciente encamado, así como las principales posiciones anatómicas básicas por parte del auxiliar de enfermería.

3 Metodología

Para hacer este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que consiste 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

Al mover a un paciente acostado, la posición debe cambiarse cada 2-3 horas y se debe informar al paciente sobre lo que se debe hacer y, cuando sea posible, se debe buscar su cooperación. Además, es necesario garantizar en la medida de lo posible la privacidad de los pacientes y conocer su estado de salud. Estas son las diversas posiciones anatómicas básicas que debe conocer un auxiliar técnico de enfermería:

1- Posición prona (o posición supina): En esta posición, te acuestas boca arriba con los brazos y las piernas ligeramente extendidos.

A menudo se utiliza para alinear la columna vertebral en pacientes politraumatizados.

2- Posición lateral izquierda y derecha: en esta posición el paciente se coloca en el lado de la cama opuesto a la posición lateral a colocar. Se colocará una almohada en la espalda del paciente para mantener la alineación adecuada de la columna.

3- Posición supina o prona: en esta posición el cuerpo del paciente se gira hacia abajo, el cuello se gira y los brazos se estiran rectos hacia el torso.

4- Medio pájaro: en esta posición, el paciente se encuentra en posición semisentada, formando un ángulo de 30 grados con el eje horizontal. Se utiliza en pacientes con trastornos respiratorios o circulatorios.

5- Fowler: Esta posición es igual a Half Fowler pero en un ángulo de 45 grados y es útil para enfermedades del corazón, fracturas de la espalda baja y problemas respiratorios.

6- Trendelenburg: en esta posición, el paciente está en decúbito supino pero inclinado en un ángulo de 45 grados y mantiene la cabeza más baja que los pies en todo momento. Los siguientes artículos se pueden usar para ayudar a un paciente con movilidad limitada: almohadas, dispositivos de transferencia, sábanas, grúas y aparatos ortopédicos.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer todas las diferentes posiciones anatómicas para poder 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 actué solo, sino para levantar al paciente es necesario la asistencia de 2, 3, o 4 personas uno de ellos es el celador.

Para finalizar el objetivo de los cambios posturales es evitar que en al 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 72

ERGONOMÍA PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

DELPHINA NAVARRO JUAREZ

SONIA INIESTA VILLARREAL

BEATRIZ CARRION ROSA

PILAR PERONA GALLEGO

LAURA CASCALES FERNÁNDEZ

1 Introducción

Desde que el hombre surge como ser vivo, ha tenido que realizar una serie de trabajos que conllevan un esfuerzo para poder cubrir todo lo que necesita, esto cuando existe un intercambio ha recibido el nombre de trabajo, ya que a través del esfuerzo del ser humano se produce una riqueza.

En este capítulo, se va a hablar de la ergonomía en el trabajo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y personal sanitario, en general que realizan a diario dentro de sus funciones. Desde el nacimiento de esta categoría sanitaria, muchos estudios han demostrado que el trabajo que se realiza en los centros sanitarios afecta negativamente a la estructura musculoesquelética.

Debido a las situaciones anteriormente mencionadas, surgen una serie de lesiones que se han catalogado como enfermedades profesionales que en el caso de los

sanitarios y no solo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería han sido causa de invalidez permanente y es considerada una enfermedad profesional habitual en el medio sanitario.

Dentro de los riesgos más habituales el que es considerado como de mayor riesgo es el que viene asociado a la manipulación de las cargas/pesos y las movilizaciones de los pacientes/usuarios de centros sanitarios y sociosanitarios, tal y como muestra numerosa bibliografía a la que se ha accedido sobre el tema.

Las zonas afectadas a la hora de realizar el trabajo sanitario son el sostén del cuerpo: los huesos, tendones, articulaciones, músculos y ligamentos que suelen localizarse en la espalda, hombros, codos y muñecas.

Las lesiones y posteriormente las enfermedades se producen en base a un sobreesfuerzo o al acúmulo de los mismos. El dolor es uno de los primeros signos y síntomas de alarma llegando a cronificarse y dando lugar a una incapacidad funcional en la zona afectada.

En base a esto, se ha desarrollado lo que hoy se conoce como ergonomía o higiene postural que es básico para desarrollar el trabajo de forma adecuada a la hora de manipular las cargas y realizar movimientos forzados y repetitivos.

Las tareas que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) vienen determinadas por las circunstancias ya mencionadas por ello se habla de esto en el capítulo.

2 Objetivos

Dentro de este capítulo, se plantea como objetivo principal:

- Conocer los riesgos a los que un técnico en cuidados auxiliares de enfermería está expuesto.

Como objetivo secundario, se pueden deducir:

- Profundizar en las medidas para prevenir lesiones en el aparato músculoesquelético.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en artículos académicos sobre ergonomía sanitaria utilizando el buscador de Google académico, utilizando las palabras: ergonomía, prevención y riesgos.

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, y combinando los

siguientes descriptores: higiene postural, TCAE, auxiliar, ergonomía, trastornos, movilización y sanidad.

A través de estas revisiones bibliográficas, se encontraron ciertos documentos que se han utilizado para la elaboración de este capítulo en base al tema y la categoría profesional.

4 Resultados

El sobreesfuerzo es común dentro de las funciones del sanitario ya sea por una mala praxis o por falta de personal favoreciendo una serie de riesgos que conlleven problemas músculo-esqueléticos con el paso del tiempo.

Dentro de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encuentra las movilizaciones a los pacientes con limitaciones para ello, la higiene, el transporte de las muestras a los laboratorios, los cambios posturales a los encamados, la realización de la cama entre otros junto con el reparto de las dietas. Todo esto conlleva una carga física.

A la hora de realizar este tipo de esfuerzos, se deben tener en cuenta una serie de características para ser capaz de organizar el trabajo sin riesgos por ello se debe conocer la realidad del paciente y sus necesidades, el esfuerzo a realizar dependiendo del entorno en el que nos encontramos (habitación amplia, espacio, tipo de suelo etc.), tipo de esfuerzo si es repetitivo o no.

Todo esto conlleva una serie de riesgos en caso de no realizar las movilizaciones de forma adecuada. Por ello en muchas ocasiones se puede observar que existen en los centros hospitalarios ciertos puesto para personas derivadas por salud laboral en su gran mayoría padecer lesiones osteomusculares.

Es básico a la hora de organizar el trabajo que este se haga distribuyendo adecuadamente las tareas en base a las siguientes pautas:

- Realizar descansos en base a la actividad a desarrollar.
 - Conocer la realidad y la autonomía del paciente para su capacidad de colaborar.
 - Valorar la altura y la distancia del plano de trabajo.
 - Mantener la espalda recta y las rodillas flexionadas utilizando los músculos de las piernas a la hora de movilizar pesos.
 - Uso de la grúa para facilitar la movilización al paciente y al sanitario sobre todo si los pesos son excesivos.
 - Uso de cualquier dispositivo que facilite la movilización del paciente y prevenga riesgos al trabajador en este caso el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Los principales factores de riesgos son:

-Manipulación de cargas superiores a tres kg. En condiciones ergonómicas desfavorables como desplazar verticalmente a 25 cm. o elevar por encima de la cabeza o girar el tronco en la elevación.

- Manipulación de cargas superiores a 25 kg en caso de varones, pero si se trata de mujeres o jóvenes se debe disminuir a 15 kg. A partir de estos pesos existe riesgo.

Por otra parte, otro riesgo que hasta ahora no se había tenido en cuenta es la escasa formación que se ha recibido sobre la ergonomía por parte de los sanitarios por ello en los últimos años se ha incidido en este tema para que las lesiones no aparezcan con la facilidad que los hacían anteriormente.

Ante el uso de los equipos como grúas, transfer u otros dispositivos se debe facilitar la formación adecuada para su uso, ya que si no se realiza de forma adecuada pueden provocarse lesiones.

En muchas ocasiones, falta personal para poder realizar estas labores por lo que el existente se sobrecarga y por otra parte faltan equipos mecánicos que facilitan la labor y evitan las lesiones. Las movilizaciones y la transferencia de enfermos es la función básica de este personal sanitario por lo que se deben usar de forma correcta los dispositivos mecánicos y tener una higiene postural correcta de tal manera que se calcule la fuerza a emplear en base al peso y la movilidad junto con la capacidad de colaboración del paciente al que se le explica lo que se va a realizar.

Se debe favorecer el uso de medios mecánicos para transportar las cargas y eliminar los obstáculos de paso. Se deben espaciar los movimientos y la frecuencia de trabajo en caso de que las movilizaciones sean repetitivas.

5 Discusión-Conclusión

Como resumen, se puede deducir que las medidas de prevención de uso continuado son la base de la pirámide del sanitario para poder tener una salud adecuada en el desarrollo de su trabajo y evitar lesiones que conllevan la baja y en muchas ocasiones incapacidades permanentes.

En todos los centros sanitarios y sociosanitarios, la mayoría de los usuarios tienen problemas de movilidad sobrevenida por su estancia en el centro o ya la traían consigo. Dentro de las funciones que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, se ve afectado por este tipo de riesgos físicos que pueden llegar a provocarle lesiones en el aparato musculoesquelético de forma permanente.

Según los estudios, este tipo de enfermedad profesional es la primera causa de invalidez permanente en esta categoría profesional.

Se debe facilitar una formación básica y continuada a no solo al TCAE sino a todas las categorías profesionales en las que sus funciones conllevan una serie de riesgos al soportar grandes cargas.

De esta forma el personal que trabaja en los centros sanitarios y sociosanitarios, tiene una formación en ergonomía que favorece su higiene postural y facilita la atención la paciente y se previene lesiones.

6 Bibliografía

1. Bobadilla Zamora, A. J. (2018). Medidas ergonómicas sobre la higiene postural desde una perspectiva enfermera.
2. Briseño, C. E., Herrera, R. N., Enders, J. E., & Fernández, A. R. (2005). Estudio de riesgos ergonómicos y satisfacción laboral en el personal de enfermería. *Revista de salud pública*, 9(1), 53-59.
3. Calatrava, L. R., López, J. M. H., & Alonso, P. S. (2017). Medidas de seguridad para los profesionales sanitarios: Mantenimiento de la higiene postural. *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud*, 111.
4. 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 73

EL VÓMITO DEL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

DELPHINA NAVARRO JUAREZ

SONIA INIESTA VILLARREAL

BEATRIZ CARRION ROSA

PILAR PERONA GALLEGO

LAURA CASCALES FERNÁNDEZ

1 Introducción

El vómito también llamado emesis consiste en la salida del contenido del estómago por la boca, de manera violenta y espasmódica. En los lactantes es frecuente la salida, coincidiendo con la eliminación de gases, del contenido gástrico, pero de forma no violenta. Es lo que se conoce como regurgitación.

El vómito está precedido de la náusea: sensación de repugnancia y malestar en el estómago. El vómito es un acto reflejo muy complejo cuyo centro regulador se halla en el bulbo raquídeo. El bulbo raquídeo es la porción posterior del tronco cerebral que se extiende desde el borde inferior de la protuberancia hasta la médula espinal por la cual continúa. El centro regulador del bulbo raquídeo recibe impulsos nerviosos del aparato digestivo o de otras partes del organismo, y este

emite otros impulsos que provocan la relajación del esófago y del esfínter de los cardias que es la abertura esofágica del estómago.

Al mismo tiempo se contraen la porción pilórica del estómago, el diafragma y los músculos abdominales. El vómito, sobre todo si se presenta de forma repetida, puede causar deshidratación y desequilibrios electrolíticos, principalmente en niños y ancianos. También puede causar asfixia si se introduce por las vías respiratorias (lo que se conoce como aspiración), siendo un riesgo asociado a los estados en los que la consciencia del paciente está disminuida.

Otras complicaciones de los vómitos son alteración de la presión arterial, taquicardias, arritmias, daño renal, formación de cálculos renales, daño del esmalte dental, esofagitis, gastritis o hernia de hiato. Para reducir las náuseas y la frecuencia de los vómitos se emplean medicamentos antieméticos. Si los vómitos son frecuentes es preciso aumentar la ingesta de líquidos e incluso emplear fluidoterapia con suero. Las náuseas cuando no son frecuentes, también se pueden calmar aplicando compresas frías en las muñecas, cuello, cara, etc. así como chupando porciones de hielo.

En ocasiones es necesario provocar el vómito para la cual se utiliza jarabe de ipecacuana. Sin embargo, lo recomendable es no provocarlo, especialmente cuando la consciencia del paciente está disminuida y en caso de intoxicaciones con sustancias corrosivas o derivados del petróleo. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado de informar al resto de profesionales del equipo sobre las características del vómito y la cantidad del mismo, al objeto de que el paciente reciba un diagnóstico y un tratamiento correcto.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

- Ampliar los conocimientos de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que desempeñe sus funciones en una unidad de aparato digestivo, ya que los vómitos son frecuentes en las patologías digestivas.

Como objetivo secundario:

- Reflejar los apoyos y ayudas en sus funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

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

Se consultaron temarios para la preparación de exámenes de las Ofertas Públicas de Empleo para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería convocadas por los diferentes servicios de salud, respectivamente; así como libros del Ciclo Formativo de Grado Medio de Cuidados Auxiliares de Enfermería. También se hizo uso del buscador Google Académico para localizar bibliografía sobre la temática del trabajo.

Las palabras clave empleadas para dicha búsqueda fueron: náuseas y vómitos.

4 Resultados

El vómito puede aparecer como síntoma de diversas enfermedades, tanto del aparato digestivo como relacionadas con otras partes del organismo (lesiones cerebrales, lesiones oculares, etc.). Las causas digestivas del vómito pueden ser funcionales (alteraciones alimenticias o en la técnica de alimentación que provocan aerofagia) u orgánicas (alteraciones en el aparato digestivo: hernias, oclusiones, estenosis, etc.).

Las causas extradigestivas abarcan infecciones, enfermedades metabólicas, enfermedades neurológicas, anorexia y bulimia, entre otras.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe observar las siguientes características relacionadas con el vómito:

- La cantidad
- La frecuencia
- El olor: agrio o rancio. El olor a manzana alerta de acetonemia. La acetonemia es la presencia de gran cantidad de acetona o cuerpos cetónicos en sangre.
- La forma de iniciarse y producirse: si es precedido de náuseas o no. Cuando no se presenta precedido de náuseas el contenido sale de forma repentina y con fuerza.

Este tipo de vómito se conoce como “vómito en escopeta” y es típico de procesos neurológicos (tumores cerebrales, meningitis, hipertensión intracraneal, etc.).

- El contenido. Vómitos acuosos: son de color claro, sabor ácido y olor intenso. Son de contenido gástrico. Vómitos biliosos: son de color amarillo-verdoso, dejan un sabor amargo en la boca y están constituidos por bilis. Vómitos purulentos: contienen pus del aparato digestivo o respiratorio. No son frecuentes. Vómitos alimenticios: contienen alimentos en fase de digestión. Vómito hemático o hematemesis: vómito de sangre procedente del aparato digestivo. Puede ser de color rojo intenso o negro. Vómito en posos de café: vómito hemático que presenta grumos que le dan una apariencia de posos de café. Vómito fecaloide: líquido oscuro que puede contener restos fecales procedentes del intestino. Su olor es fétido.

Suele presentarse en obstrucciones del intestino grueso en las que las heces no se pueden expulsar por el ano.

5 Discusión-Conclusión

La salida por la boca del contenido gástrico de una forma espasmódica y violenta es lo que se conoce como vómito o emesis. Este se presenta asociado a diversas patologías, muchas de ellas relacionadas con el aparato digestivo (vómitos biliosos, vómitos fecaloides, vómitos hemáticos) aunque también con patologías de otra índole como los tumores cerebrales o el aumento de la presión intracraneal por traumatismo.

Así pues, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que desempeñe sus funciones con pacientes con patología digestiva debe conocer las causas que lo provocan, así como sus características (frecuencia, cantidad, contenido, etc.) y el procedimiento de actuación a seguir en caso de que un paciente lo presente. El objetivo de llevar un control de los vómitos del paciente es diagnosticar y/o tratar correctamente la patología que lo provoca.

6 Bibliografía

1. Pérez de la Plaza, E., Fernández Espinosa, A.M. (2013): Técnicas Básicas de Enfermería. Mc Graw- Hill.
2. Guillamas, C. Gutiérrez, E. Hernando, A. Méndez, M.J. Sánchez-Cascado, G. Tordesillas, L. (2011): Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Editorial Editex.
3. Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería Servicio de Salud del Principado de Asturias. SESPA. Temario Vol. II. Editorial CEP (2018).

Capítulo 74

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CENTROS DE GRAVEMENTE AFECTADOS

JUAN MANUEL RODRIGUEZ CONDE

1 Introducción

En estos centros se atienden a personas con discapacidad intelectual que precisen de ayuda profesional tanto a nivel asistencial, como psicológico, de entretenimiento y educativo para realizar las actividades de la vida diaria y que no pueden ser atendidas en sus casas.

El Servicio de Atención Residencial ofrece a las personas que lo necesiten alojamiento, manutención, higiene personal y todas aquellas actividades que no puedan realizar por sí mismas, así como atención médica, fisioterapia, psicológica y social. A cada persona que vive en estos centros se le dedica de atención Individual destinada a mejorar su situación personal: estimulación sensitivo-motriz, psicomotricidad, comunicación, actividades de vida diaria y terapia ocupacional según sus necesidades.

Las personas que son usuarios de los centros de gravemente afectados padecen discapacidad intelectual severa o grave.

El papel a desarrollar por el personal técnico auxiliar de enfermería es fundamental, ya que se encargan de ayuda a sus necesidades diarias, así como apoyo de médicos, psicólogos, educadores. Estos centros pueden ser unidades de día o tipo residencial, en este caso último el auxiliar de enfermería está presente las 24h del día en diferentes turnos de trabajo, con lo que su labor es imprescindible, por el conocimiento de todos y cada uno de los usuarios.

2 Objetivos

Conocer las funciones del auxiliar de enfermería en los centros de gravemente afectados.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en diferentes centros dependientes de Diputaciones y Junta de Andalucía

Se ha realizado una búsqueda en libros , administraciones y revistas especializadas.

Para la realización de este trabajo se han llevado a cabo una investigación bibliográfica sobre estos centros residenciales.

4 Resultados

Estos centros requieren mucha planificación diaria en las distintas unidades, como talleres de entretenimiento , salidas a parques, excursiones, visitas de familiares, salidas a consultas médicas .

El centro de día y la residencia para personas adultas con discapacidad gravemente afectadas son un hogar y lugar de entretenimiento y aprendizaje para adaptarse a la vida cotidiana .

En lo que respecta a las personas no se hablan de pacientes, sino de usuarios, porque aunque tienen discapacidad y limitaciones algunos de ellos, otras enfermedades de base, es un concepto que vemos más ligado al entorno de los hospitales”.

Por tanto las necesidades de estos usuarios no son idénticas , así como sus situaciones. Por lo que la atención debe ir encaminada a las necesidades particulares de cada uno de ellos , para que los resultados sean los esperados , ya que cada persona tienen sus necesidades especiales .Atendiendo a ello el resultado será el esperado , con paciencia y perseverancia por parte de todos los profesionales a su servicio .

Con todos estos usuarios los TCAE ayudan , organizan y realizan actividades educativas en las que se trabaja . Además, se llevan a cabo tareas cotidianas para potenciar y mantener, su autonomía en su vestuario , el orden de sus habitaciones

y ropa, actividades de psicomotricidad y de deporte diariamente, y tiempo libre para el ocio

Todo esto hace que se requiera de un trabajo constante y diario por ello se realizan labor en equipo con el personal de TCAE para identificar las actividades básicas de la vida diaria que la persona afectada puede realizar por sí misma, las que precisan ayuda y otras que solo requieren supervisión.

El TCAE realiza también actividades de promoción de hábitos de vida saludable, como la alimentación, la actividad física, el control de la alimentación, con vigilancia del peso, la higiene bucal o la sexualidad .

5 Discusión-Conclusión

Los centros de gravemente afectados son en definitiva los hogares de los usuarios que lo utilizan , y por ello deben reunir todo lo necesario para que en ellos se sientan lo mas parecido a un hogar.

Por lo que deben ser pequeños , con pocos usuarios , y que se aborde de forma individualizada a cada uno de ellos , dependiendo de las necesidades particulares en cada caso,

La función del aux. De enfermería es fundamental ya que es por los diferentes turnos en los que desarrolla sus funciones ,el que esta mas en contacto ,y se le presentan todas las situaciones de cada uno de ellos , estando presente durante la mañana , la tarde y la noche durante todos los días de la semana y en muchos ámbitos del día a día de estos usuarios , siendo el apoyo imprescindible de otros profesionales.

6 Bibliografía

1. Diputación de Sevilla
2. Junta de Andalucía
3. Autismodiario
4. Gobierno de Canarias

Capítulo 75

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN MECÁNICAS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

MARÍA ELENA PEDROSA PEREZ

PALOMA DÍAZ MARTÍNEZ-FALERO

FRANCISCA VERGARA VERGARA

MARIA BEGOÑA DÍAZ MARTÍNEZ-FALERO

MARÍA CARMEN FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Las contenciones mecánicas han sido empleadas desde el siglo XIX sobre todo en hospitales de salud mental, con el paso del tiempo fueron utilizadas en plantas de hospitalización, con el objetivo de evitar las lesiones en los pacientes producidas por síndromes de abstinencia, desorientación, agitación tanto al personal sanitario como a ellos mismos.

Llamamos contención mecánica a los medios físicos que se utilizan en la práctica clínica asistencial para la supresión de la movilidad en aquellos pacientes

que tienen riesgo de autoagresión, ya sea de forma consciente o inconscientemente, considerándose unos medios que limitan los movimientos parciales o totales, aplicándose siempre el más adecuado a la situación del paciente y que a su vez, resulte menos restrictiva. Con todo, en algunos momentos será suficiente con unas palabras que ayuden a calmar al paciente, crear un ambiente de paz que infunde tranquilidad, y otras veces, será necesario la ayuda del personal para suministrar fármacos y la utilización de contenciones.

Su instauración supone un dilema moral, ya que, por una parte, se limita la libertad del paciente, coartando su autonomía, y, por otro lado, está la intención de proteger al paciente físicamente y también al personal trabajador implicado cuando la propia seguridad se ve comprometida.

Su uso tiene implícito unas indicaciones y contraindicaciones:

Están indicadas para evitar:

- Riesgo de autolesiones y suicidio.
- Riesgo de caídas.
- Cuando lo solicita el propio paciente.
- Para controlar estados de agitación y conductas que supongan daño para el paciente, terceras personas o elementos del entorno.
- Evitar alteraciones en el plan terapéutico (sondajes, vías, oxigenoterapia, etc.)

Sus contraindicaciones:

- Que por diversos motivos no se pueda supervisar su imposición y sus cuidados.
- Que no sea valorada positivamente su aplicación por el personal sanitario.

2 Objetivos

- Definir los distintos tipos de medidas de contención que pueden utilizarse en un paciente geriátrico y desarrollar las de contención mecánica.
- Explicar la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) a la hora de supervisar y aplicar las contenciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen diversos tipos de contención:

- Contención química o farmacológica: se refiere al uso de fármacos para sedar al paciente o limitar su capacidad física y/o mental.
- Contención verbal: se usa la palabra y el tono amable y comprensivo para que el paciente sea consciente de la situación y modifique su conducta, rebajando así el nivel de ansiedad y hostilidad.
- Contenciones físicas o mecánicas: las cuales implican generalmente que se impongan contra la voluntad del paciente y por motivos de urgencia.

Hay diversos tipos de contenciones mecánicas, y a los que se les da usos muy diferentes según sea el caso: cinturones, muñequeras, arneses, manoplas, barandillas laterales, y tobilleras. El cinturón es muy utilizado para sillas de ruedas, sobre todo en geriatría, pudiendo ser: pélvico o abdominal, el cual aporta beneficios y tranquilidad, al evitar caídas y golpes, además de estar bien aceptado por la sociedad al considerarlo práctico y útil. Igual ocurre con las barandillas protectoras; sin embargo, con las muñequeras, tobilleras o cinturón abdominal utilizado en cama, suele haber más controversia y rechazo. Cuando el paciente esté sentado se pondrá el cinturón pélvico o un peto en función de si el paciente se bascula hacia adelante o no, para evitar que este deambule solo y evitar caídas que agraven su situación médica actual.

Las contenciones mecánicas pueden ser:

- Parcial: para evitar caídas o que se arranquen las vías, se aplican para así limitar la movilidad, ya sea del tronco, o de una extremidad, no los dos al mismo tiempo. Se pondrían muñequeras y tobilleras cuando están acostados, y el cinturón y peto pélvico, cuando están sentados.
- Total: impiden la mayoría de los movimientos del paciente, utilizándose al mismo tiempo el cinturón abdominal ancho con botones magnéticos y llaves magnéticas y las muñequeras y tobilleras.

Son pautadas por el personal médico, pero en una situación de urgencia, si el enfermero (DUE) decide que por seguridad para el paciente y los propios trabajadores se deben aplicar contenciones mecánicas en ausencia del médico, deberá reflejar el motivo, el tipo de contención y la duración aproximada del uso de la misma.

La utilización de estos elementos tiene una serie de repercusiones a distintos niveles:

- A nivel psíquico o psicológico: tristeza, ansiedad, puede subir el grado de agitación, incompreensión, etc.

- A nivel social: aumento de la dependencia en el paciente, aislamiento, soledad. Es aconsejable no mantener la contención más de 72 horas.

- A nivel físico: contracturas musculares, compresión de nervios, insuficiencia respiratoria, daños en tejidos, edemas, broncoaspiración, muerte por asfixia, o estrangulación, aparición de úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal, estreñimiento, deshidratación, etc.

El TCAE cuando vaya a aplicar las medidas de contención mecánicas, siempre deberá tener presente el hacerlo bajo la premisa del respeto, la humanidad y la dignidad del paciente, debiendo de estar pendiente regularmente de su estado de salud para evitar que se produzcan daños en los tejidos, o malas posturas, valorando el momento adecuado para retirarla.

En la actualidad se intenta aplicar el programa llamado “contenciones 0”, velando por no instaurar las medidas de contención mecánicas explicadas, buscando otras formas de contención como la farmacológica, la más utilizada con el fin de evitar agitación al paciente geriátrico tanto de la residencia o del entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

La contención mecánica es una medida muy utilizada en pacientes geriátricos, llevada a cabo tanto en residencias de mayores como hospitales, intentando que se utilice la que resulte menos restrictiva y segura para el paciente, ya que su uso conlleva numerosos dilemas éticos por las complicaciones que puedan surgir en cuanto a la salud del paciente. Antes de pautarla, el médico debe valorar si existen otras alternativas antes de llegar a esta situación, en todo caso, deberá dejarse constancia por escrito de la medida llevada a cabo, el tiempo y tipo de contención aplicada, así como será necesario informar a la familia y obtener el consentimiento escrito. La contención mecánica debe durar un máximo de 72 horas y debe ser utilizada como un medio para ayudar al paciente en su mejoría y no como un castigo.

El TCAE siempre intentará tranquilizar al paciente, mostrando un carácter empático, vigilando su estado físico y psíquico cada 2/3 horas, para evitar daños, tales como edemas, compresión de los nervios, daños en los tejidos, etc., supervisando que baja el nivel de ansiedad del paciente geriátrico y mejora su conducta, a la vez que proporciona una correcta higiene postural.

6 Bibliografía

1. Técnicos en Cuidados de Enfermería. Editorial Mad.

2. Auxiliar de enfermería. McGrawHill Education.
3. <https://congresosicepa.com/contenciones-mecanicas/>.
4. <https://www.nuestraenfermeria.es/contencion-mecanica-que-es-y-como-la-utilizamos/>.

Capítulo 76

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

MARÍA ELENA PEDROSA PEREZ

PALOMA DÍAZ MARTÍNEZ-FALERO

FRANCISCA VERGARA VERGARA

MARIA BEGOÑA DÍAZ MARTÍNEZ-FALERO

MARÍA CARMEN FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Una de las cuestiones más importantes dentro del ámbito hospitalario es la prevención de las infecciones nosocomiales que repercuten directamente en la mortalidad de los pacientes, para ello es necesario que se esterilice el instrumental sanitario, un procedimiento consistente en la eliminación total de microorganismos patógenos y no patógenos y sus formas de resistencia, es decir, sus esporas. Si la esterilización fuera inadecuada, daría lugar a infecciones, que además de tener repercusiones económicas debidas a la propia infección y al incremento de la estancia hospitalaria, al deterioro del material, también repercutiría en responsabilidades legales.

Se establece una clasificación de los microorganismos según su susceptibilidad a la esterilización, es la siguiente establecida de mayor a menor resistencia:

- Priones
- Esporas bacterianas
- Micobacterias
- Protozoos
- Virus pequeños sin envoltura
- Virus grandes sin envoltura
- Esporas fúngicas
- Formas vegetativas bacterianas y fúngicas
- Virus grandes con envoltura lipídica
- Varicela, rubéola

La central de esterilización es aquel lugar que recibe, procesa, controla y distribuye el material médico, textil e instrumental a todos los sectores del área hospitalaria, a través de varias fases: prelavado, lavado y descontaminación, secado, preparación del material, empaquetado, método de esterilización, almacenamiento y distribución, adecuado a cada tipo de material a tratar.

Este servicio inicialmente atendía casi exclusiva las necesidades del servicio quirúrgico, por lo que su ubicación era contigua al mismo, pero tras el incremento en la demanda de material estéril desde distintas unidades asistenciales modificó esta situación y en la actualidad, se encuentra centralizada e incluso, en algunas ocasiones, la unidad se localiza en el exterior del hospital sirviendo a un conjunto de hospitales de la ciudad o área geográfica.

Para que la esterilización sea segura y eficaz tiene que estar sujeta a unos controles de calidad en los que colabora directamente el TCAE, eslabón fundamental en esta cadena de prevención.

2 Objetivos

- Indicar las características principales de los métodos de esterilización más utilizados.
- Conocer el papel que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el servicio de esterilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

existente, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A continuación detallamos los siguientes métodos de esterilización según el tipo de agente que actúa:

1. Por radiación: realizado gracias al uso de energía eléctrica, por rayos gamma, exponiendo los materiales a radiación ionizante emitida a través de una fuente isotópica, siendo una técnica segura y efectiva para inactivar los microorganismos. Usado para material quirúrgico, recipientes, guantes, jeringas, prótesis, implantes y ropa.

2. Agentes físicos: mediante la utilización de calor seco, calor húmedo, radiaciones y filtros:

- El autoclave: consiste en una esterilización por calor húmedo gracias a un recipiente de cierre hermético, parecido a una olla a presión que consta de una cámara de esterilización, con una llave y un manómetro para regular la presión y temperatura que se desea alcanzar dentro, y una llave de purga para eliminar el aire que exista dentro de la cámara. Es el método más utilizado en los Hospitales, ya que es el más efectivo a día de hoy por su eficacia y por ser económico, con unos resultados del 100%.

- Estufa Poupinel: Actúa por medio del calor seco y se utilizará cuando el material no se pueda esterilizar a través del autoclave. La temperatura que utiliza esta entre 150 a 180 grados.

- Flameado: consiste en hacer pasar un objeto por un mechero tipo Bunsen hasta lograr su incandescencia.

- Incineración: se utilizan hornos crematorios o incineradores especiales.

- Tyndalización: es también un método de calor húmedo. Esteriliza mediante vapor de agua. Puede realizarse a temperaturas más bajas que otros medios, 56° u 80° para evitar la descomposición de las sustancias.

3. Por Agentes químicos: a través de soluciones líquidas, gaseosas y plasmas que forman parte de la desinfección de alto nivel:

- Peróxido de hidrógeno: es la transformación del peróxido de hidrógeno en plasma, a baja temperatura, que permite esterilizar objetos que no resisten humedad y temperaturas altas.

- Óxido de Etileno: tiene un efecto esterilizante, debido a que interrumpe el metabolismo celular y la muerte de la célula del microorganismo. Se usa en ma-

teriales sensibles al calor y han de estar limpios y perfectamente secos, ya que el óxido de etileno reacciona con el agua.

- Glutaraldehído: es una solución que no corroe los materiales, utilizado sobre todo en endoscopios, laparoscopios y equipos de anestesia.
- Ácido paracético: es un oxidante, soluble en agua, que no deja residuos tóxicos, siendo muy corrosivo en estado líquido.
- Formaldehído: se puede presentar en forma líquida y gaseosa. En su forma gaseosa se utiliza para desinfectar ambientes, muebles y objetos termolábiles y en su forma líquida, se utiliza para tejidos y para inactivar virus en la preparación de vacunas.

El objetivo del TCAE es llevar a cabo el trabajo que se realiza en el servicio de esterilización de un hospital, al cual llega todo tipo material, pudiéndose dar dos casos:

1. Que el material recibido, no haya sido utilizado y, por tanto, siguiera limpio pero se esterilizará para garantizar su integridad.
2. Que el material haya sido utilizado y que, por tanto, esté sucio, en este caso se realizará una limpieza y desinfección con un producto específico, si además pudiera estar contaminado o no con material biológico, se realizaría una esterilización del mismo.

El TCAE desarrolla la tarea de limpieza, desinfección y esterilización de los diversos tipos de materiales que puedan llegar de todas las áreas del hospital, asegurando de esta manera la ausencia de microorganismos patógenos, además observará el estado de conservación, deterioro o correcto funcionamiento de los mismos.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de Esterilización es un servicio que pertenece y depende del hospital, vinculado a todas las unidades hospitalarias, sobre todo con el servicio quirúrgico, que es el principal servicio demandante, dada su necesidad de instrumental, material y ropa estéril. Por ello, es fundamental que el personal tenga los conocimientos necesarios para realizar su trabajo con responsabilidad, ya que de esto dependerá la aparición de infecciones nosocomiales asociadas al uso del material que tenga que ser esterilizado, siendo perjudicial tanto para los pacientes como para los propios trabajadores.

El TCAE tiene como objetivo, conseguir que todo el material recibido quede completamente limpio, desinfectado y esterilizado para su uso posterior por los diferentes servicios de hospital, para ello debe conocer el funcionamiento de los au-

toclaves, saber manejar los diferentes líquidos que se utilizan para esterilizar, ya que son tóxicos y algunos cancerígenos. En realidad, todo el personal que trabaja en este servicio debe estar cualificado para este puesto de trabajo, conociendo la importancia de realizar cada proceso de esterilización de la manera correspondiente y minuciosa.

6 Bibliografía

1. Concepto y Métodos de Esterilización | Enfermería (enfermeria.top) https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_6_5.htm.
2. <https://revistamedica.com/unidad-de-esterilizacion-funciones-tcae/>.

Capítulo 77

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

MARÍA ELENA PEDROSA PEREZ

PALOMA DÍAZ MARTÍNEZ-FALERO

FRANCISCA VERGARA VERGARA

MARIA BEGOÑA DÍAZ MARTÍNEZ-FALERO

MARÍA CARMEN FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Las Urgencias Hospitalarias surgen cuando los hospitales empiezan a pasar a manos de la administración pública en el siglo XVIII, siendo un recurso muy utilizado por los pacientes, lo cual deriva en que esta mayor demanda exija una mayor y mejor organización de los servicios clínicos y organizativos, así como una profunda profesionalización de sus trabajadores para dar respuesta a la gran diversidad de patologías que se presentan, y de la manera más rápida posible. Ofrecen una asistencia tanto médica como quirúrgica a los enfermos que necesitan una vigilancia y una ayuda inmediata.

La persona que acude a Urgencias, no necesita ir con cita previa, ya que pueden ir a la hora que lo necesiten, ya que es una unidad que está abierta las 24 horas

del día durante todo el año. Además, se atienden a muchos pacientes a la vez con distintas enfermedades o síntomas, siempre valorados según un triaje, que permitirá precisar que el enfermo debe de ser ayudado primero según la gravedad de los síntomas que presenta.

Se dividen en dos tipos:

- Urgencias hospitalarias: las cuales se ubican dentro de los centros hospitalarios, en los que se ayuda a enfermos con una alta gravedad por ser situaciones muy extremas.
- Urgencias extrahospitalarias, son aquellas que encontramos en los centros de atención primaria, en las cuales se atienden a enfermos pero con una gravedad menor.

El trabajo en el servicio de urgencias es un trabajo en equipo, donde el TCAE es la primera persona que recibe al paciente una vez que ha dado sus datos a los auxiliares administrativos y ha sido triado, debiendo de identificarlo y ayudarlo a cualquier cosa que necesite ante alguna prueba diagnóstica, o ante una cura, ayudándole a desvestirse o vestirse, y siempre preservando su intimidad en todo momento.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del técnico auxiliar de cuidados de enfermería en el servicio de urgencias y su papel en los cuidados de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el área de urgencias las personas que llegan necesitan atención médica por diferentes razones, de ahí parte la necesidad de realizar un triaje, para determinar quien debe ser atendido primero, no serán atendidos en orden de llegada, sino

según el tipo de gravedad y sintomatología que presenten. La población debe entender que es importante no saturar las urgencias porque podría acarrear diversos problemas como: existencia de pacientes agresivos y violentos al no aceptar la prioridad de pacientes graves, el aumento de los tiempos de espera, la merma en la calidad asistencias, problemas de gestión de otros servicios que se pueden ver perjudicados.

Las funciones del Técnico auxiliar de Enfermería son muy extensas y diferentes, y centrándonos en el servicio de urgencias, algunas de ellas son las siguientes:

- Trámite de solicitudes, muestras analíticas, radiológicas, ecografías, tomografía axial computarizada (TAC), resonancias, etc.
- Ayudar a vestir y desvestir al paciente.
- Ayudar a los pacientes en las comidas, administración de medicamentos por vía oral, rectal, tópica, excluyéndose la vía parental, de administración exclusiva del enfermero (DUE).
- Entrega y recogida del material estéril en la central de esterilización, en el caso de que no se pueda realizar esta tarea el celador y su posterior contaje y distribución, cumplimentando el libro de entradas y salidas del material.
- Toma de constantes vitales.
- Ayudar a la inmovilización y transporte del paciente.
- Supervisión y control de los Boxes.
- Revisión y reposición del carro de paradas, comprobación del estado del monitor, limpieza, etc.
- Limpieza y reposición del carro de curas.
- Preparar al paciente antes de su exploración.
- Cuidado, limpieza y mantenimiento del material, instrumental, aparatos clínicos, etc.
- Ayudar a la DUE en la administración de medicamentos, colocación de sonda, enemas, tomas de constantes vitales, recogida de muestras de esputo, orina, heces, etc.
- Revisar y mantener los boxes perfectamente dotados de medicamentos, material sanitario, ropa y también los carros de cura.
- Visitar a todos los enfermos a la entrada de cada turno.
- Efectuar el cambio de relevo (transmitiendo toda la información al compañero/a correspondiente. Transmisión de documentación, datos sobre el estado de los pacientes).
- Recoger la ropa que lleva puesta el paciente, y guardarla en una bolsa blanca identificando su nombre y apellidos, que se entregará a la familia del paciente

- Atender las posibles llamadas de los pacientes y cumplimentar la documentación oficial.
- Colaborar en la recepción de los pacientes y guardar sus pertenencias durante la realización de pruebas.
- Participar en las actividades docentes del hospital.
- Comunicar las observaciones del paciente con respecto a la ingesta de alimentos, eliminaciones.
- Colaborar con la DUE en el plan de cuidados del paciente.
- Cumplimentar los registros que establece la normativa del hospital.
- Colocación de la pulsera identificativa de cada paciente, que deberá llevarla puesta durante toda su estancia en el centro.
- Informar al paciente sobre la ubicación del servicio, acceso tanto interior como desde el exterior, comunicaciones, horario de autobuses, líneas regulares, etc.
- Mantener el secreto profesional.
- Informar a los pacientes y acompañantes sobre la normativa del centro en cuanto a régimen de visitas, número de acompañantes por enfermo, horario de visita o pase médico.
- Colaborar en la higiene, la alimentación y cuidados del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE estará preparado para actuar junto al equipo ante cualquier complicación que pueda surgir. En urgencias los pacientes están muy nerviosos y su labor será tranquilizarlos, transmitiendo confianza, respeto y tranquilidad, guardando siempre el secreto profesional, respetando la intimidad del paciente en todo momento, aunque en situaciones especiales como en malos tratos o enfermedades de declaración obligatoria el TCAE deberá de romper el secreto profesional para preservar la salud pública.

Las urgencias hospitalarias forman una de las partes más difíciles y que mayor responsabilidad requieren por parte de todo el personal hospitalario, y es que trabajar en cualquier hospital en el servicio de urgencias, puede llegar a ser muy estresante, por ello que sea tan relevante la coordinación en el trabajo de todos los profesionales para ofrecer unos buenos cuidados y atención de calidad al paciente.

6 Bibliografía

1. https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/02/congreso-internacional-urgencias/poster-congreso-internacional-urgencias/2020-02-11_5e42cf800eb23_ACTUACINDELTCAEENELSERVICIODEURGENCI1.pdf.
2. Manual de protocolos asistenciales. Urgencias y Emergencias. <http://auxiliare-senferm.blogspot.es/>.
3. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/>.

Capítulo 78

DIÁSTASIS ABDOMINAL. PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN SU RECUPERACIÓN

BEATRIZ PUERTA RUBIO

1 Introducción

La pared anterior del abdomen tiene funciones esenciales de estabilización, gestión de presión y transferencia de cargas. Por ello los daños en la pared abdominal pueden provocar diferentes daños en el cuerpo como:

- Dolor lumbar y/o dolor pélvico.
- Prolapso de órganos.
- Incontinencia urinaria.
- Diástasis abdominal.
- Daños o disfunciones en el sistema respiratorio.

Por lo que si el abdomen no es competente, el resto de estructuras que trabajan con él pueden estar en disfunción.

Una de las principales causas de aparición de la diástasis abdominal es el embarazo pues el 100% de las embarazadas presenta diástasis abdominal a las 35 semanas, el 40% a los 6 meses postparto y 39,3% 6 meses postparto, por lo que es muy frecuente y ya desde el embarazo hay que prevenir que lo fisiológico se vuelva patológico.

Para su recuperación el fisioterapeuta deberá tener en cuenta que no es tan importante la centrarse solo en la separación de los rectos abdominales, ya que a

no ser que la distancia entre ellos sea muy grande, lo que más va a importar es la funcionalidad de la línea alba, de tal manera que conseguir darle tensión a la línea alba y trabajar el cierre de los rectos, ambos en conjunto, va a ser la línea para conseguir un buen tratamiento.

2 Objetivos

- Analizar los factores de riesgo de diástasis abdominal.
- Valorar la importancia de la fisioterapia en la prevención y tratamiento de esta patología.

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

La diastasis abdominal es una disfunción de la pared anterior del abdomen, donde aparece una separación de los rectos abdominales excesiva, pero que no implica discontinuidad fascial. Las medidas para considerarlo diástasis:

- A nivel supraumbilical (3 cm por encima del ombligo): > 2.5 cm
- A nivel infraumbilical (2 cm por debajo del ombligo): > 2 cm

En cuanto a los factores de riesgo que pueden provocarla encontramos:

- Edad.
- Multiparidad.
- Cesárea.
- Aumento de peso, obesidad.
- Etnia: Las mujeres de raza negra tienen más tendencia

Uno de los principales factores de riesgo es el embarazo, donde la diástasis es fisiológica, pero se debe evitar que sea excesiva. Para ello es importante evitar ejercicios que pongan en excesiva tensión a la faja abdominal, como son las rotaciones de tronco, conseguir una ganancia de peso adecuada, aportar la materia óptima necesaria para que el estado de regeneración del tejido conjuntivo sea

adecuado e hidratarse bien, así como realizar ejercicios de core adecuados, donde el fisioterapeuta puede orientar con ejercicio terapéutico adecuado a esta etapa para prevenir la disfunción.

Una vez establecida la disfunción, el tratamiento de fisioterapia, en un inicio, irá enfocado al trabajo del tejido conjuntivo a través de radiofrecuencia, se buscará liberar los puntos de tensión de la musculatura del complejo abdominopelvicoperineal con ganchos, ventosas, terapia miofascial. Se utilizará la electroestimulación y la propiocepción en la faja abdominal con ejercicios que trabajen los rectos abdominales con el objetivo de aproximarlos y tensar la línea alba, que son aquellos que combinan el trabajo de los rectos abdominales y del transverso del abdomen. Además, el ejercicio abdominal hipopresivo es una de las herramientas que también se puede utilizar, siempre y cuando no aumente esa separación de los rectos.

5 Discusión-Conclusión

El daño en la pared abdominal puede provocar diferentes daños en el cuerpo. Una de las disfunciones que puede provocar es la diástasis abdominal, donde uno de los principales factores de riesgo para que aparezca es la etapa gestacional. El papel del fisioterapeuta se hace fundamental para la prevención de esta disfunción durante el embarazo, a través de pauta de ejercicios adecuados que no provoquen una diástasis excesiva de la faja abdominal. Igualmente, una vez establecida la disfunción el fisioterapeuta cuenta con una serie de herramientas para mejorarla como son la radiofrecuencia, electroestimulación, terapia miofascial, hipopresivos y el ejercicio terapéutico.

6 Bibliografía

1. Lee DG, Lee LJ, McLaughlin L. Stability, continence and breathing: the role of fascia following pregnancy and delivery. *J Bodyw Mov Ther.* 2008 Oct;12(4):333-48
2. Benjamin DR, van de Water AT, Peiris CL. Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: a systematic review. *Physiotherapy.* 2014 Mar;100(1):1-8
3. Michalska A, Rokita W, Wolder D, Pogorzelska J, Kaczmarczyk K. Diastasis recti abdominis - a review of treatment methods. *Ginekol Pol.* 2018; 89(2):97-101.
4. Thabet AA, Alshehri MA. Efficacy of deep core stability exercise program in postpartum women with diastasis recti abdominis: a randomised controlled trial.

J Musculoskelet Neuronal Interact. 2019 Mar 1; 19(1):62-68.

5. Lee D. The Abdominal Wall & Diastasis Rectus Abdominis. 2^a edición. Canadá.
Learn with Diane Lee.. 2022

Capítulo 79

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA POR EL FISIOTERAPEUTA PARA DIRIGIR UNA SESIÓN DE EJERCICIO TERAPÉUTICO

BEATRIZ PUERTA RUBIO

1 Introducción

El ejercicio terapéutico es aquel que involucra al paciente en la tarea de realizar una contracción muscular y/o movimiento corporal con el objetivo de mejorar la calidad del movimiento y, así, aliviar síntomas ante una lesión, mejorar la función y prevenir el deterioro de la salud

La práctica de ejercicio terapéutico es una intervención que ha demostrado resultados efectivos en múltiples patologías donde el fisioterapeuta puede actuar.

Los fisioterapeutas están capacitados para diseñar, ejecutar y controlar ejercicios que prevengan y mejoren las limitaciones en el movimiento o el movimiento alterado mediante programas de ejercicio terapéutico, logrando una recuperación funcional de los pacientes, mejorando su calidad de vida y su independencia en las actividades de la vida diaria.

El fisioterapeuta debe desarrollar su habilidad pedagógica, puesto que es de vital importancia la parte de aprendizaje de la que se compone una sesión de ejercicio terapéutico. Además, debe conocer a fondo los ejercicios y dominando la técnica conseguirá la confianza y la seguridad necesarias para enseñar y corregir en una sesión clínica de ejercicio terapéutico. Pero, también, hay que tener en cuenta otros factores que van a influir en conseguir el máximo rendimiento de la sesión con ejercicio y la adherencia terapéutica necesaria.

Es importante, por tanto, analizar el máximo de factores que pueden influir en el ejercicio terapéutico. De esta manera se conseguirá ampliar las opciones para mejorar la adherencia terapéutica al ejercicio.

2 Objetivos

Describir las consideraciones más importantes a tener en cuenta por el fisioterapeuta para dirigir una sesión de ejercicio terapéutico.

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

El fisioterapeuta para pautar de manera adecuada ejercicio terapéutico debe conocer el momento en que se encuentra la lesión, si es agudo, subagudo, crónico, así como los síntomas que presenta para de esta manera pautar de manera adecuada las dosis a realizar en cuanto a frecuencia, número de repeticiones, series, la posición del paciente, el tipo de carga, tipo de ejercicio y la velocidad. Pero hay otras muchas consideraciones que se deben tener en cuenta para llevar a cabo una correcta sesión de ejercicio terapéutico y, sobre todo, que conlleve a una adherencia a este tipo de terapia. Entre estas consideraciones encontramos:

- Implicación por parte del paciente: crear un compromiso entre el fisioterapeuta y el paciente, que será lo que marque el éxito del proceso. Es importante detectar si el paciente dispone de mucho o poco tiempo para realizar o no los ejercicios, así como si confía o no en lo que está haciendo, variables importantes para el logro de los resultados.
- Marcar el tiempo entre visitas al fisioterapeuta: La supervisión y seguimiento por parte del fisioterapeuta, permite retroalimentar y ajustar el programa de ejercicio terapéutico, aumentando o disminuyendo la dificultad, según se requiera. Esto ayudará a trabajar mediante el ejercicio terapéutico la capacidad de

adaptación de las propiedades estructurales y/o funcionales del cuerpo humano para su funcionamiento.

- Utilizar imágenes y metáforas que constituyen un buen apoyo didáctico para enseñar la realización de los movimientos correctos, siendo el paciente capaz de activar o inhibir determinados grupos musculares según sean precisos para realizar el movimiento.. Además, el fisioterapeuta debe con estas imágenes claras de ejercicio terapéutico complementar los planes domiciliarios y recomendaciones y así, conseguir enseñar un programa de ejercicio terapéutico completo desde componentes más sencillos hasta lograr un incremento para que el paciente aprenda y practique en su domicilio.
- Dosificar la información que se aporta a cada paciente, intentado transmitir primero los aspectos más importantes para ejecutar con seguridad los ejercicios, pero sin pretender que estos se realicen perfectos. De otra manera se correría el riesgo de saturar al paciente, perjudicando su proceso de aprendizaje. Para ello, una posibilidad sería indicar la posición inicial y el movimiento a realizar, seguido de explicar la respiración y como debe coordinarse con el movimiento, nombrar los músculos o las zonas que se van a activar y por último hablar de detalles tipo intensidad, repeticiones, compensaciones.
- Selección de un ambiente: es importante que esté libre de factores de distracción, como puede ser la música, pues está interfiriendo mucho en la ejecución de los ejercicios, pues se necesita plena concentración para realizar de manera correcta el ejercicio. Es muy importante la utilización de espejos y que se vean en ellos para poder observar cómo realizan los ejercicios.
- La ubicación de la clase: Resulta esencial, tanto para el fisioterapeuta como para el paciente, situarse bien en la clase. Los pacientes deben estar alineados en la misma dirección porque de esta forma se pueden dar mejor las indicaciones y la referencia es siempre la misma para todos. El fisioterapeuta se moverá por toda la clase y observará al paciente desde diferentes ángulos y también es importante observar el movimiento global desde más lejos y así lograr que el paciente demuestre cómo realiza el ejercicio terapéutico mientras el fisioterapeuta lo supervisa, asiste o retroalimenta.
- La consigna y la modulación de la voz tienen un papel muy importante en el desarrollo de la sesión, ya que por medio de ella indicamos la forma de realizar los ejercicios. Por lo tanto, utilizar comandos verbales o escritos claros y concisos para evitar una mala interpretación y así demostrar la ejecución adecuada del ejercicio terapéutico y si es posible, guiar al paciente con contactos manuales a través del movimiento deseado.

- La corrección: si es una clase colectiva las correcciones se harán de modo general, no de manera que se ponga en evidencia al paciente, para no provocar sentimientos de introversión o rechazo, se hará de forma directa sólo en caso de riesgo de lesión. En pequeños grupos o en clases individuales es importante realizar las correcciones de forma táctil. Así mismo, explicar por qué una ejecución es correcta o incorrecta y sus posibles repercusiones sobre el proceso de rehabilitación.

- La motivación: la motivación es nuestra mejor herramienta para potenciar la actitud de nuestros pacientes, mejorando sus respuestas y ayudándoles a superar con éxito las dificultades que puedan aparecer. El fisioterapeuta sabe animar en todo momento a sus pacientes manteniendo una actitud positiva que refuerce el aprendizaje, de tal manera que reafirma lo correcto y corrige lo incorrecto, siempre respetando los límites reales de los paciente. No debemos crear metas inalcanzables, ya que esto provocará más frustración, seremos realistas en nuestros retos y marcaremos objetivos menores a corto plazo.

Todas estas consideraciones refuerzan el programa de ejercicio terapéutico, consiguiendo una mejor adherencia al tratamiento y mejores resultados al llevar a cabo las sesiones clínicas. Esto reforzará tanto al fisioterapeuta como al paciente ya que va a ayudar a conseguir los objetivos marcados y la adherencia al tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Para llevar a cabo un programa de ejercicio terapéutico es importante conocer las variables de intensidad, potencia, volumen, frecuencia y período de descanso. Pero hay otras variables que van a influir en la eficacia del ejercicio terapéutico y sus resultados como son la motivación, la corrección, la consigna, el ambiente, las imágenes, la dosis de información, la ubicación de la clase, el ambiente, la implicación por parte del paciente y las revisiones marcadas por el fisioterapeuta. Todas estas consideraciones son importantes a tener en cuenta por parte del fisioterapeuta, de tal manera que mejoren la adherencia al tratamiento de los pacientes y lograr, así, unos mejores resultados a largo plazo, realizando de manera más precisa las sesiones de ejercicio terapéutico.

6 Bibliografía

1. Pinzón Ríos ID. Ejercicio terapéutico: pautas para la actuación en fisioterapia. Rev Colombiana de Rehabilitación. Noviembre 2015

2. Capó-Juan M.A. Efectividad de programas educativo-terapéuticos en Fisioterapia. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2016 Jun [citado 2023 Ene 14] ; 23(3): 154-158
3. Pinzón-Ríos ID. Rol del fisioterapeuta en la prescripción de ejercicio. *Arch Med (Manizales)* 2014; 14(1):129-43
4. Wohlin Wottrich A, Stenström CH, Engardt M, Tham K, von Koch L. Characteristics of physiotherapy sessions from the patient's and therapist's perspective. *Disabil Rehabil.* 2004 Oct 21;26(20):1198-205.
5. Taylor, NF, Dodd, KJ., Shields, N, Bruder, A. (2007). Therapeutic exercise in physiotherapy practice is beneficial: a summary of systematic reviews 2002–2005. *Australian Journal of Physiotherapy*, 53, 7–16.

Capítulo 80

IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA EN LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

BEATRIZ PUERTA RUBIO

1 Introducción

La incontinencia urinaria de esfuerzo es la pérdida involuntaria de orina ante cualquier aumento de presión intraabdominal como puede ser toser, reír, correr, entre otros, lo que va a provocar un aumento de presión sobre la vejiga.

La incontinencia urinaria es la causa más frecuente de disfunción en la mujer, ya que uno de los factores de riesgo que encontramos son el embarazo y el parto.

La prevalencia de la incontinencia urinaria es muy variable. Según el tipo de estudio que encontremos y la definición más o menos extensa de incontinencia que se tenga en cuenta. De manera global, podemos decir que la incontinencia urinaria de esfuerzo se presenta en un 40-80% de los casos, siendo el rango de edad en mujeres más jóvenes, apareciendo con frecuencia en la etapa gestacional debido al aumento de la progesterona que hace que los esfínteres se relajen, y siendo el pico de máxima frecuencia entre los 50-60 años.

Desde la fisioterapia especializada se puede abordar un gran porcentaje de pacientes que tienen esta patología, a través de una valoración exhaustiva que nos lleve al tratamiento adecuado para conseguir mejorar su calidad de vida y el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

2 Objetivos

Analizar la importancia de la fisioterapia en el tratamiento una disfunción tan frecuente entre la población como es la incontinencia urinaria de esfuerzo

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

La incontinencia urinaria de esfuerzo en una disfunción muy frecuente donde los factores de riesgo más comunes para padecerla son:

- Género: siendo más frecuente en mujeres que en hombres
- Diferencias raciales: siendo más común en mujeres hispanas, que por ejemplo en asiáticas.
- Embarazo y parto
- Edad: siendo más frecuente en mujeres jóvenes y de mediana edad.
- Obesidad
- Premenopausia y perimenopausia, posiblemente por reducción de los estrógenos.
- Deportes de alto impacto.
- Diabetes.
- Afectación cognitiva y neurológica. Depresión
- Tabaquismo
- Fármacos
- Afectación cognitiva y neurológica.

Entre las causas que la provocan están el aumento de presión abdominal, una inadecuada transmisión de presiones y/o alteraciones anatómicas del suelo pélvico o una lesión medular de la motoneurona superior, una lesión suprasacra que afecta al llenado, de manera que hay relajación detrusoriana sin contracción del esfínter interno.

Entre los signos y síntomas que pueden aparecer son el aumento pérdida de orina ante un esfuerzo o incluso a veces, va asociado a un prolapso de órganos pélvicos.

El diagnóstico de fisioterapia se lleva a cabo a través de la historia clínica, donde el fisioterapeuta pregunta por el tipo, el tiempo, los síntomas, los factores desencadenantes, antecedentes médicos obstétricos y quirúrgicos, grado de afectación a la vida diaria.

Después se lleva a cabo una exploración física para descartar prolapso de órganos pélvicos, valorar el tono muscular del suelo pélvico y llevar a cabo el test de Booney. Se pueden pasar cuestionarios como el pad test, el diario miccional.

Tras la valoración se llevará a cabo el tratamiento teniendo en cuenta:

- Déficit estructurales como lesión del esfínter interno, que también precisa de electromiografía para su confirmación y donde el tratamiento es la cirugía. Otro tipo es el déficit del sistema extrínseco de soporte que puede ser por dos causas. Por un lado, si la causa es fascial y ligamentosa el tratamiento será la cirugía con malla. Pero, si la causa es la musculatura utilizaremos la fisioterapia para hipertrofiar a través del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, uso de técnicas como el biofeedback y la electroestimulación. Por último, también puede deberse a déficits en el sistema de estabilización lumbopélvica en caso de hernias fuertes.
- Déficit modificables que son daños por control motor donde trabajaremos la estabilidad lumbopélvica, la postura, la falta de contracción, los automatismos a través de ejercicio terapéutico, así como los daños musculares por desgarró, episiotomía o cesárea a través de técnicas manuales o diatermia.
- Por último, actuaremos sobre los factores conductuales orientando a nuestras pacientes a evitar una elevada presión intraabdominal crónica, la inactividad física, una inadecuada ingesta de líquidos y el estreñimiento.

5 Discusión-Conclusión

La prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo es muy alta en nuestra sociedad, siendo más elevada entre las mujeres, por lo que es muy importante llevar a cabo un tratamiento preventivo eliminando la mayor parte de factores de riesgo y llevar a cabo un buen tratamiento obstétrico, ya que este período va a aumentar mucho su aparición. Para ello hay que llevar a cabo una intervención preventiva sobre el estilo de vida, así como enseñar a realizar entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico durante la gestación y durante las primeras semanas postparto. Por tanto, la actuación del fisioterapeuta se hace básica en el período preventivo para enseñar estas técnicas y mejorar el estilo de vida, así como en el tratamiento cuando ya está establecida la incontinencia para mejorar la musculatura con técnicas como pueden ser el entrenamiento específico de la

musculatura del suelo pélvico, el biofeedback, la electroestimulación y el ejercicio terapéutico.

6 Bibliografía

1. Moossdorff-Steinhauser, H.F.A, Berghma, B.C.M, Spaanderman, M.E.A, Bols EMJ. Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2021; 32(7): 1633-1652
2. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *J Clin Epidemiol*.2000;53(11):1150-7
3. Buckley BS, Lapitan MCM. Prevalence of urinary incontinence in men, women and children-current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology*.2010;76(2):265-70
4. Palacios López A, Díaz Díaz B. Fisioterapia en incontinencia urinaria de embarazo y posparto: una revisión sistemática. *Clin Invest Gin Obst*. 2016; 43(3):122-131.
5. Walker C, Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología. 2º Edición. Barcelona. Elsevier Masson. 2013

Capítulo 81

EFICACIA DE LA MAGNETOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

ESTHER NAVARRO BURGOS

CAROLINA CARLAVILLA JIMENEZ

MARIA TERESA POBLETE MANZANARES

ROSA MARÍA GALLEGO ROMÁN

ROCÍO BARRAGÁN CARBONELL

1 Introducción

La osteoporosis (OP) es un enfermedad esquelética y sistémica, caracterizada por una baja densidad mineral ósea (DMO) y con un deterioro de la microarquitectura y la geometría del tejido óseo, lo que conlleva a un compromiso de la resistencia, aumentando la fragilidad ósea y riesgo de fracturas, provocando una discapacidad que afecta a la calidad de vida de los pacientes. (1-8)

Esta enfermedad se diagnostica clínicamente mediante la evaluación de la densidad mineral ósea (DMO) utilizando absorciometría de rayos X de energía dual (densitometría ósea) según los criterios de la organización mundial de la salud (5).

La osteoporosis se puede dividir en osteoporosis primaria y secundaria: la primaria es causada por el envejecimiento o la disminución de la secreción de hormonas sexuales, como la osteoporosis posmenopáusica; Por el contrario, la secundaria generalmente es causada por otros problemas de salud, como osteoporosis por desuso, la cual se debe a la reducción de la estimulación del estrés en los huesos, mejora de la resorción ósea e inhibición de la formación ósea, lo que resulta en un desequilibrio en la regulación de la remodelación ósea. La osteoporosis por desuso es prevalente en condiciones de reposo prolongado en cama, inmovilización, lesión de la médula espinal, atrofia muscular e ingravidez (7).

Existen varios tratamientos disponibles para la osteoporosis, principalmente farmacológicos, como terapia de reemplazo de estrógenos, bisfosfonatos y calcitonina; Sin embargo cuando estos son utilizados en exceso pueden aparecer efectos secundarios, como molestias gastrointestinales, osteonecrosis de la mandíbula, fracturas femorales atípicas, cáncer de mama o cáncer de endometrio (6,8).

Hoy en día a parte del tratamiento farmacológico también existen otros tratamientos alternativos, dentro de los cuales se encontraría la fisioterapia con varias de sus técnicas, entre las que cabe destacar la magnetoterapia, objeto de esta revisión bibliográfica, ya que se trataría de una terapia menos invasiva, más barata y con menores efectos secundarios que puede mejorar la calidad de vida de los pacientes (1,6-9) .

Dado que en la actualidad se ha producido un aumento del envejecimiento de la población mundial, la osteoporosis se ha convertido en uno de los trastornos más comunes entre las personas mayores y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, lo que representa un importante problema social y de salud y una gran carga económica por lo que resulta de gran interés el estudio de este tema (1,6,9).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Comprobar si existe evidencia científica suficiente sobre la eficacia del tratamiento con magnetoterapia en pacientes que padecen osteoporosis.

Objetivos secundarios:

- Demostrar si el tratamiento con magnetoterapia es más eficaz que el tratamiento tradicional o conservador en pacientes con osteoporosis.

- Demostrar si existe variabilidad en los parámetros de los campos electromagnéticos utilizados.
- Demostrar si esta variabilidad repercute en la mejora del paciente con osteoporosis.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en tres bases de datos de ciencias de la salud para así poder responder a la pregunta clínica planteada: Medline, Pubmed y PEDro (Physiotherapy Evidence Database).

Las palabras clave que se utilizaron fueron "magnenotherapy", "magnetic field therapy", "magnetic therapy" y osteoporosis relacionadas con los distintos operadores booleanos como OR/AND y también se utilizó la opción del buscador por términos Mesh, en las bases de datos que lo permitían.

4 Resultados

Se aplicó un filtro de idioma en el que solo se incluían trabajos publicados en inglés y castellano y otro que sólo incluyera aquellos que estuviesen disponibles gratuitamente a texto completo.

Tras la lectura del título y resúmenes de los diferentes artículos se descartaron los artículos duplicados, y los que no encajaban con el tema o los objetivos citados en este trabajo, por hablar de otras enfermedades y de otro tipo de terapias.

En la búsqueda simple de Pubmed se obtuvieron 17 resultados de los cuales 5 fueron descartados por no hablar de osteoporosis si no de otras patologías, como la osteonecrosis, la diabetes o síndrome regional complejo o por no hablar de la magnetoterapia como tratamiento si no de otras opciones. Por lo tanto en esta primera búsqueda se seleccionaron 12 artículos.

La siguiente búsqueda se realizó también en el buscador Pubmed pero esta vez se utilizó la opción de términos Mesh, se obtuvo un total de 7 resultados los cuales todos habían aparecido en la búsqueda anterior, por lo que no se incluyeron por estar duplicados.

La última búsqueda fue en la base de datos Pedro, en la que aparecieron 3 resultados, uno de ellos se descartó por estar ya duplicado con las búsquedas anteriores

y los otros dos no se incluyeron porque no estaban disponibles a texto completo de forma gratuita, ya que esta base de datos no permitía la opción de filtrar este aspecto.

Finalmente un total de 12 artículos fueron seleccionados e incluidos en esta revisión, el siguiente paso fue obtenerlos a texto completo y realizar una lectura crítica de éstos .

Todos los artículos incluidos en esta revisión menos el de Van der Jagt et al. (8) sugieren que los campos electromagnéticos pueden ayudar a desacelerar y a prevenir la pérdida ósea, ya que mejoran la capacidad de autorreparación de los tejidos óseos aumentando la actividad osteoblástica y disminuyendo la osteoclástica y por tanto aumentando la densidad mineral ósea (1-6,9-11).

También varios de estos artículos afirman que esta terapia disminuye el dolor crónico provocado por la osteoporosis(1,9).

El estudio de Van der Jagt et al. (8), anteriormente mencionado, explica que la razón de que no se pudiera demostrar un efecto positivo de los campos electromagnéticos en la arquitectura ósea, fuera porque el estudio se llevó a cabo en un modelo de ratas de laboratorio ovariectomizadas con osteoporosis y no directamente en humanos y sugiere que puesto que se trata de una terapia no invasiva y sin riesgos, sería más práctico examinar sus efectos en humanos directamente.

5 Discusión-Conclusión

No obstante nuevas investigaciones y con una mayor calidad metodológica son necesarias, ya que aunque se ha demostrado que los campos electromagnéticos pueden aumentar la densidad mineral ósea y prevenir la pérdida ósea (3,5,6,8,9) algunos estudios muestran resultados contradictorios, los cuales generalmente se explican por la diferencia de intensidades, frecuencia, forma de onda y duración, aplicados en la técnica, por lo que también habría que definir que parámetros serían los más idóneos para conseguir mayores beneficios (6) .

También serían necesarias investigaciones que investigasen la eficacia de la magnetoterapia en combinación con otras terapias, para obtener los mejores resultados y conseguir la mayor calidad de vida de los pacientes y los menores costes socioeconómicos.

6 Bibliografía

1. Yuan J, Xin F, Wenxue J. Underlying Signaling Pathways and Therapeutic Applications of Pulsed Electromagnetic Fields in Bone Repair. *Cell Physiol Biochem*. 2018;46:1581-1594
2. Liu H-F , He H-C, Yang L, et al. Pulsed electromagnetic fields for postmenopausal osteoporosis and concomitant lumbar osteoarthritis in southwest China using proximal femur bone mineral density as the primary endpoint: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16:265
3. Elsisi HF, Mousa GS, ELdesoky MT. Electromagnetic field versus circuit weight training on bone mineral density in elderly women. *Clinical Interventions in Aging*. 2015;10:539–548
4. Chen G, Zhuo Y, Tao B, et al. Moderate SMFs attenuate bone loss in mice by promoting directional osteogenic differentiation of BMSCs. *Stem Cell Research & Therapy*. 2020; 11:487
5. Wu S, Yu Q, Sun Y, Tian J. Synergistic effect of a LPEMF and SPIONs on BMMSC proliferation, directional migration, and osteoblastogenesis. *Am J Transl Res*. 2018;10:1431-1443
6. Lei T, Li F, Liang Z, et al. Effects of four kinds of electromagnetic fields (EMF) with different frequency spectrum bands on ovariectomized osteoporosis in mice. *Scientific Reports*. 2017; 7: 553
7. Zhang G, Zhen C, Yang J, et al. 1-2 static magnetic field combined with Ferumoxytol prevent unloading-induced bone loss by regulating iron metabolism in osteoclastogenesis. *Journal of Orthopaedic Translation*. 2023; 38: 126–140
8. van der Jagt OP, van der Linden JC, Waarsing JH, et al. Systemic treatment with pulsed electromagnetic fields do not affect bone microarchitecture in osteoporotic rats. *International Orthopaedics (SICOT)*. 2012; 36:1501–1506
9. Eid MM, El-Gendy AM, Abdelbasset WK, et al. The effect of magnetic therapy and moderate aerobic exercise on osteoporotic patients: A randomized clinical study. *Medicine*. 2021; 100:39
10. Qian G, Wang M, Dong Y, et al. Effect of combined treatment with pulsed electromagnetic field stimulation and sclerostin monoclonal antibody on changes in bone metabolism and pedicle screw augmentation in rabbits with ovariectomy-induced osteoporosis. *Ann Palliat Med*. 2021; 10(2):1070-1078.
11. D Prakash D, Behari J. Synergistic role of hydroxyapatite nanoparticles and pulsed electromagnetic field therapy to prevent bone loss in rats following exposure to simulated microgravity. *International Journal of Nanomedicine*. 2009; 4: 133–144

Capítulo 82

EFECTIVIDAD DE LA HIDROTERAPIA COMO TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

CAROLINA CARLAVILLA JIMENEZ

ESTHER NAVARRO BURGOS

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurológico degenerativo que afecta al 0,5-1% de los adultos en países occidentales, con una edad promedio de diagnóstico de 62 años. Los pacientes suelen presentar bradicinesia, rigidez, temblor progresivo, inestabilidad postural y debilidad muscular. También se observa disminución en la calidad de vida. (5) Los pacientes con EP tienden a mover su centro de gravedad hacia delante, lo que dificulta realizar movimientos compensatorios y ajustes de equilibrio, lo que conduce a caídas frecuentes. (6) Además, en la EP se observa una postura característica, con flexión del tronco y extremidades. Las deformidades posturales pueden estar presentes en el plano sagital y coronal. (8)

La Enfermedad de Parkinson se asocia a reducción en la longitud del paso y en la velocidad de la marcha, además de la congelación de la marcha hasta en la mitad de los pacientes con Parkinson. La congelación de la marcha se define como una incapacidad transitoria episódica para realizar pasos efectivos. (2)

A esta enfermedad también se asocia la alteración del equilibrio, siendo frecuente e incapacitante que conduce a caídas inesperadas, relacionándose con mala calidad de vida. (3) Esta alteración de la marcha se asocia con un mayor riesgo de

caídas (el 60% de las personas con EP ha sufrido una caída) y las caídas se asocian con efectos físicos y psicológicos negativos, incluidos entre ellos, lesiones físicas, pérdida de independencia, miedo a las caídas y a veces la necesidad de ingreso en algún centro geriátrico. (1)

El tratamiento farmacológico ha modificado el curso natural de la enfermedad, pero estos fármacos no varían la disfunción del equilibrio y este síntoma empeora con el tiempo conduciendo a caídas. (7)

El dolor constituye otro síntoma incapacitante de la EP. Las primeras etapas de la enfermedad suelen ir acompañadas de dolor de espalda y cuello que puede ser a consecuencia de la rigidez del hombro, además de dolor en las piernas que puede ser debido al síndrome de piernas inquietas. En las etapas avanzadas de la enfermedad, el dolor puede ser debido a la discinesia, acatisia, periodo off de la distonia y a dolor musculoesquelético, articular o radicular. (4)

El ejercicio, la actividad física y la fisioterapia, son fundamentales dentro de un programa de rehabilitación integral, junto con el tratamiento de los médicos. (1)

La terapia acuática es una forma de ejercicio para personas con EP temprana, unido a un entrenamiento de fuerza y de resistencia progresiva, ciclismo, Tai Chi, baile terapéutico, programas de marcha, (1) Yoga o Pilates. (4) Hacer ejercicio en agua tibia (27-29°) proporciona un estado de relajación, alivio del dolor articular y disminución del tono muscular. (5)

Esta terapia acuática permite que algunas personas con EP se muevan de forma más fácil, reduciendo el miedo a las caídas. (1) También mejora el equilibrio y la movilidad funcional en algunas personas con EP. (1-2) El medio acuático ofrece un entorno seguro y gratificante, reduciendo el riesgo y el miedo a las caídas. (2) Recientemente se ha propuesto la hidroterapia como una innovadora estrategia de rehabilitación para el tratamiento de síntomas motores y la calidad de vida en EP. (9) Los ejercicios acuáticos se han utilizado especialmente cuando, en condiciones normales de gravedad, el ejercicio es difícil y doloroso. (10)

2 Objetivos

El objetivo del siguiente trabajo es determinar la efectividad de la hidroterapia en la mejora de las capacidades funcionales y/o físicas de las personas con enfermedad de Parkinson.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo de desarrollo, se realizó una búsqueda electrónica en las bases de datos MEDLINE (Pubmed) y PEDro.

Todas las búsquedas fueron limitadas por el idioma (inglés, francés y español), el tipo de publicación (incluyendo únicamente ensayos clínicos aleatorizados) y la especie (Humans). Se estableció como límite de antigüedad 10 años desde la publicación de los ensayos clínicos aleatorizados. A pesar de este límite, la mayoría de los artículos seleccionados tienen menos de 5 años de antigüedad.

Sirviendo como base la información del título, el resumen y el texto completo, las referencias bibliográficas fueron incluidas para la revisión si reunían todos los criterios de selección:

- Criterios de inclusión:
- Aquellos artículos cuya terapia se base en terapias acuáticas
- Aquellos artículos que estudien la enfermedad del Parkinson
- Criterios de exclusión:
- Aquellos artículos que estudien variables que no sean aspectos funcionales y/o físicos de las personas
- Aquellos artículos que estudien varias enfermedades neurológicas

Las palabras clave utilizadas para la realización de la búsqueda fueron: Hydrotherapy AND Parkinson.

La calidad metodológica de los artículos seleccionados tras el uso de los filtros y la selección mediante una lectura crítica utilizando los criterios de inclusión y exclusión, fue valorada usando la escala PEDro. Se dividieron los estudios según su calidad metodológica en tres grupos: calidad alta (de 9 a 11 puntos), intermedia (de 5 a 8 puntos) y baja (de 4 a 0 puntos). Los estudios de baja calidad fueron eliminados.

4 Resultados

En la búsqueda, se encontraron inicialmente un total de 38 artículos que reunían criterios de selección. Tras eliminar los duplicados (6 artículos eliminados), realizar la lectura de texto completo (19 artículos eliminados) y evaluar la calidad metodológica de los artículos seleccionados (3 artículos eliminados), se redujo la búsqueda a un total de 10 artículos (los cuales fueron incluidos en la revisión):

1. Carroll LM, Volpe D, Morris ME, Saunders J, Clifford AM. Aquatic Exercise

Therapy for People With Parkinson Disease: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98(4).

2. Clerici I, Maestri R, Bonetti F, Ortelli P, Volpe D, Ferrazzoli D, et al. Land plus aquatic therapy versus land-based rehabilitation alone for the treatment of freezing of gait in Parkinson disease: A randomized controlled trial. *Phys Ther.* 2019;99(5).

3. Palamara G, Gotti F, Maestri R, Bera R, Gargantini R, Bossio F, et al. Land Plus Aquatic Therapy Versus Land-Based Rehabilitation Alone for the Treatment of Balance Dysfunction in Parkinson Disease: A Randomized Controlled Study With 6-Month Follow-Up. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98(6).

4. Pérez De La Cruz S. Effectiveness of aquatic therapy for the control of pain and increased functionality in people with Parkinson's disease: A randomized clinical trial. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53(6).

5. Pérez-de la Cruz S. A bicentric controlled study on the effects of aquatic Ai Chi in Parkinson disease. *Complement Ther Med.* 2018;36.

6. Silva AZ da, Israel VL. Effects of dual-task aquatic exercises on functional mobility, balance and gait of individuals with Parkinson's disease: A randomized clinical trial with a 3-month follow-up. *Complement Ther Med.* 2019;42.

7. Volpe D, Giantin MG, Maestri R, Frazzitta G. Comparing the effects of hydrotherapy and land-based therapy on balance in patients with Parkinson's disease: A randomized controlled pilot study. *Clin Rehabil.* 2014;28(12).

8. Volpe D, Giantin MG, Manuela P, Filippetto C, Pelosin E, Abbruzzese G, et al. Water-based vs. non-water-based physiotherapy for rehabilitation of postural deformities in Parkinson's disease: A randomized controlled pilot study. *Clin Rehabil.* 2017;31(8).

9. Volpe D, Pavan D, Morris M, Guiotto A, Iansek R, Fortuna S, et al. Underwater gait analysis in Parkinson's disease. *Gait Posture.* 2017;52.

10. Zhu Z, Yin M, Cui L, Zhang Y, Hou W, Li Y, et al. Aquatic obstacle training improves freezing of gait in Parkinson's disease patients: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2018;32(1).

5 Discusión-Conclusión

El ejercicio físico ayuda a las personas con enfermedad de Parkinson a nivel motor (marcha, equilibrio, fuerza) y a nivel no motor (depresión, apatía, fatiga, estreñimiento) y puede ayudar a reducir las complicaciones asociadas con la inmovilidad. (4)

La terapia acuática está asociada a mejoras en la función motora tal y como se representa en la Escala Unificada de la Enfermedad de Parkinson (UPDRS) (parte III de la escala). (1) Además la terapia acuática es factible y segura. (1) No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la longitud del paso, el ancho del paso o el tiempo de paso. (1)

En otro estudio en el que comparan el tratamiento acuático más la rehabilitación en tierra con solo tratamiento en tierra, no observan mejorías mayores en el grupo intervención que en el grupo control donde solo incluyen el tratamiento en tierra. (3) Sin embargo, si se observa que la terapia acuática a los 6 meses de seguimiento muestra beneficios en el equilibrio, sugiriendo que los ejercicios específicos realizados en el medio acuático (como componentes de una rehabilitación intensiva en tierra) podrían ser beneficiosos a largo plazo. (3)

La terapia acuática proporciona un refuerzo positivo debido a sus características: la presión hidrostática soporta el cuerpo sumergido y crea una gravedad reducida donde las transferencias del peso corporal ocurren a una velocidad menor, dando lugar a un entorno más seguro en el que se reduce el riesgo de lesiones y ayuda a superar el miedo a las caídas. Además la flotabilidad del agua descarga las articulaciones, mejorando así su movilidad y contribuyendo a una flexibilidad mecánica. La viscosidad del agua al inducir la resistencia de los movimientos corporales hace que se activen los ajustes posturales, siendo esencial para el entrenamiento del equilibrio. (3)

Un tratamiento multidisciplinar de rehabilitación intensiva permite reducir la congelación de la marcha. Añadir la terapia acuática a este tratamiento no aporta más beneficios añadidos pero podría ser una estrategia complementaria para el tratamiento de la congelación de la marcha. (2)

En cuanto a los programas de Ai Chi, un programa de Ai Chi acuático puede ser un posible tratamiento para el dolor y el equilibrio en pacientes con Parkinson en un estadio moderado de la enfermedad, con el potencial de mejorar la estabilidad postural, disminuir las tasas de caídas y mejorar la calidad de vida, así como reducir el dolor y los síntomas incapacitantes. (4)

El Ai Chi acuático mejora los síntomas motores del Parkinson (bradicinesia y rigidez) e incorpora aspectos de movimiento que pueden ser beneficios para este

colectivo, como el inicio del movimiento, el movimiento a diferentes velocidades, el equilibrio estático y dinámico y la flexibilidad. Con este programa de Ai Chi, los pacientes obtienen beneficios con una marcha más segura y un mayor control postural. También se observa que este ejercicio no solo mejora la condición física sino también el bienestar emocional, apoyo social, cognición y comunicación, así como disminuye las molestias corporales. (5)

El programa de ejercicios acuáticos mejora la movilidad funcional, el equilibrio y la marcha en las personas con enfermedad de Parkinson. Sin embargo, el ejercicio acuático de doble tarea necesita más estudios para mejorar la comprensión de sus beneficios en las evaluaciones funcionales y físicas. (6)

El tratamiento de hidroterapia es factible y, de forma general, más efectivo que la terapia de rehabilitación en tierra estándar. En el grupo experimental los pacientes mostraron mejores resultados en la prueba de alcance funcional instrumental, en escalas de equilibrio, en el resultado de caídas y en el cuestionario PDQ39 en comparación con el tratamiento en tierra. Únicamente el test Timed Up and Go no mostró una mejora significativa. (7)

La fisioterapia acuática fue eficaz en la mejora de las deformidades posturales en los planos sagital y coronal en pacientes con la enfermedad de Parkinson. (8)

Por otro lado, el entrenamiento de la marcha en un entorno de rehabilitación como una piscina conduce un efecto significativo en la clínica de pacientes con Enfermedad de Parkinson que tienen una alteración de la marcha. Se mostró una reducción en la longitud de zancada, cadencia y velocidad. (9)

Por último, los protocolos de terapia acuática, con o sin entrenamiento de obstáculos, tienen efectos equivalentes en la marcha y el equilibrio en personas con Enfermedad de Parkinson. Se mostró, que la terapia acuática con obstáculos fue eficaz para mejorar la congelación de la marcha y la velocidad al caminar y girar alrededor. (10)

Los estudios indican que los ejercicios realizados en el agua tienen efectos positivos sobre la condición física y funcional de las personas con enfermedad de Parkinson. Se trata de un tipo de rehabilitación que merece la pena considerar por los profesionales de la salud como complemento al tratamiento médico y rehabilitador. Sin embargo, debido a la muestra pequeña de los estudios, su calidad metodológica y sus limitaciones, futuros estudios son necesarios para confirmar estos hallazgos y que nos permitan obtener conclusiones más sólidas sobre sus beneficios.

6 Bibliografia

1. Carroll LM, Volpe D, Morris ME, Saunders J, Clifford AM. Aquatic Exercise Therapy for People With Parkinson Disease: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98(4).
2. Clerici I, Maestri R, Bonetti F, Ortelli P, Volpe D, Ferrazzoli D, et al. Land plus aquatic therapy versus land-based rehabilitation alone for the treatment of freezing of gait in Parkinson disease: A randomized controlled trial. *Phys Ther.* 2019;99(5).
3. Palamara G, Gotti F, Maestri R, Bera R, Gargantini R, Bossio F, et al. Land Plus Aquatic Therapy Versus Land-Based Rehabilitation Alone for the Treatment of Balance Dysfunction in Parkinson Disease: A Randomized Controlled Study With 6-Month Follow-Up. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98(6).
4. Pérez De La Cruz S. Effectiveness of aquatic therapy for the control of pain and increased functionality in people with Parkinson's disease: A randomized clinical trial. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53(6).
5. Pérez-de la Cruz S. A bicentric controlled study on the effects of aquatic Ai Chi in Parkinson disease. *Complement Ther Med.* 2018;36.
6. Silva AZ da, Israel VL. Effects of dual-task aquatic exercises on functional mobility, balance and gait of individuals with Parkinson's disease: A randomized clinical trial with a 3-month follow-up. *Complement Ther Med.* 2019;42.
7. Volpe D, Giantin MG, Maestri R, Frazzitta G. Comparing the effects of hydrotherapy and land-based therapy on balance in patients with Parkinson's disease: A randomized controlled pilot study. *Clin Rehabil.* 2014;28(12).
8. Volpe D, Giantin MG, Manuela P, Filippetto C, Pelosin E, Abbruzzese G, et al. Water-based vs. non-water-based physiotherapy for rehabilitation of postural deformities in Parkinson's disease: A randomized controlled pilot study. *Clin Rehabil.* 2017;31(8).
9. Volpe D, Pavan D, Morris M, Guiotto A, Iansek R, Fortuna S, et al. Underwater gait analysis in Parkinson's disease. *Gait Posture.* 2017;52.
10. Zhu Z, Yin M, Cui L, Zhang Y, Hou W, Li Y, et al. Aquatic obstacle training improves freezing of gait in Parkinson's disease patients: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2018;32(1).

Capítulo 83

BRUXISMO EN PACIENTE INFANTIL. POSIBLES CAUSAS Y OPCIONES DE TRATAMIENTO

CRISTINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El bruxismo infantil es una actividad considerada parafuncional y repetitiva del aparato estomatognático que cursa con movimientos mandibulares anormales y el apretamiento y/o rechinar de los dientes y que puede darse tanto durante el sueño como en vigilia, o ambos (1). Es un motivo de consulta frecuente sobre todo por la impresión que generan los sonidos de rechinar durante el sueño a los padres o cuidadores. Las consecuencias más frecuentes si se mantiene en el tiempo es el desgaste dental no fisiológico, dolor muscular en el área cráneo facial y sensibilidad dentaria (2). Se trata de una afectación de origen multifactorial por lo que el manejo de esta circunstancia en la consulta se suele convertir en un reto y debe abordarse de manera interdisciplinar en la mayoría de los casos (1, 2, 3). Las causas pueden ir desde las de nivel local como las interferencias dentales, ya sean tanto fisiológicas como iatrogénicas, hasta estados emocionales y psicosociales o de componente neurológico; incluso se ha barajado la posibilidad de un componente hereditario, aunque no está demostrado.

Dada la múltiple casuística cada caso debe individualizarse e indagar sobre los posibles factores causales asociados y actuar en consecuencia. Entre los tratamientos disponibles están la terapia psicológica, la relajación, el uso de la medicina homeopática, fármacos que inducen la relajación muscular y aparatología intraoral (1, 2, 3).

2 Objetivos

- Exponer las últimas actualizaciones en cuanto a tratamientos posibles del bruxismo infantil.
- Explicar las causas más frecuentes del bruxismo infantil para así poder abordar cada caso de la forma más precisa.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo de revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una investigación consistente en una búsqueda sistemática de literatura científica reciente en las bases de datos PubMed y Google Scholar. Se han seleccionado artículos recientes, de 2018 hasta la actualidad, y se ha mostrado preferencia por aquellos redactados en castellano. Se han utilizado para la búsqueda las siguientes palabras clave: bruxismo infantil, bruxismo infancia, tratamiento bruxismo, bruxismo niños.

4 Resultados

El bruxismo es de carácter multifactorial, y las causas se pueden clasificar en diferentes categorías:

- Factores de índole local: relacionados con la región cráneo facial, como pueden ser las interferencias oclusales o prematuridades asociadas o no con maloclusiones, ausencia de dientes por extracciones o pérdidas prematuras, erupción dentaria o de tipo iatrogénico como obturaciones deficientemente ajustadas; traumatismos; trastornos temporomandibulares (1, 2); obstrucción de las vías aéreas (3).
- Factores de carácter sistémico: por déficits nutricionales; alergias; presencia de parásitos intestinales; alteraciones del sistema endocrino; enfermedades del aparato digestivo; afectaciones neurológicas; parálisis cerebral; alteraciones del sueño (1, 2); alteraciones de la química cerebral y de los neurotransmisores que finalmente afectan a los músculos implicados, por diversas causas como estados mantenidos de estrés (1).
- Factores psicosociales y emocionales: nerviosismo, tensión, estrés, situaciones psicosociales difíciles, problemas familiares, ansiedad, miedo (1), rabia no expresada (2).
- Factores hereditarios: se postula, aunque no está demostrado, que los hijos de

padres bruxistas o que lo fueron en su niñez tienen más posibilidades de padecerlo (1, 2).

Debido a esta variedad de factores implicados cada caso debe ser evaluado a fondo y tratado de manera individualizada, incidiendo en los factores que puedan estar propiciando el hábito parafuncional.

Además de enfocarse prioritariamente en las causas, no hay que olvidar aliviar los posibles síntomas que se presenten como la sensibilidad dental, el dolor muscular o los desgastes dentales severos (1, 3). Es recomendable en todos los casos apostar primero por los tratamientos más conservadores y manejables e ir apoyándose en otros más serios como la medicación en caso de que los conservadores no alivien el problema y los síntomas sean intensos (1).

Tratamientos como tal para el bruxismo infantil se encuentran varios en la literatura, dependiendo de las causas presentes:

- Educación e información: sobre todo a los padres o cuidadores que son los que suelen acudir más alarmados a la consulta. Es el primer paso antes de realizar cualquier intervención (1, 3). Es conveniente indagar sobre la alimentación y estado nutricional del paciente y tomar medidas al respecto si los hábitos son poco saludables o hay déficit de algún nutriente (1).
- Psicoterapia: siempre que haya sospecha de problemas relacionados con la esfera psicoemocional se debe contar con el apoyo del personal de psicología, pudiendo aplicarse técnicas conductuales, de relajación, hipnosis, gestión del estrés y la tensión, control de otros hábitos diurnos como onicofagia (1, 2, 3). Se ha visto una presencia significativa de bruxismo en pacientes diagnosticados de trastorno por déficit de la atención e hiperactividad (TDAH) que toman medicación para ello (2).
- Aparatología intraoral: se han propuesto dispositivos del tipo férula oclusal o de avance mandibular como en adultos sin resultados claros que avalen su uso, además del hecho de ser pacientes que están en pleno crecimiento por lo que la gran mayoría de estudios desaconsejan su uso en la mayoría de los casos; solo podrían valorarse en casos graves y/o con dentición permanente completa (1, 2, 3).
- Eliminación de interferencias oclusales, sobre todo las iatrogénicas por obturaciones sin correcto ajuste oclusal (1).
- Fisioterapia: no es un tratamiento como tal pero se ha visto que mejoran en cuanto a sintomatología (2).
- Tratamiento farmacológico: las opciones más estudiadas son los relajantes musculares de tipo benzodiacepinas y la hidroxicina, pero en la mayoría de estudios se desaconseja su uso en niños salvo en casos aislados de gravedad, debido a sus

efectos adversos (1, 3).

- Tratamientos naturales homeopáticos: algunos estudios postulan los beneficios de algunos agentes homeopáticos como la *Melissa Officinalis*, pero no hay resultados lo suficientemente contundentes como para recomendar su uso en todos los casos. En su defensa indican que son tratamientos que pueden mejorar los síntomas y no generan efectos adversos (3).

5 Discusión-Conclusión

El bruxismo infantil es una afectación de complejo manejo debido a su carácter multifactorial y muchas veces el profesional se encuentra con que no tiene una respuesta concreta para solucionar el problema en el mismo momento de la consulta. Por ello se debe contar con la colaboración y confianza de los familiares para llegar en conjunto a una solución apropiada, ya que en gran parte de las ocasiones está implicado un componente psicoemocional o tensional que no siempre es fácil de identificar. Es importante contar con un equipo multidisciplinar para trabajar en conjunto en aquellos casos más complejos. Siempre se debe intentar ir del abordaje más conservador y que menos posibles efectos adversos genere, como ocurre con la medicación, que se debería evitar en la medida de lo posible. Se debe tener en cuenta también la frecuencia de aparición, ya que en ocasiones es un proceso autolimitado que no tiene consecuencias y hay que tratar de tranquilizar a los cuidadores, que muchas ocasiones consultan el caso con gran preocupación. Se necesita más investigación sobre las causas del bruxismo para poder brindar un consejo más certero a los pacientes.

6 Bibliografía

1. Álvarez-Gastañaga VA, Baldeón-López MC, Malpartida-Carrillo CD. Odovtos: Int Journal of Dental Sci. 2020; 22(1): 97-104.
2. Carnaúba AAF, Barros DGS, Medeiros SGSN, et al. Bruxismo en la infancia: ¿cómo tratar? Rev Odontopediatr Latinoam. 2021; 11(1): 124-135.
3. Hermida ML, Cortese SG, Kalil Bussadori S, Ferreira R, Spatakis L. Tratamiento del bruxismo del sueño en niños. Revista De Odontopediatría Latinoamericana, 2021; 10(1): 65-72.

Capítulo 84

VALIDACIÓN Y ACTUACIONES FARMACÉUTICAS EN TRATAMIENTOS ONCO-HEMATOLÓGICOS ADMINISTRADOS EN EL HOSPITAL DE DÍA

OLAYA PEDREIRA GONZÁLEZ

1 Introducción

Los citostáticos son considerados medicamentos de alto riesgo, es decir, “aquellos que tienen un riesgo muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización”. Los errores asociados a este tipo de medicamentos pueden generar graves consecuencias a los pacientes ya que las reacciones adversas son mucho más relevantes que con otros fármacos.

El documento “Las cifras de cáncer en España”¹, del año 2019, publicado por la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) refleja un aumento de los pacientes con cáncer, desde los 14 millones de casos en el mundo estimados en el año 2012 a los 18,1 millones en 2018. Las estimaciones poblacionales indican que el número de nuevos casos aumentará en las dos próximas décadas, alcanzando los 29,5 millones en 2040. Este aumento en el número de casos de cáncer tiene una correlación directa con el número de pacientes que son tratados con medicamentos citostáticos y por lo tanto la mayor posibilidad de errores asociados a este tipo de tratamientos van en aumento.

El tratamiento contra el cáncer es muy complejo debido a las siguientes causas:

- Se manejan fármacos con un estrecho margen terapéutico.
- Existen numerosos protocolos y combinaciones de fármacos para tratar los distintos tipos de tumores.
- Existen protocolos de investigación con modificación de las dosis.
- Un mismo fármaco se utiliza para distintos tumores a distintas dosis y posologías.
- La dosis y el número de ciclos se determina de forma individualizada según las características del paciente y su estado (ancianos, pacientes frágiles, comorbilidades, ...).
- Errores de medicación de gravedad potencialmente alta.
- Los efectos adversos son desproporcionados.

Todas estas razones, unidas a la presión asistencial propia dada en la mayoría de los hospitales, hacen que se incremente el riesgo de cometer errores.

El farmacéutico hospitalario en el área de onco-hematología debe ejercer un papel fundamental para detectar y evitar los errores, o minimizarlos en la medida de lo posible. Además, el farmacéutico hospitalario debe fomentar una cultura de seguridad que facilite la comunicación de los errores y la aplicación de medidas de prevención. Así como, implementar prácticas que hayan demostrado ser efectivas para mejorar la seguridad del uso de los citostáticos, incluyendo la integración del farmacéutico clínico en los equipos asistenciales

2 Objetivos

- Objetivo principal:

Registrar, clasificar y estudiar los errores de medicación en pacientes onco-hematológicos tratados en el Hospital de Día detectados por el farmacéutico en el proceso de Validación Farmacéutica.

- Objetivos secundarios:

- Describir las actuaciones farmacéuticas realizadas y grado de aceptación de las mismas.
- Proponer estrategias de mejora para prevenir los errores detectados.

3 Metodología

Se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo, desde el 1 de mayo al 5 de julio de 2019, en un hospital privado de Santa Cruz de Tenerife, Hospital Parque Tenerife, acreditado como Hospital General Grupo I, nivel II por el Servicio Canario de Salud.

Se registraron todos los EM detectados por el farmacéutico en los tratamientos de los pacientes onco-hematológicos administrados en el Hospital de Día. Se registraron tanto los errores en los medicamentos citostáticos, como los de los tratamientos asociados o coadyuvantes como la premedicación y posmedicación. Todas las prescripciones médicas onco-hematológicas recibidas en el Servicio de Farmacia fueron validadas de forma manual, ya que no se dispone de un programa de oncohematología para la prescripción ni para la Validación Farmacéutica, por el único farmacéutico que forma parte del Servicio de Farmacia.

Se procedió a la recogida de los datos y a la clasificación del tipo de error utilizando la hoja de clasificación de errores de medicación (EM) asociados a medicamentos antineoplásicos validada en el año 2010 por el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Del mismo modo, se adjuntó la agrupación por variables de seguimiento para cada uno de los errores identificados en una segunda tabla.

Ante cada error detectado el farmacéutico realizó una AFc. En los errores de prescripción y adherencia la intervención farmacéutica consistió en comunicarse por correo electrónico o por teléfono con el facultativo prescriptor, ya que los facultativos no se encuentran de forma presencial en el horario laboral del Servicio de Farmacia. En los errores asociados a la preparación y/o a la administración la actuación farmacéutica (Afc) se realizó directamente de forma verbal con el personal de enfermería responsable de cada proceso.

Las actuaciones farmacéuticas y la aceptación o no de las mismas se registraron en una hoja de cálculo. Se registró el tipo de actuación farmacéutica, el personal sanitario sobre el que se realizó y si fue o no aceptada.

4 Resultados

Durante el periodo de estudio fueron validados un total de 126 tratamientos, de los cuales 13 (10,3%) correspondían a inicios de tratamiento.

Durante el proceso de validación se interceptaron un total de 23 EM.

El principal tipo de EM interceptado corresponde a la prescripción (65%), seguido de los de preparación (30%). Se detectó un único EM relacionada con la adheren-

cia y ninguno de los demás tipos de EM.

Al analizar los EM relacionados con la prescripción (n=15) se observó que los dos principales corresponden a dosis erróneas (n=4) y a errores en la prescripción de la concentración (n=4).

De los 4 EM asociados a la prescripción inadecuada de la dosis, el 75 % correspondieron al no ajuste del ácido zoledrónico a la función renal del paciente. La frecuencia de este error en la prescripción estuvo asociada a que los prescriptores efectuaban una única prescripción de ácido zoledrónico al inicio del tratamiento la cual envían a Farmacia y a Enfermería. Durante el periodo de estudio los médicos no hicieron ninguna modificación de las prescripciones iniciales, omitiendo la evolución de la función renal de los pacientes que requerían ajuste del tratamiento.

El 75% de los EM de prescripción por una prescripción inadecuada de la concentración se debieron a la selección de volúmenes de sueros superiores a los que garantizan la estabilidad del fármaco en disolución.

En cuanto a los EM interceptados relacionados con la preparación de los medicamentos citostáticos (n=7) en el 57,14% de los casos se debieron a la selección inadecuada del solvente o del disolvente en el que debe prepararse el fármaco. La no protección de la luz de los medicamentos fotosensibles supuso un 42,86% del total.

Se detectó un único EM asociado a la adherencia, en una paciente de origen polaco que no tomaba adecuadamente la capecitabina oral, en combinación con el oxilaplatino que se le administraba en el hospital de día. Se tomaba la medicación una vez al día en lugar de las dos veces al día que le correspondía durante los 14 días del ciclo.

Las Afc realizadas durante el periodo de estudio fueron un total de 23. De las cuales fueron aceptadas 21 (91,30%).

Las 2 Afc que no fueron aceptadas correspondieron a los EM interceptados durante la prescripción. Uno de ellos debido a la ausencia en la prescripción médica del disolvente en la que debe de ir el fármaco. El facultativo no modificó el informe incluyendo este dato. La segunda Afc no aceptada corresponde a una pauta de tratamiento con obinutuzumab no ajustado a ningún protocolo de tratamiento de Leucemia Linfática Crónica. El facultativo prescriptor decidió continuar con la misma pauta y fijar la posología en función de su criterio clínico.

5 Discusión-Conclusión

- Los EM fueron interceptados principalmente por el farmacéutico, correspondiendo al proceso de prescripción (65%), seguido de los de preparación (30%) y de adherencia (5%). La implantación de un programa de prescripción electrónica de oncología permitiría reducir este tipo de errores al incorporar los protocolos de cada uno de los tratamientos. Para poder llevar a cabo esta mejora es indispensable la implicación de la Gerencia del centro.
- El Servicio de Farmacia debe establecer protocolos consensuados con los facultativos prescriptores para disminuir la heterogeneidad de los tratamientos prescritos para una misma patología.
- Los errores asociados a la preparación de medicamentos se debieron al 100% a que enfermería no tuvo en cuenta la información incluida en las hojas de elaboración de los medicamentos elaboradas por el farmacéutico. Es necesario la educación continuada del personal sanitario, que conozcan los protocolos de utilización de los medicamentos y favorecer el trabajo en equipo entre enfermería, prescriptores y farmacéutico.
- El 91,3% de las Afc fueron aceptadas por los profesionales sanitarios implicados. Lo que se pone de manifiesto el alto grado de aceptación de las intervenciones realizadas por el farmacéutico por el resto de profesionales sanitarios y la importancia del farmacéutico hospitalario para garantizar una mayor seguridad en los tratamientos administrados en un área tan compleja como el hospital de día de onco-hematología.
- El tiempo de este estudio se vio limitado por el cambio de actividad laboral del farmacéutico hospitalario. El nuevo farmacéutico hospitalario debería seguir registrando los EM interceptados y las Afc realizadas con su correspondiente grado de aceptación para poder realizar un análisis más completo e identificar nuevas áreas de mejora.

6 Bibliografía

1. Seom.org. [Internet]. 2019 [citado 2 Junio 2019]. Disponible en: <https://seom.org/dmccancer/wp-content/uploads/2019/Informe-SEOM-cifras-cancer-2019.pdf>.
2. Holle L, Boehnke Michaud L. Oncology Pharmacists in Health Care Delivery: Vital Members of the Cancer Care Team. J Oncol Pract. [Internet]. 2014 [citado

- 7 Febrero 2019];10(3):42-45. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/jop.2013.001257>.
3. Kholer DR, Montello M, Goldspiel BR, DeChristoforo R, Huntley C, High J et al. ASHP Guidelines on Preventing Medication Errors with Antineoplastic agents. *Am J Health-Syst Pharm* [Internet]. 2002 [citado 7 Febrero 2019]; 59: 1648-68. Disponible en: http://www.ashpmedia.org/softchalk/Lead_Surveyor_Training/softchalkleadsurveyorstrainingintromod1/AJHP-2002.pdf.
4. Neuss MN, Gilmore TR, Belderson KM, Billett AL, Conti-Kalchik T, Harvet BE et al. 2016 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for Pediatric Oncology. *J Oncol Pract*. [Internet]. 2016 [citado 12 Febrero 2019];12;1262-1271 Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/jop.2016.017905>.
5. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.1, A Comprehensive Approach to Improving Patient Safety. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225174/>.
6. Aranaz J. M., editor. Estudio Nacional de Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid; 2006:1-169 Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
7. Agra Y, coordinadora. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. 2015:1-128. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
8. GEDEFO. Documento de consenso para la prevención de errores de medicación en quimioterapia. 2001. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/Web_Doc_Con_errores.pdf
9. Goldspiel B, Hoffman JM, Griffith NL, Goodin S, DeChristoforo R, Montello CM, et al. ASHP Guidelines on Preventing Medication Errors with Chemotherapy and Biotherapy. *Am J Health Syst Pharm* [Internet]. 2015 [citado 3 Mayo 2019];72(8):6-35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25825193>
10. GEDEFO. Recomendaciones del grupo GEDEFO. Validación Farmacéutica de la prescripción del paciente oncohematológico. 2016. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/2016/gedefo_validacion_farmaceutica_prescripcion_version_impresion.pdf

11. Otero MJ, Codina C, Tamés MJ, Pérez M. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. Resultados de la Beca Ruiz-Jarabo 2000. *Farm Hosp* [Internet]. 2003 [citado 6 Mayo 2019];27(3): 137-149. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero24.pdf>
12. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP). Taxonomy of Medication Errors .2001. Disponible en: <https://www.nccmerp.org/sites/default/files/taxonomy2001-07-31.pdf>
13. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP). Taxonomy of Medication Errors .2003. Disponible en: https://www.nccmerp.org/sites/default/files/2003-10-15NCC_MERPSummary.pdf
14. Clopés. A. Intervenciones farmacéuticas. Disponible en: www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap1314.pdf.
15. Martí C, Sanz M, Aznar J. Impacto de las actuaciones farmacéuticas realizadas en un servicio de farmacia hospitalaria. *Pharm Care Esp*. [Internet]. 2011[citado 15 Mayo 2019]; 13(2): 66-73. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/19>.
16. León J, Aranda A, Tobaruela M, Iranzo MD. Errores asociados con la prescripción, validación, preparación y administración de medicamentos citostáticos. *Farm Hosp*. . [Internet]. 2008. [citado 15 Mayo 2019] ;32(3):163-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-errores-asociados-con-prescripcion-validacion-S1130634308728356>.
17. Gramage T, Palomar C, Pueyo M, Sánchez M, Gómez de Salazar ME, Bermejo T. Validación de una clasificación de errores de medicación para su utilización en quimioterapia. *Farm Hosp* [Internet]. 2011 [citado 20 Mayo 2019];35(4):197-203. Disponible en: https://www.sefh.es/fh/117_121v35n04pdf009.pdf.

Capítulo 85

EL RADIOFÁRMACO. MEDICINA NUCLEAR

VERÓNICA CUESTA ALONSO

1 Introducción

Los radiofármacos son medicamentos con fines diagnósticos y terapéuticos. A lo largo de los últimos años su aplicación es de gran importancia en la práctica clínica.

Formados de una pequeña cantidad de principio activo, llamado “trazador” que se marca con un radionúclido, consiguiendo así que emitan una dosis de radiación que será empleada tanto con fines diagnósticos como terapéuticos. Su composición constará del componente químico, sustancia que funcionara como vehículo, ya que se dirige hacia el tejido u órgano concreto, y el componente radioactivo o radionúclido, elemento que emite energía radiactiva utilizada para su detección dentro del organismo o para producir la muerte celular en una zona muy concreta del organismo, como por ejemplo un tumor.

Desde un punto de vista asistencial y diagnóstico, la señal de radiación emitida será utilizada para medir su funcionamiento en un comportamiento biológico, sirviendo como indicador de una función fisiológica, o en otras, la utilización para la acumulación del radiofármaco en un órgano diana y así obtener una imagen gammagráfica, lo que nos facilita determinar la morfología y función del órgano de estudio.

Los radiofármacos están incluidos en la Ley del medicamento (25/1990), donde señala que estos pueden ser empleados tanto en exploraciones de medicina nuclear como en tratamientos terapéuticos y deben cumplir con los requisitos de eficacia, seguridad y calidad como el resto de los medicamentos.

Contará con características químicas, como son la afinidad, estabilidad, durabilidad y compatibilidad, Características físicas, tales como el tipo de emisión radioactiva (alfa, beta y gamma), energía óptima y periodo de semidesintegración o vida media física; y características más generales como el periodo de semidesintegración efectivo, marcaje eficiente y estable, como la disponibilidad física y precio.

2 Objetivos

Se trata de conocer la composición y funcionamiento de los radiofármacos para así comprender la importancia de su uso como fin terapéutico y su aplicación diagnóstica.

3 Metodología

Revisión bibliográfica basada en el material didáctico aportado en el ciclo formativo superior en Imagen para el diagnóstico y medicina nuclear, cuyo enlace se encuentra en el apartado de bibliografía, además de los conocimientos propios adquiridos en dicho ciclo y experiencia personal como trabajadora de un centro hospitalario y prácticas del mismo.

4 Resultados

Existen radionúclidos de origen primario o natural, es decir, los que se encuentran en la naturaleza. Siendo así un elemento inestable que experimenta un proceso de radiactividad natural, el cual al desintegrarse va perdiendo energía y alcanzando estabilidad a lo largo de muchos años. Debido a estas características no muestra las propiedades necesarias para poder ser usados en radiofarmacia. Sin embargo, el ser humano ha sido capaz de conseguir isótopos radiactivos originados artificialmente. Ha logrado la capacidad de elaborar radionúclidos con características próximas al radionúclido ideal para el estudio o el tratamiento radiofarmacéutico. Estos radionúclidos pueden ser obtenidos mediante un Reactor nuclear, la creación de un equipo llamado “ciclotrón” o por un generador. Una vez creados para su uso, la recepción de los radiofármacos deben realizarse exclusivamente por personal autorizados siguiendo un protocolo y las correspondientes pautas de seguridad para evitar exposiciones peligrosas con la radiación

El pedido deberá someterse a una evaluación por parte del personal del pedido y su embalaje. Si no pasara la evaluación por algún tipo de error, se almacenará en un sitio seguro. Si se presentará el caso de que hubiera un potencial peligro, el supervisor debe establecer el protocolo de emergencia vigente por parte del Consejo de Seguridad Nuclear.

Al tratarse de sustancias altamente peligrosas se revisará el correspondiente albarán, teniendo en cuenta el importante el tipo de actividad radiactiva y el tipo de radiofármaco que consta en el pedido. Este se archivará en el inventario y se almacena en una zona especializada para ello que cumpla con la normativa vigente.

Para su almacenamiento se deberá contar con unas condiciones óptimas de conservación y las medidas de seguridad oportunas. Estas infraestructuras estarán dotadas de zonas de control de calidad, zonas de preparación y almacenaje de residuos.

Se almacenarán según su función y características principales: emisión de energía, tipo de emisión, capa hemirreductora, radionúclidos de PET (beta), radionúclidos de gammagrafía y SPECT (gamma)...

5 Discusión-Conclusión

La legislación y, por tanto, regulación de los medicamentos, en este caso radiofarmacos, es una necesidad común y generalizada. Hay constancia que desde la Organización Mundial de la Salud se ha insistido reiteradamente a los Estados miembros a establecer y designar una política de gran relevancia en relación con los medicamentos. Esta organización desarrolla dentro de este campo, funciones normativas, asesoras y de intercambio de información que por su importancia y calidad forman un punto de referencia ineludible.

Los beneficios de los medicamentos abarcan desde salvar vidas y evitar sufrimientos, hasta reducir plazos de tiempo de enfermedad y periodos de hospitalización más cortos, así como en el ahorro económico muy importante por la función sustitutiva que aguardan en relación con terapias precedentes menos eficaces.

6 Bibliografía

- Ilerna online S.L. (2021) IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDINA NUCLEAR. Modulo 09: tecnicas de Radiofarmacia <https://www.boe.es/>.
- Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.

Capítulo 86

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO ANTE LOS RIESGOS DE LA RADIACIÓN

ERIKA CAMPOS CARPINTERO

LIDIA ALCÁZAR CAÑADILLAS

MARIA DEL PRADO RUIZ RUIZ

FEDERICO RIVERA GARCIA

MARIA JESUS CHICO CABEZAS

1 Introducción

Las pruebas de imagen médica son procedimientos que permiten a los médicos diagnosticar enfermedades y lesiones sin procedimientos invasivos. Algunas de estas pruebas implican la exposición a radiaciones ionizantes, lo que puede suponer un riesgo para los pacientes. Los procedimientos de imágenes son pruebas médicas que permiten a los médicos observar el interior del cuerpo para diagnosticar, tratar y controlar una afección. La radiación ionizante es una radiación realmente peligrosa para la salud porque tiene mucha energía. Cuando entran en contacto con la materia, la modifican a nivel atómico y celular. Puede cambiar el ADN. Si las dosis de radiación superan cierto nivel, pueden tener efectos agudos en la salud, como quemaduras en la piel o síndrome de radiación aguda. Las dosis bajas de radiación ionizante pueden aumentar el riesgo de efectos a largo plazo, como

el cáncer. Los efectos de la radiación en el cuerpo humano pueden ser enrojecimiento de la piel, pérdida de cabello, quemaduras por radiación o síndrome de radiación aguda. Estos efectos se hicieron más intensos a medida que aumentaba la dosis de radiación. Estamos expuestos regularmente a la radiación de una variedad de fuentes, incluidos los materiales radiactivos en el medio ambiente, el gas radón en nuestros hogares y los rayos cósmicos del espacio exterior. Esto se denomina radiación de fondo y varía de un país a otro.

2 Objetivos

Saber actuar y realizar las radiografías para poder detectar los riesgos que estas pueden causar al paciente para poder prevenir.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados en riesgos de radiación y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: técnicos de rayos, técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID), imagen, paciente, rayos x, riesgos de irradiación.

4 Resultados

La radiación no ionizante inicialmente no tiene efectos nocivos para la salud, pero la exposición a largo plazo a altas dosis puede causar efectos adversos. El riesgo de extender dosis más bajas en el tiempo es mucho menor porque el daño causado puede revertirse. En los centros de salud deben seguir ciertas pautas para protegerse de las radiaciones

X. Las salas de rayos X de diagnóstico a menudo están revestidas con plomo, que actúa como aislante de la radiación. Debido a su alta densidad, los rayos X no pueden atravesar el plomo. Las láminas de plomo deben colocarse en paredes, ventanas, techos, pisos, puertas como una forma de protección del ambiente colectivo y también en los chalecos protectores de los usuarios individuales. Los médicos a menudo usan procedimientos de imágenes para determinar el mejor tratamiento para un paciente. El tipo de procedimiento por imágenes que recomienda su médico depende de su condición médica y de la parte de su cuerpo

que se esté examinando. Algunos ejemplos comunes de pruebas de imágenes incluyen: radiografías (incluidas radiografías dentales, de tórax y de columna), tomografías computarizadas o CAT (tomografías computarizadas) y fluoroscopia. Las pruebas de imagen pueden ayudar a los médicos a comprender mejor los órganos, vasos sanguíneos, tejidos y huesos, determinar si la cirugía es una buena opción de tratamiento u otro tipo de radioterapia, guiar la colocación de catéteres, tubos, stents u otros dispositivos en el cuerpo y posicionar los tumores. Se tratan, se localiza un trombo u otra obstrucción y se manejan las opciones de reemplazo articular y el manejo de la fractura. En estos estudios podemos utilizar diferentes tipos de agentes de contraste, dependiendo de las características del lugar a estudiar, ya que este es un punto muy importante a la hora de elegirlo.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que los técnicos expuestos a la radiación durante sus turnos. Esto también afecta al medio ambiente (el edificio donde se encuentra la máquina).

Para reducir todo tipo de riesgos, además de limitar las dosis, debemos utilizar medidas de protección de plomo individual y colectiva en el medio ambiente.

La radiografía es la primera aplicación médica de las radiaciones ionizantes y la más conocida, sigue siendo la primera elección para el radiodiagnóstico. En el caso de las radiografías o de otras pruebas que implican la exposición a radiación ionizante, los médicos y los expertos pueden ayudar a reducir su exposición y el riesgo a daños.

El contraste radiográfico y tomográfico es útil para detectar patologías u observar cambios morfológicos. Hay muchas pruebas para comparar y en ocasiones incluso podemos utilizar una técnica de doble contraste.

6 Bibliografía

1. Consejo de Seguridad Nacional.
2. Libro de Salud laboral: prevención de riesgos laborales. Formación Continuada Logoss. OMS: Radiaciones ionizantes.
3. Guía de seguridad 5.11 del Consejo de Seguridad Nuclear. Aspectos técnicos de seguridad y protección radiológica de instalaciones médicas de rayos X para el diagnóstico. Madrid, 1990.

Capítulo 87

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO Y SU INFLUENCIA EN LA MEDICINA FORENSE

ERIKA CAMPOS CARPINTERO

LIDIA ALCÁZAR CAÑADILLAS

MARIA DEL PRADO RUIZ RUIZ

FEDERICO RIVERA GARCIA

MARIA JESUS CHICO CABEZAS

1 Introducción

Aplicación de técnicas de imagen comúnmente utilizadas en el diagnóstico.

Las clínicas forenses crearon una nueva especialidad en medicina: la radiología legal. Sus aplicaciones incluyen autopsias y valoración de fracturas en casos maltrato, especialmente en casos de sospecha de abuso infantil, identificación, Documentos en caso de negligencia o invalidez, edad estimada, pasaje Medicamentos y obras de arte falsificados, sobre la base de datos obtenidos de las técnicas.

Radiología convencional o imagenología moderna. Métodos como la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética nuclear (RMN) o la ecografía, Cuando se aplican a disecciones de cadáveres, se denominan disecciones virtuales y ecodisecciones.

Estas nuevas tecnologías muestran un gran potencial en la investigación forense porque no es invasivo y no destructivo en el caso de las autopsias, Gracias a las capacidades de diagnóstico rápido, así como a un sistema simple de registro y archivo, la información puede almacenarse indefinidamente y las evaluaciones pueden realizar muchas.

Análisis de imagen. Las acciones, como la reconstrucción volumétrica o el escalado de formas, se pueden enviar tantas veces como sea necesario y los datos para otros profesionales sin necesidad de procesamiento de muestras. Actualmente en uso

Por costos económicos y necesidades y carencias de infraestructura

La educación y la experiencia sin duda se convertirán en herramientas importantes en una investigación forense.

2 Objetivos

Exponer la importancia de la radiología en el campo de la medicina forense y conocer las distintas exploraciones en este campo.

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

1. Determinación de la edad:

La edad es una característica de una persona que permite definirla. En términos de antropometría, esta determinación de la edad será más precisa.

Aun así, las radiografías proporcionan la aproximación más precisa la edad del paciente.

Hay varias técnicas radiológicas que pueden determinar esto, lo más importante es estudiar los patrones de la muñeca para determinar la edad. También hay que examinar las características del hueso del carpo y de los dientes.

El paciente es el núcleo del desarrollo y a cierta edad se cierran las suturas del cráneo.

2. Radiografías de abuso infantil:

El examen radiográfico fue uno de los pilares diagnósticos de 863 niños maltratados y esto tuvo que ser realizado luego de una investigación multidisciplinaria. Además del daño a los tejidos blandos, puede detectarse fácilmente mediante imágenes, debido a esqueletos (comúnmente encontrados en cadáveres) y lesiones relacionadas con el abuso infantil. Los cambios más comunes en la enfermedad ósea son los siguientes:

-Nago de huesos: más común en abuso infantil y representan el 76 %

Niños.

Las lesiones óseas ocurren en estas condiciones.

Fracturas de distal, fémur, tibia proximal y distal, húmero proximal, estos se describen como

Manija de barril compatible con la camioneta Salter Harris II

Las fracturas espirales de huesos largos también son muy específicas torceduras, fracturas costales, especialmente en la región posterolateral, y

Morfología de las fracturas de clavícula y acromion. Fractura por torsión de huesos largos, fractura

Costillas, especialmente las causadas por estructuras torsionales.

Región posterolateral y separación de clavícula y acromion.

Sobre la morbilidad y la mortalidad.

La resonancia magnética y la ecografía también son útiles, especialmente para documentar lesiones en la cabeza. La gammagrafía ósea ayuda con las fracturas si se sospecha una fractura subyacente, si hay antecedentes.

El síndrome de Munchausen, parte del maltrato infantil, también requiere un examen radiológico, según la modalidad utilizada para inducir los síntomas.

3. Hacemos autopsias en el campo, como ultrasonidos.

-proceso:

Los cuerpos se colocaron en posición supina, excepto en los casos de perforación cerebral.

El foramen magnum se encuentra en el espacio intercostal prono.

Aspire cualquier líquido que encuentre, incluido el líquido de órganos huecos y quistes. Enviar lo antes posible antes de la aspiración para citología. microorganismos, etc

Uso de las radiografías en el estudio de la muerte asociada a asfixia mecánica (estrangulamiento o ahorcamiento): Los estudios de muertes asociadas a la asfixia

mecánica ayudan a determinar si la asfixia fue causada por un tercero (estrangulamiento) o autoinfligida (ahorcamiento).

En muchos casos, la escena no proporciona suficiente información para determinar

Contexto donde ocurrió el evento. Por lo tanto, un estudio completo del cadáver ayuda a los médicos a determinar el método exacto de muerte. Las radiografías ayudan a identificar daños estructurales en el cuello, edad del paciente o víctima. De ahí la distinción entre estrangulamiento y suicidio. Uso de radiografías en estudios de mortalidad perinatal: identificar y perfilar el trauma óseo que ocurre en el canal del parto.

En caso de parto, mortalidad perinatal, el examen de rayos X es útil.

Determinar si la muerte ocurrió en el útero. Dentro del útero fuera del palacio.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos con algo muy importante y es que la radiología y entre ella todo el equipo que lo forman y la medicina forense están estrechamente relacionadas, dada la gran cantidad de casos que requieren investigación radiológica para lograr resultados. Dado que Los avances tecnológicos de los últimos años han convertido a la radiología en una herramienta fundamental para el diagnóstico de diversas patologías. Debemos preocuparnos por seguir adquiriendo equipos con la más alta tecnología para mejorar nuestro trabajo y brindar el mejor servicio a investigadores y usuarios.

Es importante actualizar y capacitar continuamente a los radiólogos para ampliar sus conocimientos y aplicarlos a los servicios que brindan.

6 Bibliografía

1. Dirnhofer R, Jackowski C, Vock P, et al. Virtopsy: minimally invasive, imaging-guided virtual autopsy. *Radiographics*. 2006;26:1305-33.
2. Levy AD, Abbott RM, Mallak CT, et al. Virtual autopsy: preliminary experience in high-velocity gunshot wound victims. *Radiology*. 2006;240:522-8.7.
3. Manzano AC, Morillo AJ, Vallejo JM, et al. Necropsy by magnetic resonance in a case of conjoined thoracopagus twins. *J Magn Reson Imaging*. 2001; 13:976-8

Capítulo 88

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO Y LOS APARATOS DE RADIOLOGÍA CONVENCIONAL

ERIKA CAMPOS CARPINTERO

LIDIA ALCÁZAR CAÑADILLAS

MARIA DEL PRADO RUIZ RUIZ

FEDERICO RIVERA GARCIA

MARIA JESUS CHICO CABEZAS

1 Introducción

La Radiología Convencional es una técnica de imagenología en la que se observan las estructuras internas del cuerpo.

Estas imágenes se hacen con un equipo radiológico convencional, que lanza radiaciones electromagnéticas que son los rayos X que a su vez traspasan el cuerpo de la persona a la que se le está realizando la prueba.

Cuando se trabaja con equipos móviles hay un elemento que es muy común en los equipos de radiografías y gammagrafía y que producen radiaciones en otros entornos que no están preparados para este fin. Por lo tanto, debemos de realizar todo lo que hemos previsto en los reglamentos para poder salvaguardar al público

que se le va a realizar en general y así prevenir de los riesgos que lleva la emisión de las radiaciones.

La radiología móvil es una modalidad desarrollada en unidades de cuidados intensivos, quirófanos, urgencias, áreas de reanimación y todas aquellas situaciones en las que no es posible trasladar a los pacientes al propio servicio de radiología. Estas radiografías son muy importantes en el manejo clínico de los pacientes. Su adquisición suele ser rápida y su descubrimiento a menudo determina decisiones de tratamiento inmediatas e importantes.

La realización de un estudio de diagnóstico por la imagen debe ser expresamente ordenada por personal médico para valorar los pros y los contras de la técnica descrita, el Técnico Avanzado en Diagnóstico por la Imagen (TSID) debe observar en cualquier momento de la prueba si existe algún riesgo para el paciente, en cuyo caso se procederá a cancelar y avisar al responsable para que tome la decisión más adecuada.

2 Objetivos

Identificar y conocer la utilización de los equipos de radiología convencional para poder obtener una buena calidad en la imagen para el tratamiento al paciente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de los equipos de radiología en el hospital y centro de salud.

4 Resultados

Entre los usos médicos de la radiación el examen más frecuente es el de rayos X (radiografía simple) con el propósito de dar un diagnóstico. Una radiografía convencional es una imagen bidimensional de un objeto tridimensional, significa que toda la información en profundidad se pierde, pues los diferentes niveles de gris en la imagen nos dan resultados sobre la atenuación de los rayos X en la trayectoria desde el momento en el que se hacen hasta llegar al espacio tridimensional. Esta intensidad de tono grisáceo nos da información sobre la densidad que atraviesa el tejido como en una radiografía simple de tórax. Los rayos X son

ideales para explorar el interior del cuerpo humano de forma "no invasiva".

La radiación ionizante puede provenir de sustancias radiactivas que emiten radiación espontáneamente o de dispositivos de generación de energía artificial, como generadores de rayos X y aceleradores de partículas. Las sustancias radiactivas pueden proceder de fuentes naturales (uranio, radio, radón, torio, etc.) que podemos encontrar de forma natural en la corteza terrestre.

El equipo de rayos X es superior al equipo de escintigrafía porque emite radiación solo cuando está en funcionamiento.

Con los equipos de rayos X no hay riesgo de fugas aun estando apagados, cosa que no ocurre con gamma. Los incidentes en los que intervienen equipos de radiografías de rayos gamma, incluso durante un breve período de tiempo, representan una pérdida de control sobre el material radiactivo, que requiere una formación adecuada y medios especiales de protección radiológica para corregir la situación.

Un tubo de rayos X es una cápsula de vidrio o cerámica que se encierra y se coloca al vacío. Consta de dos partes, el filamento o cátodo, que es la fuente de electrones, y el blanco, el anticátodo o ánodo, donde chocan. Para que los electrones escapen del cátodo, se debe crear una diferencia de potencial que acelere los electrones del cátodo (el filamento que los produce) y el ánodo. Los electrones golpearán el ánodo y acelerarán la energía cinética que obtienen por la diferencia de potencial entre el cátodo y el ánodo.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía es el método de imagen más fácilmente disponible. Suele ser el método de elección para evaluar las extremidades, el tórax y, a veces, la columna vertebral y el abdomen. Estas regiones contienen estructuras importantes con densidades diferentes a los tejidos adyacentes. Por ejemplo, la radiografía es la prueba de primera línea para detectar fracturas, neumonía y obstrucción intestinal.

Los empleados que manejan los equipos deben conocerlos adecuadamente para poder asesorar a otros empleados que trabajan en estas unidades. La principal regla de protección radiológica es la distancia, basta con que todo el personal se aleje a más de tres metros de la fuente de radiación.

La radiología simple sigue siendo una herramienta muy importante para el diagnóstico de ciertas enfermedades, por lo que es importante que el clínico adquiera conocimientos que le permitan leer sistemáticamente y saber interpretar posibles signos patológicos.

6 Bibliografía

1. Medline <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003337.htm>
2. Pubmed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30473141>

Capítulo 89

PET. TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES.

NOEMI PRIETO GONZALEZ

1 Introducción

La PET o técnica de tomografía por emisión de positrones, permite estudiar o cuantificar los procesos biológicos y fisiopatológicos in vivo, de forma no invasiva y sin depender de criterios morfológicos o estructurales.

Esta técnica consiste en la administración de un fármaco marcado con un isótopo emisor de positrones y en la detección de su emisión radiactiva gracias a una cámara PET.

El sistema detector de la cámara PET se basa en la detección de dos fotones simultáneos de 511 KeV emitidos en sentidos opuestos como producto de una reacción de aniquilación. La disposición de los detectores en oposición determina un volumen sensible cuyo centro es la línea que conecta el centro de los detectores permitiendo la detección simultánea de los fotones producidos en la aniquilación. Para llevar a cabo un estudio son necesarios cinco elementos:

- Ciclotrón: es un acelerador de partículas cargadas que son aceleradas mediante un campo magnético oscilatorio hasta que se alcanza la energía cinética necesaria para producir reacciones nucleares al chocar con un material blanco o diana.
- Laboratorio de radioquímica: en la técnica PET el proceso de síntesis y marcaje de todas aquellas moléculas tanto orgánicas como inorgánicas, que vayan a ser utilizadas tiene que ser rápido y automatizado. Antes de administrar estas moléculas a los pacientes, tienen que ser controladas las características de calidad radioquímicas y radiofarmacéuticas de estas moléculas; por ello es necesario disponer de una sala donde se puedan llevar a cabo estas pruebas.

- Cámara de positrones: es aquella que nos permite detectar selectivamente la radiación emitida por los positrones.
- Sala de control: donde desempeña su trabajo el técnico y/o el médico y donde están ubicadas las consolas de control y los monitores de visualización de las imágenes.
- Sala o habitación donde suele esperar el paciente desde que se le inyecta el radioisótopo hasta que es trasladado a la sala que contiene la cámara PET.

2 Objetivos

La técnica PET tiene como principal aplicación la oncología pero su aplicación se extiende también a enfermedades psiquiátricas, neurológicas y cardiológicas.

3 Metodología

Para la realización de dicho capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos, en Google Académico y se han consultado diferentes libros de texto.

Se han utilizado como palabras claves y descriptores: PET, tomografía, técnica tomográfica y aplicación de la PET.

4 Resultados

La técnica de exploración se basa en determinar todos aquellos pasos necesarios desde que llega el paciente hasta que se obtiene una imagen satisfactoria.

Para entenderlo mejor vamos a ver un ejemplo de protocolo PET:

- Preparación previa: el paciente debe de llegar en ayunas de al menos 4-6 horas previas al estudio. Para evitar la tensión del paciente ante la prueba, se le puede medicar por vía oral antes de la administración de la dosis.
- Administración del radiofármaco: se administra por vía intravenosa. La dosis es variable ya que depende de la sensibilidad del equipo y de la forma de adquisición del estudio. Para calcular la dosis, generalmente se tiene en cuenta la talla y la masa muscular del paciente, no el peso.
- Instrumentación: depende siempre del equipo utilizado.
- Tiempo de espera: por lo general se deben de esperar entre 60 y 120 minutos a partir de la administración del radiofármaco y no es conveniente demorar el

estudio mucho mas de esos 120 minutos, para evitar así la pérdida de la actividad del isótopo administrado.

- Posición del paciente: en la técnica PET el paciente se sitúa en decúbito supino acostado sobre la camilla de exploración y en posición confortable para evitar el movimiento durante el largo período de adquisición.
- Tipo de adquisición: dependiendo del tipo de estudio y la parte del cuerpo que se necesite explorar la adquisición puede ser de tres tipos: de cuerpo entero, cuerpo entero hasta los muslos o de una zona localizada como por ejemplo corazón o cerebro.
- Proyecciones: una vez adquirido el estudio se procesan los resultados obteniéndose distintos tipos de imágenes según el tipo de PET realizado. De manera general pueden obtenerse cortes topográficos de todo el cuerpo que una vez acabo el estudio se reestructuran y dan lugar a una visión tridimensional del cuerpo del paciente.
- Tiempo de adquisición del estudio: por lo general el tiempo de adquisición de cada posición de la camilla varía de 5 a 10 minutos pero depende del equipo concreto con el que se trabaje.

5 Discusión-Conclusión

La instalación del PET en España tuvo lugar en 1995. A partir de entonces los cambios en cuanto a instrumentación han sido poco pero evolucionados hacia una técnica cada vez más sensible y fiable.

En la actualidad se combina el PET con el TAC.

El correcto funcionamiento del tomógrafo PET es absolutamente necesario para obtener imágenes de calidad.

El control de calidad del equipo debe cumplir tres requisitos:

- Mantenimiento preventivo que corre a cargo del servicio técnico del equipo.
- Control de estabilidad diaria, que debe de ser realizado por el personal de la unidad.
- Pruebas estandarizadas de control de calidad que deben ser específicamente realizadas por un radiofónico experto en PET.

6 Bibliografía

INTERNET:

- <https://www.radiologyinfo.org/es/info/pet>
- <https://blog.fpmaragall.org/pet-prueba-medica>

- <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/temas-especiales/pruebas-de-diagnostico-por-la-imagen-habituales/tomograf%C3%ADa-por-emisi%C3%B3n-de-positrones-pet>

LIBRO:

- Tomografía por emisión de positrones y tomografía computarizada. Aplicaciones clínicas (editorial medica panamericana).
- Tomografía computarizada dirigida a técnicos superiores en imagen para el diagnóstico (aetr).

-

Capítulo 90

LA HIGIENE Y PROTECCIÓN EN CUANTO A LOS TÉCNICOS EN RAYOS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

VÍCTOR MERAYO DOMÍNGUEZ

1 Introducción

Se denomina higiene al conjunto de técnicas o prácticas que realiza una persona o grupo de personas para eliminar todo tipo de agente patógeno o contaminante que pueda causar nocivo para la salud de las personas.

La higiene personal es un término fundamental para el aseo, limpieza y cuidado del cuerpo de las personas para tener o contar con una buena salud y prevenir todo tipo de problemas como enfermedades o infecciones. También es la rama o ciencia de la medicina que tiene por finalidad aumentar los años de vida y guardar y conservar la salud de todas las personas.

Esta palabra proviene del francés y también del griego. Hace referencia a la limpieza, aseo o el bien también cuya finalidad es mantener la buena salud de las personas y prevenir todo tipo de enfermedades e infecciones.

También se dice que es una práctica que tiene relación o tiene que ver con el estilo de vida, limpieza, salud y medicina. Esto son medidas que se acaban adquiriendo como rutinas diarias o hábitos que forman parte de nuestro día a día para obtener una buena salud y proteger el cuerpo de una persona creando barreras y medidas de seguridad para evitar problemas en la salud.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo de libro es conocer algunos métodos de higiene que se les aplique a los técnicos en rayos.

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, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La finalidad de la higiene en cualquier entorno o ámbito, es mejorar la salud, conservarla y prevenir todo tipo de infecciones o enfermedades nocivas para la salud.

Se identifica como higiene a los diferentes factores que una persona adquiere para estar limpia mediante el uso de champú o jabón y también agua. También hace referencia a las relaciones sociales como por ejemplo:

- Limpieza y desinfección de lugares o de las personas.
- Rutinas o hábitos que optimizan la salud.
- Una pequeña parte de la rama de la medicina dedicada a mejorar la salud de las personas.
- Reconocer, evaluar y controlar los métodos o factores en las zonas de trabajo para prevenir enfermedades que sean altamente contagiosas y que dañen la salud, el bienestar, la incomodidad en los ciudadanos o trabajadores.
- La higiene incorrecta afecta tanto en la salud propia como en la salud de los demás con la presencia de enfermedades como conjuntivitis, diarrea, gripe común, infecciones en piel o uñas.
- Que la basura o elementos contaminados se coloquen en ciertos sitios como andar tirando la basura en el suelo, en parques, en áreas recreativas, etc.
- Las aguas contaminadas o no potables que son nocivas para el consumo propio para el lavado o para ingerirla puede causar problemas de diarrea o vómitos porque proceden de inodoros.

En los lugares de trabajo se debe de contar con una máquina expendedora de agua potable donde debe de tener acceso todo el personal y contar con vestuarios o

zonas de higiene personal.

Algunas funciones en cuanto a los técnicos en rayos deben de ser:

Algunas de las medidas de protección o higiene radiológica se determinan en tres conceptos o términos como la distancia con los diferentes equipos que produzcan radiaciones nocivas en la salud, también se debe de tener en cuenta el tiempo de exposición y las medidas para absorber la radiación.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro, en resumen se dice que la higiene es una disciplina que se encarga o se ocupa del bienestar de todas las personas. Por ello, la limpieza personal y de superficies es de gran importancia en todos los aspectos porque influye en nuestro día a día porque como se dice " la limpieza es salud". Las personas creamos o adquirimos rutinas de higiene para conservar nuestra higiene y también cuidar las relaciones sociales junto con las enfermedad o infecciones que una persona pueda contraer debido a una mala higiene o carencia de limpieza en su vida diaria.

6 Bibliografía

Bishop, WJ (1995). The Early history of surgery. Barnes & Noble. ISBN 1-56619-798-8

K.-H. Tscheliessnigg: Der Hybrid-OP-Saal als multifunktionaler Therapieraum der Zukunft – Interdisziplinarität, bildgeführte Therapie, Integration medizinischer Technologie wie CT, Angiographie, Navigation und Robotic in: Journal für Kardiologie – Austrian Journal of Cardiology 2010; 17 (7–8), 285–292

Capítulo 91

LA GRAN IMPORTANCIA Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA TÉCNICA DE DECUBITOS LATERALES

JUAN ANTONIO PÉREZ GUTIÉRREZ

DAVID ISASI ZAMORA

MARIA ANTONIA RAMÍREZ IMEDIO

JEAN PIERRE ARANDA YUSTE

MARÍA JOSE PEREZ GUTIERREZ

1 Introducción

Los decúbitos laterales derecho (DLD) y decúbito lateral izquierdo (DLI) entran dentro del grupo tan importante, llamado cambios posturales, dichos cambios son muy utilizados en pacientes con poca movilidad y dependientes. Gracias a ellos, podemos evitar la aparición de heridas llamadas úlceras por presión (UPP).

A no ser, que existan contraindicaciones de los decúbitos en un paciente, siempre deberán realizarse, dependiendo de diversos factores, como la edad, estado nutricional, estado de hidratación, etc. Serán realizados cada dos o tres horas. Siempre deberá ser valorado dependiendo de ciertos grados de dependencia y los factores que hemos comentado anteriormente.

Para entender, lo que podemos evitar gracias a estas movilizaciones, vamos a definir las úlceras por presión (UPP):

Las UPP son una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Este tipo de ulceraciones tienen diversos estadios (I, II, III, IV). Estos números constatan de menor a mayor la gravedad de las lesiones. El estadio I habla de un eritema (enrojecimiento de la piel), y el estadio IV es la máxima lesión, pérdida de tejido en la que puede apreciarse el hueso.

Este tipo de lesiones, puede alterar de manera muy excesiva y de empeoramiento, la vida del paciente y la estancia hospitalaria. Aquí, es donde el celador, juega su papel, y un papel muy fundamental para el paciente encamado, evitando este tipo de lesiones.

En este capítulo, hablaremos de la realización de los decúbitos laterales, y la colocación de almohadas, así, se evitarán presiones entre los planos duros, dejando entre medias, planos blandos, y así, también, mejorar la comodidad del hospitalizado.

2 Objetivos

Dar a conocer el método efectivo de colocación de un paciente en decúbito lateral izquierdo (DLI) y decúbito lateral derecho (DLD) y la colocación de almohadas para evitar la aparición de úlceras por presión (UPP) bajo las técnicas y el protocolo de actuación del celador.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

Para explicar los pasos a seguir de la colocación del paciente en decúbito lateral izquierdo (DLI) y decúbito lateral derecho (DLD) partiremos de la base de que el paciente se encuentra en Decúbito supino (DS).

Para comenzar, el celador, deberá seguir los siguientes pasos:

1. Se lavará las manos y se colocará los guantes. No tienen que ser estériles.
2. Una vez, en la habitación, se deberá explicar al paciente lo que se le va a realizar, y se pondrá ante todo su intimidad, mediante biombos, y con la puerta cerrada.
3. Se posicionará la cama completamente en horizontal, y si la cama, además, puede moverse en bloque, se colocará a la altura en el que el celador pueda efectuar la técnica sin lesionarse.
4. Retiraremos la almohada de la cabeza, así, será mucho más sencillo para su movimiento. Se retirará con cuidado, teniendo precaución con la cabeza del encamado.
5. Para comenzar la movilización, el paciente debe ser trasladado hacia la punta de la cama. Para el decúbito lateral derecho, se le trasladará hacia el lado izquierdo, para el decúbito lateral izquierdo, será al contrario, hacia el lado derecho. Para ello, el celador, realizará el movimiento en tres toques (primero los hombros, después la cadera y por último, las piernas). Es una buena forma, para evitar lesiones y evitar hacer daño al paciente, pasar uno de los brazos por debajo de los hombros y después de cadera, hasta llegar al otro extremo, mientras que con la otra mano acompañarlo hacia el cuerpo del celador. La colocación de las piernas es más sencilla, basta con agarrarlas con las manos y llevarlas con el resto del cuerpo.
6. Una vez, que el paciente se encuentra completamente recto en el borde de la cama, se colocará su pierna derecha flexionando la rodilla y dejando su pie apoyado en la cama (en el caso de que queramos el DLI, si queremos el DLD será la pierna izquierda). La otra pierna permanecerá extendida.
7. Después, se empujará suavemente su cuerpo, apoyando una de las manos en su hombro más cercano al del celador, y otra de las manos en el trocánter de la pierna flexionada. De tal manera, que el paciente se quedará de lado.
8. Debemos prestar mucha atención a la sensación del paciente al realizar la técnica de movilización, si le duele, o es incómodo para él.
9. El hombro y el brazo que están en contacto con la cama, es importante que no se queden “atrapados” por lo que deberemos corregir esa postura, con un solo movimiento. El celador introducirá su mano por debajo del hombro, y se arrastrará levemente hacia fuera,

así, garantizaremos una posición ergonómica correcta.

10. El brazo que se encuentra más alejado del colchón, deberá encontrarse con el codo flexionado, conduciendo la mano hacia arriba. Así, no existirá una posición muy rígida.

11. Una vez terminada la movilización, el profesional, colocará las almohadas, la primera será la de la cabeza, es de vital importancia colocarla rápido, así evitaremos lesiones en el cuello del paciente.

12. Se colocará, también, una justo detrás de la espalda del encamado, para evitar que deshaga el cambio postural.

13. Otra de las almohadas se coloca entre ambas piernas, así se evitarán presiones entre las rótulas y tobillos.

14. También, se puede colocar otra almohada entre los brazos. Aunque no es tan usual colocarlas, ya que no suelen coincidir ambos codos.

15. Finalmente, cuando el paciente se encuentra perfectamente colocado, le arroparemos, y le dejaremos lo más cómodo posible.

16. Nos despediremos, nos quitaremos los guantes y nos lavaremos las manos. Las úlceras más comunes suelen darse en decúbito lateral, son en trocánteres, tobillos, cóndilos, costillas, acromion y oreja. También, es muy importante hidratar la piel antes del cambio postural, mediante ácidos grasos, se debe impregnar en las zonas más propensas a úlceras por presión en esta posición. Las mencionadas anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, y tal como hemos visto en el presente capítulo a pesar de que el celador, es un personal no sanitario, es uno de los que más contribuye al confort del paciente.

Gracias a sus técnicas y conocimientos es capaz de lograr el bienestar del paciente en el tiempo que requiere ser ingresado.

Si el celador no realizara correctamente sus funciones, podría desestabilizar al paciente, provocar lesiones o incluso, provocárselas a sí mismo.

La práctica de estas técnicas, como son los cambios posturales requieren de unos conocimientos y unos protocolos que no pueden ser realizados por cualquier persona, debe ser una combinación perfecta, que aporte al paciente bienestar y no dolor o incomodidad, e incluso en el peor de los casos lesiones.

El celador es un profesional con capacidad de determinar cada cuanto tiempo y que movimientos son los mejores para el paciente encamado. Por todo esto, el celador, es una figura indispensable en cualquier unidad de un hospital.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100008.

Capítulo 92

PAPEL, IMPORTANCIA Y FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

JUAN ANTONIO PÉREZ GUTIÉRREZ

DAVID ISASI ZAMORA

MARIA ANTONIA RAMÍREZ IMEDIO

JEAN PIERRE ARANDA YUSTE

MARÍA JOSE PEREZ GUTIERREZ

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es una lesión en la piel que se produce por permanecer en una misma posición durante un tiempo prolongado. La causa de su formación, principalmente, es la presión ejercida en los tejidos entre dos planos duros produciendo falta de oxigenación en los mismos (isquemia).

Las prominencias óseas fisiológicas del paciente y la cama, silla, calzado, etc., son los principales planos duros que producen la presión en los tejidos.

Otras fuerzas mecánicas como la fricción o rozamiento y el cizallamiento también son causa de formación de úlceras por presión.

Pueden afectar a todas las capas de la piel (epidermis, dermis e hipodermis), a las articulaciones, músculos y tejido óseo.

Además, hay que tener en cuenta otros factores que son propios del paciente como la incontinencia urinaria y fecal, alteraciones nutricionales, percepción sensorial disminuida producida por diabetes mellitus, estado de conciencia o procesos terminales.

Las zonas principalmente afectadas, son los talones, las tuberosidades isquiáticas, la región sacra y las caderas.

Se estima que, al menos el 95% de las úlceras por presión son evitables siempre que se pongan en práctica medidas de prevención, por lo tanto, son un indicador negativo de la calidad de los cuidados prestados al paciente.

2 Objetivos

- Explicar de manera detallada que son las UPP o úlceras por presión, por qué se producen, manera de tratarlas y prevenir su aparición por parte del personal celador.
- Explicar la manera de movilizar al paciente por el celador para que no le aparezcan este tipo de úlceras por presión.
- Exponer la importancia que este personal tiene en estas tareas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Factores de riesgo en la formación de úlceras por presión. a) Extrínsecos:

1.- Presión: hay que tener en cuenta la fuerza de la presión capilar ejercida, así como la duración de la misma, siendo una presión leve pero mantenida en el tiempo más perjudicial que una presión intensa durante un corto espacio de tiempo.

2.- Humedad: la humedad procedente del sudor, agua, orina o heces produce maceración en la piel haciéndola más vulnerable a las heridas 3.- Cizallamiento: fuerzas tangenciales que combinan presión y fricción, permaneciendo la piel fija, pero desplazándose la estructura ósea que recubre.

4.- Tratamientos farmacológicos. b) Intrínsecos:

1.- Edad avanzada: a mayor edad mayor pérdida de elasticidad en la piel, disminución del espesor del tejido celular subcutáneo y disminución de capilares con reducción de aporte sanguíneo cutáneo. 2.- Incontinencia: humedad y aumento del pH por el efecto de las bacterias ureasas positivas produciendo mayor de la permeabilidad de la piel.

3.- Fiebre: aumenta el metabolismo celular incrementando el riesgo de necrosis isquémica.

4.- Malnutrición: ingesta insuficiente de proteínas que inhibe la cicatrización de las úlceras.

5.- Diabetes: acelera el proceso de necrosis por la microangiopatía.

6.- Inmovilidad.

7.- Trastornos neurológicos con déficits sensoriales y motores.

Principales localizaciones.

1.- Decúbito supino: occipital, escápula, codo, sacro y talón.

2.- Decúbito lateral: costillas, oreja, cresta iliaca, cóndilos, maléolos, hombro y trocánter

3.- Decúbito prono: mejilla, mamas (mujeres), genitales (hombres), rodillas, punta de los dedos de los pies.

4.- Sedestación: omoplato, cresta iliaca, sacro, zona poplíteas, trocánter, isquion, pies. - Escalas de valoración del riesgo más importantes Para valorar el riesgo de aparición de úlceras en un paciente concreto se utilizan una serie de escalas que es importante conocer: escala de Norton, escala de Braden, escala de Arnell y la escala de Emina suelen ser las más utilizadas.

Clasificación

También existen diferentes formas de clasificar las úlceras por presión, aunque la más generalizada es la que se basa en la profundidad y en la extensión del daño en los tejidos.

Se clasifican en cuatro grados o estadios. a) Grado I: zona enrojecida en la piel que no se vuelve blanca cuando se presiona con el dedo (la úlcera por presión

empieza a formarse). La piel puede presentar decoloración con calor, edema y dolor en la zona. Piel íntegra. Se trata de las más leves, pero si no se curan en pocas horas pueden pasar a un grado mayor b) Grado II: aparece una llaga abierta o una ampolla, la zona de alrededor puede estar roja e irritada. La epidermis y/ o dermis aparece rota. c) Grado III: pérdida total del grosor de la piel formando un agujero abierto denominado cráter. Tejido subcutáneo dañado, pero sin afectar al hueso, tendones o músculo. d) Grado IV: daño en el músculo y a veces en los tendones, llegándose a ver incluso el hueso. Aparece tejido muerto (esfacelos o escaras) y puede haber socavamiento o tunelización hacia zonas más extensas.

Posicionamiento del paciente para evitar úlceras por presión.

- 1.- Mantener los talones protegidos y elevados de la superficie de la cama.
- 2.- Utilizar almohadas o cuñas para separar las prominencias óseas.
- 3.- Para evitar la lesión en el trocánter mayor hay que limitar la rotación del paciente a 30° tanto desde el decúbito dorsal como ventral. Nunca posicionar en decúbito lateral puro y extremo.
- 4.- Si la patología del paciente lo permite, mantener elevada la cabecera de la cama en 30.º
- 5.- Corregir la posición evitando sobrecargas sobre úlceras existentes.
- 6.- Se desaconseja la inmovilización a excepción de indicación médica específica y por breves períodos de tiempo.

Posiciones básicas recomendadas.

- 1.- Decúbito dorsal con 30° de rotación tanto hacia la izquierda como hacia la derecha, aliviando la presión con un triángulo debajo de la región glútea (derecha o izquierda), elevación de la cabecera en 30° y control de la posición de los pies.
- 2.- Decúbito dorsal con flexión de caderas y rodillas con almohadas o cuñas separando las prominencias óseas.
- 3.- Decúbito ventral con 30° de rotación tanto hacia la izquierda como hacia la derecha con almohadas o cuñas separando las prominencias óseas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en el cuidado y prevención de las úlceras por presión (UPP) es fundamental, ya que estas úlceras aparecen por muchos motivos y para conseguir una buena calidad asistencial es importante medir nuestra actuación como celadores y fomentar la formación continuada, actualizar nuestros

conocimientos y trabajar en equipo para conseguir un objetivo común, que es el de garantizar una buena calidad asistencial y el bienestar de las personas a cargo de dichos profesionales.

Es por eso que hay que resaltar la importancia de los celadores para que estos trabajen unidos para conseguir unos buenos resultados. El papel del celador en el cuidado de las (UPP) se hace primordial y se debería ser reconocida su labor en los cuidados de dichas dolencias.

6 Bibliografía

- 1- Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión. Edición bilingüe. [Internet] [citado 2006] Disponible en <https://extranet.sergas.es/catpb/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=1316>
- 2- Guía de cuidados: prevención de las úlceras por presión. [Internet] [citado 15 junio 12] Disponible en https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/guia_cuidados_preencion_upp.pdf
- 3- Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Servicio de Salud de las Illes Balears. [Internet] [citado febrero 18] Disponible en <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1581/2018-guia-upp-es.pdf>
- 4- revistamedica.com/importancia-celador-cuidado-ulceras-por-presion/

Capítulo 93

¿CÓMO REALIZAN LOS CELADORES LAS MOVILIZACIONES CON GRUA DE LOS PACIENTES Y QUÉ FUNCIONES TIENE ESTE PERSONAL EN ESTE ASPECTO?

JUAN ANTONIO PÉREZ GUTIÉRREZ

DAVID ISASI ZAMORA

MARIA ANTONIA RAMÍREZ IMEDIO

JEAN PIERRE ARANDA YUSTE

MARÍA JOSE PEREZ GUTIERREZ

1 Introducción

La grúa es una herramienta auxiliar que utiliza el personal sanitario para movilizar al paciente dependiente. Con este elemento auxiliar se podrá realizar la movilización del paciente de una forma mucho más segura y evitar así el riesgo de lesiones, tanto del paciente como de su cuidador. Con la utilización de la grúa no será necesaria la ayuda de ninguna otra persona. Tan solo el cuidador será necesario para su movilización, dado que su utilización es muy sencilla.

Con la utilización de la grúa se podrán realizar todas las tareas para un buen cuidado del paciente. Desde incorporarlo para hacer un cambio desde la cama

al sillón, para realizarle el aseo o incluso para llevarlo al inodoro y que realice sus necesidades sin tener que retirar el arnés. Además, se podrán utilizar para una gran variedad de fines terapéuticos como la rehabilitación en piscinas o la rehabilitación en sala.

Estas grúas no solo podrán ser utilizadas en Centros Sanitarios, sino que su uso también podrá ser extendido al uso domiciliario. De esta manera los familiares de una persona con movilidad reducida podrán realizar las tareas de movilización, traslado, aseo y rehabilitación de un modo más cómodo y sin la necesidad de realizar grandes esfuerzos.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que realiza este personal no sanitario con la grúa en la movilización de pacientes.
- Explicar qué son las grúas auxiliares, cómo se realizan los movimientos básicos y cómo colocar el arnés al enfermo de la unidad sanitaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las grúas auxiliares son un tipo de ayuda técnica que permite realizar la movilización de los pacientes dependientes que no tengan ningún tipo de movilidad o esta sea reducida. Lo podrán realizar de una forma segura y a la vez cómoda, tanto para el paciente como para el cuidador, evitando así las posibles lesiones sufridas en la espalda por parte del cuidador al reducir los esfuerzos que debe realizar.

Los movimientos que se van a realizar con la grúa básicamente serán dos, desde la posición de tumbado realizar el traslado al sillón o silla de ruedas y viceversa. Para la colocación del arnés se han de seguir los siguientes pasos:

Desde la posición de tumbado:

1. Estando el paciente en posición decúbito supino (boca arriba), colocarlo en posición decúbito lateral (de lado).
2. Colocar el arnés sobre la cama bien estirado.
3. Girar al paciente sobre el arnés y colocarlo en posición decúbito lateral sobre el otro lado.
4. Pasar al paciente a posición decúbito supino.
5. Colocar las bandas inferiores de forma entrecruzadas.

Desde la posición de sentado:

1. Colocar el arnés desde arriba hacia abajo por la parte de atrás del paciente. Reclinado levemente al paciente para facilitar la maniobra.
2. Pasar las bandas inferiores de forma entrecruzada.

Para la maniobra de elevar al paciente se seguirán los siguientes pasos:

1. Se acercará la grúa y bajará el brazo.
2. Colocar las bandas superiores del arnés enganchando en el lugar correspondiente (la más corta).
3. Colocar las bandas inferiores en los enganches contrarios a las bandas.
4. Elevar al paciente con suavidad y transportarlo al lugar correspondiente. Para la movilización de la grúa con el paciente en suspensión se han de abrir las patas de la grúa para conseguir una mayor estabilidad.

A la hora de posicionarlo en el lugar deseado se seguirán los siguientes pasos:

1. Colocar al paciente sobre la superficie deseada.
2. Se descenderá el brazo de la grúa.
3. Se sujetará con una mano el arnés para ayudarse a colocar al paciente en la posición deseada y con la otra mano se descenderá el brazo.
4. Se retirará el arnés de forma inversa a como se colocó.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y tal como hemos visto, la utilización de un medio auxiliar mecánico como es la grúa para la movilización y transporte de los pacientes encamados con movilidad nula ayudara a intervenir sobre el paciente. De modo que facilitará por parte del cuidador al desplazamiento de este a la hora de realizarle los cuidados básicos como la higiene. Con la utilización de esta herramienta auxiliar se evitarán lesiones por ambas partes. El paciente evitará ser dañado durante su manejo y el cuidador evitará la realización de sobre esfuerzos a la hora de su movilización que pueden provocar lesiones de espalda. Por otro lado, al ser necesario tan solo un cuidador para realizar el movimiento del paciente, el resto de personal podrá atender los cuidados de otros pacientes o realizar otras tareas.

6 Bibliografía

- <https://ortopediaenlinea.com/arneses/>.
- <https://moovintecmovilidad.es/diferencias-minusvalia-movilidad-reducida/#::text=Las%20personas%20con%20movilidad%20reducida,tener%20o%20no%20una%20discapacidad.>

Capítulo 94

PAPEL DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ANIMALARIO

JOSÉ GOMEZ HIDALGO

JOSÉ MORENO LABRADOR

ALVARO CAYETANO ROMERO

RICARDO GÓMEZ FERNÁNDEZ

DAVID VIÑAS LOZANO

1 Introducción

¿Qué es el Animalario? ¿Para qué sirve?, son preguntas que nos hacemos. Es una dependencia del hospital donde se experimenta con animales. Al Celador que se encarga del Animalario se le llama Animalcro.

Es un servicio prestado a un hospital para procedimientos o fines científicos o educativos únicamente para los siguientes fines:

- Investigación médica y legal.
- La preservación del medio ambiente natural es beneficiosa para el bienestar o la salud humana y del resto de animales y conservación de la biodiversidad.
- Entrenamiento y educación.

Se deben cumplir los siguientes requisitos para el alojamiento y/o cuidado de animales de laboratorio en un hospital:

1. Proporcionar alojamiento, alimentación, bebida y condiciones ambientales adecuadas para los animales.

2. Tienen libertad de movimiento.
3. Cuida tu salud y bienestar.
4. Pueden satisfacer sus necesidades físicas y de comportamiento.
5. Para asegurar un buen nivel de sanidad, revisa diariamente las instalaciones y condiciones ambientales en las que se cultivan.
6. Hay formas en que cambia el estado de salud o bienestar de un animal. Se necesitan advertencias para mitigar estos cambios.
7. Existen normas y reglamentos escritos e instrucciones de trabajo.
8. Desarrollar un plan de acción para situaciones de emergencia o catastróficas.
9. Las personas no autorizadas no pueden acceder al refugio de animales.
10. Velar porque los animales no sufran dolor ni sufrimiento.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel que tiene el Celador en el Animalario, así como sus funciones.

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 así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros como: “Celador”, “Animalario”. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

El papel del Celador en el Animalario es:

1. Cuidar a los animales: Brindar todos los cuidados necesarios de acuerdo a las características de los animales y su ubicación.
2. Alimentación según su especie y edad, y pienso equilibrado según características y necesidades. En algunos casos especiales, necesitan dieta líquida o ayuno.
3. Asegúrese de que tengan suficiente espacio para moverse y que estén en el mejor estado de salud y bienestar posible.
4. Si no es para la reproducción, él y ella no pueden estar juntos.

5. Los animales son de fácil acceso.
6. Siga las instrucciones que reciba.
7. Lave los comederos, bebederos, jaulas, etc., con frecuencia para mantener una buena higiene y evitar olores o infecciones.
8. Si el cuerpo va a ser evacuado, enterrado o incinerado, siga los protocolos del hospital.
9. Desinfecte y limpie las bandejas de arena unas 3 veces por semana.
- 10 Bebederos llenos de agua.
11. Mover animales a diferentes adicciones.
- 12 Sostén tu cabeza y afeita ciertas áreas si tienes que cooperar en el experimento.
- 13 Mantenga la cantidad necesaria de animales que sean fáciles de criar, como conejos o ratones. No exceda esto, ya que esto significa más costos y más trabajo.
14. Tomar y capturar animales que se escapen por descuido o puertas abiertas. Se llevará un registro, que se mantendrá en el centro en todo momento y para ser tramitado por la autoridad competente, en el que constará el número de animales en el hospital, especies, importación y exportación, animales sacrificados, animales capturados, procedimientos y resultados.

El Estatuto de Personal no Sanitario, en su artículo 14-2.21 dice textualmente: “Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán, alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándolos, tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquellas y siempre bajo las indicaciones que reciban de los médicos, supervisoras o enfermeras que las sustituyan en sus ausencias”.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores se encargan del cuidado y alojamiento de los animales (alimentación, bebida, limpieza), traslado del alojamiento de los animales, cooperación en experimentos, alimentación e instalaciones para animales para mantenerlo en óptimas condiciones.

Los registros son muy importantes para que se sepa exactamente qué animales estaban allí, qué animales fueron examinados, qué resultados se obtuvieron, etc. sin siquiera ingresar a las instalaciones de animales. El papel del celador en una instalación de animales es muy importante para fines biomédicos, de vacunas, farmacéuticos y de salud. Realizan todas las tareas esenciales que aseguran una buena calidad de vida y un bienestar óptimo para los animales. Se encargan del cuidado y manejo de los animales de acuerdo a sus características y necesidades.

6 Bibliografía

www.google.es

Manual del Celador de Instituciones Sanitarias.

Capítulo 95

EL CELADOR Y LA ACTUACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

JOSÉ GOMEZ HIDALGO

JOSÉ MORENO LABRADOR

ALVARO CAYETANO ROMERO

RICARDO GÓMEZ FERNÁNDEZ

DAVID VIÑAS LOZANO

1 Introducción

El paro cardíaco es una condición en la que un paciente experimenta un cese repentino, inesperado y potencialmente reversible de la actividad mecánica cardíaca y de la respiración. Los pacientes pueden experimentar los siguientes síntomas: falta de respuesta al dolor, disnea o apnea y piel cianótica o pálida. Si el paciente experimenta cualquiera de estos síntomas, comience la RCP. Además, se debe palpar el pulso braquial o femoral en los lactantes y el pulso carotídeo o femoral en los niños. Si no está allí durante unos 10 segundos, se debe iniciar lo anterior.

Vale la pena señalar que la tasa de mortalidad por paro cardíaco en niños es alta, por lo que se deben tomar medidas preventivas para evitarla, por ejemplo, la identificación temprana de los niños que tienen mayor riesgo de paro cardíaco.

Ampliar la ingesta de líquidos en niños que desarrollan hipovolemia y tratar a aquellos con arritmias cardíacas. Además de todo esto, la atención primaria y especializada debe estar bien organizada para aumentar la rapidez, eficiencia y eficacia en esta situación.

No se debe cesar la reanimación a no ser que el paciente muestre signos de estar vivo, el reanimador se encuentre completamente agotado, o a la llegada de otros profesionales sanitarios que vayan a continuar con la reanimación o vayan a realizar una desfibrilación.

2 Objetivos

Conocer los pasos a seguir en la realización de la reanimación cardiopulmonar en el paciente pediátrico y saber la importancia que tiene el celador en estos casos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se ha buscado información en libros y además se ha usado también el buscador Google, con palabras clave.

4 Resultados

Estos son los pasos a seguir en la reanimación cardiopulmonar (RCP) del paciente pediátrico.

1. Comprobación:

Lo primero es asegurar un entorno seguro tanto para el niño, como para el reanimador que lo va a realizar. Después de comprobar que el niño no responde a nuestros estímulos, se deberá pedir ayuda y colocarlo en la posición decúbito supino. En el caso de que se dude si el paciente puede haber padecido algún traumatismo cervical lo deberemos colocar de manera que la cabeza y el cuello se encuentren alineados.

2. Abrir la vía aérea:

- Maniobra frente mentón: dicha maniobra consiste en extender la cabeza del paciente mediante la elevación de la mandíbula del mismo y la inclinación de la frente. En el caso del lactante no será necesario extender hacia atrás la cabeza, será suficiente con intentar colocarlo en una posición neutra.

- Elevación o tracción mandibular: esta maniobra se utilizará en el caso de que la maniobra anterior no se haya conseguido permeabilizar la vía aérea o también en casos en los que haya sospecha de lesión medular. En esta maniobra el reanimador se colocará en la cabeza del paciente y empujará la mandíbula hacia delante.

Tras estos pasos se deberá comprobar si el paciente está respirando o no, para ello deberemos observar si existen movimientos en el tórax, oír si hay algún sonido que nos indique que el paciente está respirando y sentir si el niño está exhalando aire.

3. Ventilar

- En el caso de que el niño se encuentre inconsciente, pero si esté respirando, deberemos colocarlo en posición lateral de seguridad y pedir ayuda.
- Si se comprueba que el niño no respira se deberán realizar los siguientes pasos:
- En lactantes: se deberán realizar 5 ventilaciones de rescate cubriendo con la boca la suya y además también su nariz para de esta forma asegurar una buena ventilación.
- Niños mayores de 1 año: se deberán realizar cinco ventilaciones de rescate sellando nuestra boca con la del paciente y pinzando su nariz.

Si tras realizar las cinco compresiones se comprueba que no están siendo eficientes se empezará directamente con las compresiones torácicas.

4. Compresiones torácicas:

En el caso de que el paciente no presente, signos vitales, y tras haber realizado las 5 primeras ventilaciones de rescate se iniciarán las compresiones torácicas a una velocidad de 100-120 compresiones por minuto. Para que las compresiones sean efectivas se debe comprimir en la mitad del esternón de tal forma que este se deprima al menos un tercio del diámetro antero posterior. Se deberán coordinar las compresiones torácicas con las insuflaciones mediante la relación 15 compresiones - 2 insuflaciones.

- En lactantes: se recomienda realizar la compresión con la punta de los dos dedos.
- En niños mayores de 1 año: las compresiones se pueden realizar tanto con una como con dos manos comprimiendo en la punta del esternón.

5. Fin de la reanimación.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir este capítulo será necesario recalcar la importancia de conocer las maniobras y pasos a seguir en el caso de presenciar una parada cardiorrespiratoria en un paciente pediátrico. Por lo tanto, será necesario conocer el proced-

imiento y actuar con la mayor rapidez posible con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad del paciente.

Por último, destacar la figura del celador ante este tipo de situaciones y lo esencial que es que conozca esta técnica y el procedimiento con el fin de salvar la vida de un niño, y evitar que tenga el menor número de secuelas posibles en su recuperación.

6 Bibliografía

1. <https://guidelines.international/wp-content/uploads/03-2017-Actualizaci%C3%B3n-de-las-recomendaciones-internacionales-de-reanimaci%C3%B3n-cardiopulmonar-pedi%C3%A1trica-RCP.pdf>.
2. https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2020/01/SesionR2_Nicol%C3%A1s-C%C3%A1novas_actualizaci%C3%B3n-rcppedi%C3%A1trica.pdf.

Capítulo 96

EL CELADOR EN EL ENTORNO DE HOSPITALIZACIÓN

JOSÉ GOMEZ HIDALGO

JOSÉ MORENO LABRADOR

ALVARO CAYETANO ROMERO

RICARDO GÓMEZ FERNÁNDEZ

DAVID VIÑAS LOZANO

1 Introducción

Entendemos que el estado de salud, el cuerpo, el bienestar psicológico y social, es decir, el deterioro de la salud, puede evitar ser necesario para el tratamiento médico. En la mayoría de los casos, se requiere la detención y hospitalización de los pacientes.

Durante este período, al cambiar los pacientes, la vida social, las costumbres y los pacientes del medio ambiente, los cambios en los pacientes afectarán la condición del paciente. Por esta razón, el cuidado holístico debe ser desarrollado en el ambiente hospitalario, así como por personal médico y no médico, que brinde cuidadosamente cuidados que tengan como objetivo restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta los cambios conductuales, cognitivos y emocionales que el paciente experimenta.

Si entendemos el servicio de hospitalización como una estructura formada por especialistas sanitarios y no médicos, entre los no médicos especialistas encon-

tramos figuras metódicas que ayudan a los pacientes ingresados en el servicio con confianza en seguridad, calidad y eficacia. Se realizan procedimientos médicos o quirúrgicos. Durante este período de hospitalización, la presencia de los guardias de seguridad es el primer y, además, el último contacto al alta y en el domicilio con los especialistas responsables de la atención recibida, el transporte y durante todos los procesos necesarios y Movilizar durante el examen para restaurar la salud.

Para satisfacer sus necesidades básicas, vigilar su seguridad física y mental, garantizar el acceso a los procedimientos de salud y proporcionar un buen ambiente de trabajo.

2 Objetivos

Conocer los protocolos creados para dar respuesta a las distintas circunstancias que se susciten en el periodo de hospitalización.

3 Metodología

Para hacer este trabajo se ha realizado una búsqueda de información y una revisión bibliográfica relacionada con los procesos de hospitalización, para ello se ha buscado en las principales base de datos como es Scielo y el buscador de internet, Google.

4 Resultados

El celador como el resto del personal de la unidad, realizará su labor con la máxima diligencia y eficacia, siendo consciente en todo momento que sus esfuerzos están dedicados a la recuperación y restablecimiento de la salud. Cuando un celador se comunica un paciente puede solicitar ayuda por un problema o duda, el celador mantendrá una actitud, positiva, de respeto, de empatía, de confianza, de sinceridad, escuchando de forma activa al enfermo.

Los celadores se abstendrán de comentar con los familiares y visitantes diagnósticos, exploraciones y tratamientos. Esto nos lleva a otro aspecto muy importante que es la comunicación, que puede ser de dos tipos, verbal y no verbal, comunicarse bien con los pacientes es algo básico en la asistencia sanitaria, puesto que de ello depende la colaboración del paciente y el resultado final de los tratamientos y cuidados aplicados.

Que están a su cargo, y dentro de las funciones que realiza, el mantenimiento y la correcta aplicación de protocolos y normas tanto sanitarias, como de higiene, etc., ya que la actividad que implementan abarca tanto aspectos generales de la salud, como específicos de los cuidados a prestar.

Son custodios de la intimidad del paciente hospitalizado, respetando y haciendo respetar, la habitación entendiendo esta como una unidad del paciente de uso privado. En las tareas de ayuda a la exploración, el aseo o la cura protegerá la intimidad del paciente, velar por la dignidad de la persona, respetando la autonomía de su voluntad, de la información y la documentación clínica, respetando las normas que garanticen el acceso a esta documentación o información.

Participar activamente en el aseo del paciente encamado, que son aquellos que conservando o no la movilidad deben permanecer en cama, informar al paciente del procedimiento que se va a realizar y solicitar colaboración si fuera posible. Conocer previamente su patología para evitar molestias innecesarias. Realizando todas aquellas movilizaciones pasivas, que son las realizadas por profesionales, haciendo de manera específica las movilizaciones, transferencias y traslados, observar las medidas de aislamiento que se han diseñado para prevenir la diseminación de microorganismos entre el paciente, personal hospitalario, visitantes y equipos.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que la labor del celador, en colaboración con los demás profesionales, pasa por ser una actividad esencial e imprescindible, que es importante el reconocimiento como sanitario de este colectivo, promoviendo el desarrollo, la motivación y la preparación de los profesionales, que muchas veces no son valorados, pues ello incidirá en el incremento del nivel de atención sanitaria y en los cuidados ofrecidos.

Merecer, ganar y conservar la confianza del paciente y familiares, obteniendo de este modo su colaboración, imprimiendo valores como la humanidad, el trabajo en equipo, la integridad, el respeto, la confianza, responsabilidad y la vocación de compromiso.

Dando paso al talento individual, teniendo en cuenta el clima laboral.

6 Bibliografía

1. <https://www.mites.gob.es/>.
2. <https://istas.net/salud-laboral/trabajos-trabajadores-y-colectivos>.

Capítulo 97

EL CELADOR EN INFORMACIÓN DEL HOSPITAL

RUBEN SERRANO CAMPOS

LUCIA RODRIGUEZ HERNAN

MARIA GARCÍA REGUILÓN

ANA ELENA SOTO

JORGE MORENO RODRIGUEZ

1 Introducción

Vamos a hablar de la función del celador cuando este está en la puerta de información. Cuando un usuario acude a un hospital o centro de salud, lo primero que se encuentra es al celador que se encuentra en la puerta. Actualmente debido a la situación provocada por el coronavirus, todas las entradas para acceder a los hospitales están controladas por celadores, que deben seguir un estricto protocolo que se basa en:

- La medición de temperatura a toda persona que entre al centro.
- Control de higiene de manos, de todas aquellas personas que acuden al hospital bien sea por salud o por trabajo.

Los celadores transmitirán solo la información que se les ordene, pero jamás revelarán información de aspecto clínico. El celador siempre remitirá al usuario al servicio o unidad y, en su defecto, al servicio de atención al paciente. Toda información debe darse de manera que el usuario o paciente la comprenda. El celador

nunca deberá hablar sobre el estado de salud del paciente y mucho menos revelar diagnósticos. Debe ser discreto en ese aspecto. El celador se encargará también de avisar a sus superiores en el caso de que haya cualquier incidencia, lo antes posible para que estos lo puedan solucionar con la mayor brevedad.

2 Objetivos

Analizar la actuación del celador en el Servicio de Información de un hospital o centro médico para facilitar la visita del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador es la primera persona con la que contacta el usuario o paciente al entrar en el hospital o centro de salud. En este puesto el celador se encarga de diversas funciones y son las siguientes:

- Ayudar a los usuarios que acuden a consultas a encontrar la sala a la que deben acudir.
- Informarán a los usuarios el lugar, la hora y el día de su próxima consulta.
- Controlarán la entrada y salida del hospital o centro de salud de las personas ajenas a este, no permitiendo el paso a personas conflictivas, en estado de embriaguez, o que lleven comida del exterior.
- Controlar que no salgan los enfermos del centro sin identificar.
- Acompañar a los pacientes que van a ingresar a sus habitaciones, llevando las pulseras identificativas para dárselas al equipo de planta.
- Se encargan de la gestión de la correspondencia diaria tanto interna como la externa, que va a otros domicilios o centros sanitarios de otras áreas en la comunidad. La gestión de la interna la hará junto con el encargado de retén.
- Facilitará una silla de ruedas a cualquier paciente que necesite ir a consulta o a ingresar y no pueda hacerlo por su propio pie.

- Mantendrá el orden y controlará que esté tranquila su zona de trabajo.
- Informará a las familias de pacientes ingresados de los días y horas a los que podrán hablar con el médico para saber la situación en la que se encuentra el paciente.
- Dará a la familia el ticket que informa de las operaciones utilizando el programa "Quenda".
- A las funciones citadas anteriormente se añadirán todas aquellas tareas que ordene el Jefe de turno siempre y cuando sean funciones propias de su puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe estar preparado para contestar a todas las preguntas que estos le hagan y solventar sus dudas, siempre de manera profesional. Nunca jamás debe revelar ningún tipo de información confidencial de los pacientes o usuarios. Deberá tratar a los usuarios o pacientes siempre con educación y comprensión evitando cualquier tipo de conflicto. En el caso de tener algún tipo de conflicto, debe intentar solucionarlo dialogando con la persona y si no es posible así, debe llamar a los guardias de seguridad. Nunca debe enfrentarse a nadie. Es importante que el celador esté correctamente cualificado para poder realizar sus labores de forma profesional.

6 Bibliografía

1. Temario específico de las oposiciones a celador, editoriales CEP Y MAD.
2. Página web "el celador.org".
3. Página web "blog del celador".
4. Página web "auxiliar enfermería".

Capítulo 98

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

RUBEN SERRANO CAMPOS

LUCIA RODRIGUEZ HERNAN

MARIA GARCÍA REGUILÓN

ANA ELENA SOTO

JORGE MORENO RODRIGUEZ

1 Introducción

Una unidad de cuidados intensivos (UCI) es un área de un hospital dedicada a la atención de pacientes con pronóstico grave, alto riesgo de complicaciones o en estado crítico establecida por un equipo multidisciplinario. La atención crítica se define como una organización de profesionales médicos que brindan atención multidisciplinaria en un área designada de un hospital, cumpliendo con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de manera que garantice la seguridad, la calidad y la eficacia en el tratamiento de pacientes con probabilidades de recuperación. , necesitan soporte respiratorio, o necesitan soporte respiratorio básico, con al menos soporte muscular. Así como a todos los pacientes complejos que requieran apoyo por falla multiorgánica. La unidad de cuidados intensivos puede atender a pacientes que necesitan un nivel de atención más bajo. la La UCI incluye la práctica totalidad de las unidades y servicios hospitalarios: servicios de terminal clínico, servicios de apoyo clínico, otras unidades (unidad

quirúrgica, urgencias hospitalarias, etc.) y servicios de apoyo no clínico. La gestión desde un puesto clínico informatizado permite una relación más eficiente y segura con las distintas unidades y servicios del hospital, y permite que el personal de enfermería esté más dedicado a su cuidado dirigiendo la atención al paciente.

2 Objetivos

- Distinguir entre los diferentes puestos de trabajo del personal no médico en el servicio de urgencias.
- Proporcionar a los profesionales conceptos relacionados con la movilización y transporte de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. Para ello se han realizado consultas en distintas bases de datos científicas (Scielo, Pubmed), así como búsqueda de artículos en diferentes buscadores de internet usando como palabras clave celador, unidad de cuidados intensivos, funciones.

4 Resultados

Los deberes pueden variar según el centro médico en el que se encuentren, pero, por lo general, los deberes de un portero consisten principalmente en movilizar y trasladar a los pacientes. Sin embargo, también es posible trabajar de forma colaborativa en limpieza, transferencia de documentos, transporte de muestras, equipos y materiales, y seguimiento. Con la ayuda de sus respectivos paramédicos, se encargan de movilizar y trasladar a los pacientes desde sus respectivas unidades a la unidad de cuidados intensivos y llevar toda la documentación clínica del paciente. Con ese fin, es importante que los cuidadores conozcan no solo los conceptos básicos de la mecánica corporal, sino también las diferentes posiciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. La importancia de la movilidad del paciente con absoluta protección durante la hospitalización se hace posible mediante la realización de las exploraciones necesarias (como X-óptico o ecografía) mediante dispositivos móviles en zonas aisladas de la habitación.

También es importante señalar que existen diferentes tipos de unidades de reanimación (neonatal, pediátrica y de adultos), cada una con operaciones únicas en cuanto a la movilización y transporte de pacientes, así como otros equipos.

Los celadores transportan todos los equipos, objetos, materiales, muebles y documentos especificados por sus superiores. Por otro lado, debido a que los pacientes son susceptibles a la infección, los supervisores deben usar uniformes con batas estériles que se actualizan cada vez que salen de estas unidades, además de un buen conocimiento de los procedimientos de aislamiento.

En cuanto a la protección de los trabajadores, recomendaciones mínimas de cuidados en ausencia de actividades generadoras de aerosoles como batas, mascarillas (quirúrgicas o FFP2 según el tipo de actuación a realizar), guantes y equipo de protección personal de protección ocular.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo puntualizando que los trabajadores de la unidad de cuidados intensivos tienen dos funciones principales: como respaldo para el personal médico y como enlace con otros servicios hospitalarios. Cabe señalar que los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos son pacientes más complicados de lo habitual. Por lo tanto, estas operaciones deben realizarse para garantizar el máximo cuidado y seguridad del paciente. Por todo lo anterior, no solo deben brindar los conocimientos necesarios para participar y acceder efectivamente al trabajo de la UCI, sino también promover y desarrollar habilidades y estrategias relacionadas con las funciones de la UCI.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador según las áreas donde desempeñe su trabajo. Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc08.
2. Manual Básico del Celador [Internet]. [citado 12 de agosto de 2020]. Disponible en: https://books.google.com/books/about/Manual_B%C3%A1sico_del_Celador.html?hl=es&id=5UnuA_QAAQBAJ.

Capítulo 99

EL CELADOR EN LA COLOCACIÓN DE UNA CONTENCIÓN MECÁNICA A UN PACIENTE

RUBEN SERRANO CAMPOS

LUCIA RODRIGUEZ HERNAN

MARIA GARCÍA REGUILÓN

ANA ELENA SOTO

JORGE MORENO RODRIGUEZ

1 Introducción

Los estados de excitación pueden presentarse como signos aislados o asociados a distintas enfermedades, por lo que se contemplan diferentes estrategias de actuación, debiéndose usar la que resulte menos restrictiva. En ocasiones, las circunstancias puede demandar la participación activa del personal que comprenderá siempre técnicas de contención verbal y puede llegar a hacer falta la contención psicofarmacológica y/o la contención mecánica.

La contención mecánica es la colocación, comprobación y retirada de dispositivos de sujeción mecánica usados para limitar la movilidad física, como última medida, para impedir daños al propio paciente, a otras personas o al medio físico que le rodea. Salvo casos excepcionales, se trata de un sistema que suele aplicarse en situaciones de necesidad y en contra del permiso del enfermo, requiere de

prescripción médica, dejando constancia en la historia clínica y comunicando esta medida a la familia del paciente.

La contención física pueden llevarse a cabo en diversos servicios hospitalarios, tanto en urgencias, unidades de hospitalización, unidades de críticos y de psiquiatría, en pacientes que presenten cuadros de excitación y desorden confusional para evitar que se puedan quitar los catéteres, sondas o lleguen autolesionarse de ahí la importancia de confeccionar por parte de los hospitales protocolos de actuación en los que se regulen las normas y técnicas a la hora de inmovilizar a un paciente.

2 Objetivos

Detallar y determinar el material necesario para el empleo de la contención mecánica como técnica terapéutica, así como determinar el papel y actuación del celador durante la inmovilización de un paciente agitado.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente y consultando artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, también se ha comprobado los protocolos existentes sobre contención de pacientes en distintos hospitales de la red sanitaria pública.

4 Resultados

La contención mecánica será siempre el último recurso y durante la misma se debe intentar respetar la intimidad y la dignidad del paciente durante todo el proceso, evitando ser observados por terceras personas.

- Habitación.

Es recomendable mantener al paciente en una habitación individual, en la cual la disposición de la cama facilite la circulación del personal alrededor de la misma y evitando la presencia de elementos que obstaculicen la realización de la inmovilización o puedan ser usados por el paciente para autolesionarse o dañar a algún profesional.

- Material necesario.

Se usarán contenciones homologadas, que no ocasionarán daño ni ejercerán excesiva presión en las extremidades del paciente. Las principales tipologías son:

abdominal, lateral, de manos (muñequeras), de pies y total.

Un equipo completo de contención estará formado por:

- Cinturón ancho para el abdomen y cintas de seguridad para evitar precipitaciones.
- Muñequeras y tobilleras para extremidades superiores e inferiores.
- Alargaderas estrechas para asegurar las contenciones a la cama.
- Botones magnéticos.
- Imán para los botones.
- Personal necesario:

La inmovilización de un paciente y su posterior contención implica a todo el personal disponible en una unidad de enfermería independientemente de su categoría profesional, siendo lo recomendable la presencia mínima de 5 personas (una por extremidad y otra a la cabecera), evitando la presencia de objetos peligrosos

(identificación, gafas, bolígrafos) que puedan dañar tanto al personal sanitario como al paciente; un integrante del equipo permanecerá a la vista del enfermo, actuará como interlocutor y dirigirá los pasos a seguir en cada momento.

Funciones del celador.

Colaborará en el traslado del paciente y en la reducción del mismo, debiendo estar formado en técnicas de inmovilización y ser conocedor del material de contención; tendrá la habitación preparada confirmando que todo el material de sujeción está colocado en la cama antes de comenzar la actuación.

Duración contención.

Se recomienda que la contención no sea superior a 72 horas. La retirada de los mecanismos de sujeción se hará gradualmente, observando en cada momento la reacción del paciente y su comportamiento, debiendo intervenir en este proceso igual que en la colocación el celador.

5 Discusión-Conclusión

Las contenciones mecánicas limitan la libertad de movimientos de un paciente, su aplicación considerarse excepcional, cuando se haya agotado otro tipo de acciones preventivas, por ello debe considerarse como algo favorable para el enfermo (al formar parte de su tratamiento) y siendo su duración lo más breve posible. Se debe en todo momento tener en cuenta ciertos aspectos legales relativos a la seguridad y a una buena praxis, manteniendo informados a los familiares durante todo el proceso y buscando su colaboración, de ahí la necesidad de una

formación periódica y continua del personal que aplicarán las contenciones, entre los que se encuentra el celador como parte integrante del equipo.

6 Bibliografía

1. Contenciones mecánicas en salud mental. <http://consaludmental.org/publicaciones>.
2. Unidades de psiquiatría. Actuación del celador en relación al enfermo mental. <http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador>.
3. Protocolo de contención de pacientes del HUCA : <http://www.hca.es/huca/web/enfermeria>.

Capítulo 100

EL CELADOR Y LAS TÉCNICAS DE LOS DECÚBITOS LATERALES Y LA COLOCACIÓN DE ALMOHADAS

LAURA ZAMORA GARCIA

MARÍA LUISA PÉREZ DELGADO

BEATRIZ CERCEDA LORENZANA

LAURA CERCEDA LORENZANA

CORINA GARCÍA ZAFRILLA

1 Introducción

Los decúbitos laterales derechos (DLD) y decúbito lateral izquierdo (DLI) entran dentro del grupo tan importante, llamado cambios posturales, dichos cambios son muy utilizados en pacientes con poca movilidad y dependientes. Gracias a ellos, podemos evitar la aparición de heridas llamadas úlceras por presión (UPP). A no ser, que existan contraindicaciones de los decúbitos en un paciente, siempre deberán realizarse, dependiendo de diversos factores, como la edad, estado nutricional, estado de hidratación, etc. Serán realizados cada dos o tres horas. Siempre deberá ser valorado dependiendo de ciertos grados de dependencia y los factores que hemos comentado anteriormente.

Para entender, lo que podemos evitar gracias a estas movilizaciones, vamos a definir las úlceras por presión (UPP):

Las UPP son una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Este tipo de ulceraciones tienen diversos estadios (I, II, III, IV). Estos números constatan de menor a mayor la gravedad de las lesiones. El estadio I habla de un eritema (enrojecimiento de la piel), y el estadio IV es la máxima lesión, pérdida de tejido en la que puede apreciarse el hueso.

Este tipo de lesiones, puede alterar, de manera muy excesiva y de empeoramiento, la vida del paciente y la estancia hospitalaria.

Aquí, es donde el celador, juega su papel, y un papel muy fundamental para el paciente encamado, evitando este tipo de lesiones.

En este capítulo, hablaremos de la realización de los decúbitos laterales, y la colocación de almohadas, así, se evitarán presiones entre los planos duros, dejando entre medias, planos blandos, y así, también, mejorar la comodidad del hospitalizado.

2 Objetivos

Conocer el método efectivo de colocación de un paciente en decúbito lateral izquierdo (DLI) y decúbito lateral derecho (DLD) y la colocación de almohadas para evitar la aparición de úlceras por presión (UPP) bajo las técnicas y el protocolo de actuación del celador.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: “Pubmed”, “Medline”, y “Scielo”, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para explicar los pasos a seguir de la colocación del paciente en decúbito lateral izquierdo (DLI) y decúbito lateral derecho (DLD) partiremos de la base de que el paciente se encuentra en Decúbito supino (DS).

Para comenzar, el celador, deberá seguir los siguientes pasos:

1. Se lavará las manos y se colocará los guantes. No tienen que ser estériles.
2. Una vez, en la habitación, se deberá explicar al paciente lo que se le va a realizar, y se pondrá ante todo su intimidad, mediante biombos, y con la puerta cerrada.
3. Se posicionará la cama completamente en horizontal, y si la cama, además, puede moverse en bloque, se colocará a la altura en el que el celador pueda efectuar la técnica sin lesionarse.
4. Retiraremos la almohada de la cabeza, así, será mucho más sencillo para su movimiento. Se retirará con cuidado, teniendo precaución con la cabeza del encamado.
5. Para comenzar la movilización, el paciente debe ser trasladado hacia la punta de la cama. Para el decúbito lateral derecho, se le trasladará hacia el lado izquierdo, para el decúbito lateral izquierdo, será, al contrario, hacia el lado derecho. Para ello, el celador, realizará el movimiento en tres toques (primero los hombros, después la cadera y por último, las piernas). Es una buena forma, para evitar lesiones y evitar hacer daño al paciente, pasar uno de los brazos por debajo de los hombros y después de cadera, hasta llegar al otro extremo, mientras que con la otra mano acompañarlo hacia el cuerpo del celador. La colocación de las piernas es más sencilla, basta con agarrarlas con las manos y llevarlas con el resto del cuerpo.
6. Una vez, que el paciente se encuentra completamente recto en el borde de la cama, se colocará su pierna derecha flexionando la rodilla y dejando su pie apoyado en la cama (en el caso de que queramos el DLI, si queremos el DLD será la pierna izquierda). La otra pierna permanecerá extendida.
7. Después, se empujará suavemente su cuerpo, apoyando una de las manos en su hombro más cercano al del celador, y otra de las manos en el trocánter de la pierna flexionada. De tal manera, que el paciente se quedará de lado.
8. Debemos prestar mucha atención a la sensación del paciente al realizar la técnica de movilización, si le duele, o es incómodo para él.
9. El hombro y el brazo que están en contacto con la cama, es importante que no se queden “atrapados” por lo que deberemos corregir esa postura, con un solo movimiento. El celador introducirá su mano por debajo del hombro, y se arrastrará levemente hacia fuera, así, garantizaremos una posición ergonómica correcta.
10. El brazo que se encuentra más alejado del colchón, deberá encontrarse con el codo flexionado, conduciendo la mano hacia arriba. Así, no existirá una posición muy rígida.
11. Una vez terminada la movilización, el profesional, colocará las almohadas, la primera será la de la cabeza, es de vital importancia colocarla rápido, así evitaremos

mos lesiones en el cuello del paciente.

12. Se colocará, también, una justo detrás de la espalda del encamado, para evitar que deshaga el cambio postural.

13. Otra de las almohadas se coloca entre ambas piernas, así se evitarán presiones entre las rótulas y tobillos.

14. También, se puede colocar otra almohada entre los brazos. Aunque no es tan usual colocarlas, ya que no suelen coincidir ambos codos.

15. Finalmente, cuando el paciente se encuentra perfectamente colocado, le arroparemos, y le dejaremos lo más cómodo posible.

16. Nos despediremos, nos quitaremos los guantes y nos lavaremos las manos.

Las úlceras más comunes suelen darse en decúbito lateral, son en trocánteres, tobillos, cóndilos, costillas, acromion y oreja.

También, es muy importante hidratar la piel antes del cambio postural, mediante ácidos grasos, se debe impregnar en las zonas más propensas a úlceras por presión en esta posición. Las mencionadas anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que el celador, es un personal no sanitario, es uno de los que más contribuye al confort del paciente.

Gracias a sus técnicas y conocimientos es capaz de lograr el bienestar del paciente en el tiempo que requiere ser ingresado.

Si el celador no realizara correctamente sus funciones, podría desestabilizar al paciente, provocar lesiones o incluso, provocárselas a sí mismo.

La práctica de estas técnicas, como son los cambios posturales, requieren de unos conocimientos y unos protocolos que no pueden ser realizados por cualquier persona, debe ser una combinación perfecta, que aporte al paciente bienestar y no dolor o incomodidad, e incluso en el peor de los casos lesiones.

El celador es un profesional con capacidad de determinar cada cuanto tiempo y que movimientos son los mejores para el paciente encamado.

Por todo esto, el celador, es una figura indispensable en cualquier unidad de un hospital.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100008.

Capítulo 101

EL CELADOR Y LA MANIPULACIÓN DE PACIENTES CON FRACTURAS DE CADERA

LAURA ZAMORA GARCIA

MARÍA LUISA PÉREZ DELGADO

BEATRIZ CERCEDA LORENZANA

LAURA CERCEDA LORENZANA

CORINA GARCÍA ZAFRILLA

1 Introducción

Las fracturas de cadera son las fracturas que se producen en la zona superior del fémur, esa fractura es de las más comunes entre adultos, se dividen en dos tipos principalmente: las que ocurren en el cuello del fémur y los que se encuentran en la zona trocánter, pese a ser dos tipos distintos, presentan problemas similares al que tratar.

A este tipo de pacientes se le debe aplicar cirugía para la colocación de una prótesis, este procedimiento no genera una curación instantánea, debe de quedarse hospitalizado hasta lograr una cierta movilidad y asegurarse que la prótesis se ha colocado de manera efectiva. El servicio sanitario debe de conocer y usar los protocolos correctos, desde el celador hasta el técnico de radiodiagnóstico.

El celador es el encargado, entre otras funciones de transportar al paciente, para lo cual debe de conocer el tipo de lesión que sufre, como moverlo y qué movimientos están prohibidos por el bien de la salud del paciente.

Lo primero que debemos de hacer es disponer de todos los profesionales que se necesite para una correcta movilización, dependerá del peso del paciente, el estado de la lesión, el grado de colaboración que presenta el paciente e incluso la confianza y experiencia del celador.

2 Objetivos

- Conocer el protocolo de actuación sobre la movilización de pacientes con una fractura de cadera, así como, entender la importancia del celador o celadora en esta función.
- Asegurar que la movilización de los pacientes con fractura, se realice en la forma adecuada para evitar complicaciones relacionadas con su patología y minimizar las molestias y/o dolor que pueda producir dicha movilización.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para una correcta movilización, los celadores deben tener un excelente conocimiento del procedimiento, el cual explicaremos a continuación:

El paciente se encontrará en la cama en decúbito supino con las piernas separadas con una almohada en el medio para evitar rotaciones. Verificaremos que no existe ningún tipo de contraindicación para el movimiento y adecuaremos el sitio para lograr la máxima comodidad posible. A continuación, le explicaremos al paciente (si este es capaz de comprender) como lo vamos a realizar y por qué se realizará de esa manera, si usa algún tipo de audífono, gafas o demás utensilios se lo proporcionaremos para darle seguridad.

En primer lugar, siempre se debe mantener informado al paciente de la próxima campaña, comprobando el estado, adecuación y seguridad. Además, la cama debe detenerse por completo para que el paciente no caiga al suelo. La privacidad del paciente debe ser una de las cosas más importantes que debemos mantener, por lo que le brindaremos toda la privacidad que necesita. En la cama, el paciente debe mantener las piernas separadas, con la ayuda de una almohada, y no rotar las piernas. Si es necesario colocar al paciente de lado para la limpieza o el cambio de ropa de cama, coloque al paciente sobre el lado sano con una mano en el 1/3 inferior y la superficie medial del muslo afectado y la otra mano en el sacro, almohada del medio, piernas para prevenir la adicción a la cadera. Cuando el paciente esté de pie, muévalo hacia adentro y hacia afuera de la extremidad operada para evitar la rotación interna. Ponerse de pie, codos y hombros, levantar la parte superior del cuerpo y caminar en bloques, para bajar primero la pierna operada sin doblar la pierna, apoyándose en la pierna sana. Si el paciente está sentado, apóyese en el reposabrazos de la silla, enderezando el respaldo y la pierna operada. Después de sentarse, debe doblar la rodilla hacia el lado afectado. La altura de la silla debe ser tal que las caderas queden a la altura de las rodillas o un poco más arriba (refuerzo duro). También sería útil un elevador para el asiento del inodoro.

5 Discusión-Conclusión

La actitud y la actuación del celador en este tipo de movilizaciones es muy importante, ya que, debido a sus prácticas y conocimientos técnicos, garantiza la salud del paciente y el posible padecimiento de una lesión más traumática.

Si no existiera este personal especializado en este tipo de técnicas, las consecuencias podrían resultar terribles, desde el de producir miedo e inseguridad en el paciente, hasta una caída cuyo fin no es el precisamente bueno para el paciente. Cuando hablamos del celador, pensamos siempre en movilizaciones y traslados, pero también, una de sus funciones más importante, es la de transmitir al paciente con lesión de cadera una confianza y establecer una seguridad ante estos procedimientos tan complejos.

Por todo esto, el celador y sus funciones nunca deberían dejar de existir en el medio hospitalario.

6 Bibliografía

1. Fractura de cadera - Síntomas y causas - Mayo Clinic.

Capítulo 102

EL CELADOR ANTE LA PROBLEMÁTICA DE LA INTERLOCUCIÓN Y EL DIÁLOGO CON EL PACIENTE

LAURA ZAMORA GARCIA

MARÍA LUISA PÉREZ DELGADO

BEATRIZ CERCEDA LORENZANA

LAURA CERCEDA LORENZANA

CORINA GARCÍA ZAFRILLA

1 Introducción

Como norma general se puede decir que cuando se habla de comunicación se trata de un acto en el cual tienen lugar un traslado de información por parte de una persona y su posterior recibimiento por parte de otra.

Es muy importante cuando se produce la interacción con los pacientes y es preciso el aprendizaje que se lleva a cabo a través de la experiencia, que posibilita la conciencia de uno mismo y de lo que le rodea para la elaboración de la capacidad de interpretación.

Se pueden distinguir dos tipos de comunicación: verbal y no verbal. Dentro de la comunicación verbal se encuentra la comunicación oral y la comunicación escrita.

La comunicación no verbal se lleva a cabo a través del aspecto físico, los movimientos de la anatomía humana y los gestos. Cuando resulta que la comunicación oral no es comprendida, se confía más en el lenguaje no verbal, el cual engloba las siguientes ramas:

- Kinésica: movimientos corporales, gestos.
- Proxémica: relaciones de proximidad y alejamiento.
- Paralingüística: volumen de la voz, velocidad de emisión de los enunciados.

Se tienen en cuenta los siguientes elementos de la comunicación:

Emisor: se trata de la persona que comienza la comunicación y quiere transmitir algo a través de un código conocido por todos aquellos que intervienen.

Receptor: se trata de la persona que recibe el mensaje y descifra el código emitido por el emisor.

Mensaje: se trata de aquello que se quiere transmitir.

Canal: se trata del medio para transmitir el mensaje.

Código: se trata del conjunto de señales o signos que forman el mensaje.

Así mismo, la comunicación tiene una serie de obstáculos y trabas de diferentes tipos:

Lingüísticas: se producen cuando no se puede comprender el idioma o el vocabulario utilizado.

Interferencias: las hay de dos tipos: externas (tales como los ruidos) e internas (se refieren a ejemplos como un dolor de cabeza).

Psicológicas: este tipo de barrera puede conducir a captar las situaciones de un modo distinto al que son realmente. Esto se produce por factores diferentes como: los estereotipos, la impresión general de la persona, la proyección de nuestra manera de ver la vida en la otra persona, poner atención solo a aquellos mensajes que son de nuestro interés, no tener la suficiente habilidad para ponerse en la situación de la otra persona.

Con objeto de sobrepasar estos obstáculos, es conveniente que el/a celador/a practique una serie de herramientas a fin de facilitar que el paciente pueda transmitir sus necesidades. Estas herramientas pueden ser:

- Utilizar un lenguaje apropiado con los pacientes.
- Realizar una escucha activa, atenta y comprobando que el mensaje ha sido recibido del modo en que se busca, usando para ello la retroinformación.
- Utilizar una conducta positiva en vez de una postura crítica.
- Eludir las falsas imaginaciones admitiendo al paciente tal y como es, mostrando tolerancia hacia sus ideologías y opiniones, a pesar de que sean diferentes a las del celador.

Con su intervención, el celador persigue alcanzar los siguientes objetivos:

- Lograr que la relación con el paciente sea de la manera más placentera, provechosa y adecuada posible.
- Emplear el conjunto de habilidades sociales y de intercomunicación a la hora de cuidar del paciente para conseguir una dedicación individualizada.
- Hacer de la asistencia algo más humano.

2 Objetivos

Exponer e indicar una serie de recomendaciones para una adecuada interlocución y comunicación con el paciente por parte del celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es conveniente que el/ celador/a haga buen uso de una gran gama de habilidades sociales con el fin de que la comunicación y la relación con los pacientes sean beneficiosos. Si estas situaciones son favorables, contribuirá a que los enfermos encaren la enfermedad de la mejor forma posible y cooperen en su terapia con objeto de tener una recuperación lo más temprana posible. Es oportuno que el/a celador/a tenga en cuenta, a la hora de estar con los pacientes, las siguientes cosas:

- Exponer buena disposición y proximidad.
- Tratar de empatizar con el paciente lo máximo posible y hacer uso de la escucha activa.
- Usar un lenguaje claro y entendible.
- A través de la comunicación hablada, los celadores tienen que informar a los pacientes, guiándoles mediante un vocabulario sencillo y fácil.
- Los celadores harán llegar a los pacientes serenidad y resolución, haciendo ver sobriedad, rigor y formalidad en el trabajo.

- Es importante prestar atención a la comunicación no verbal a la hora de eludir malentendidos, de forma que se utilice como ayuda de la comunicación oral. Por lo tanto, es fundamental el contacto visual en todo momento y mostrar una actitud positiva, interesándose por las necesidades del paciente.
- De la misma manera, los celadores demostrarán una disposición sosegada, enfocada a escuchar al paciente, empatizar con él, tratando de comprender en todo momento tanto la situación física como a nivel mental y de emociones en los que se ven envueltos.
- De igual modo, una serie de puntos a eludir son: afirmar cosas sin razón, emitir juicios de valor o consejos personales, así como replicar de forma totalmente no asertiva.

Si la intercomunicación con los enfermos no es fructífera, las consecuencias pueden ser que se intensifique su estado de ansiedad, que su nivel de autoestima se vea mermado, etc.

5 Discusión-Conclusión

En todas aquellas situaciones en las cuales el celador deba de interrelacionarse con los pacientes es muy importante que se constituyan una red de comunicaciones efectivas. Por lo tanto, es vital que se envíen mensajes sencillos, basados en frases breves, que sean fáciles de comprender y de traer a la memoria. Se hará especial énfasis en utilizar un tono de voz y un volumen adecuados. Así mismo, se evitará el uso de tecnicismos.

Hay que tener en cuenta que un trato idóneo y el correcto uso de habilidades sociales hacen que la comunicación entre el celador y el paciente logre ser beneficiosa, lo que repercute satisfactoriamente en la salud de este último.

6 Bibliografía

1. celadoresonline.blogspot.com.
2. <https://es.scribd.com/document/357875/Guia-de-Habilidades-SocialesParaElCelador-p-51>.
3. Comunicación, lenguaje y cognición en la vejez. http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?ld_articulo=214.
4. [https://www.formacurae-es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-6-RELación y comunicación](https://www.formacurae-es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-6-RELación_y_comunicación).
5. <https://www.portaleducativo.net/septimo-basico/300/FactoresComunicacionEmisor-Mensaje-Receptor-Codigo-Canal-Contexto>.

Capítulo 103

LA IMPORTANCIA EN ERGONOMÍA PARA EL TRABAJO DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD

RAUL GARCIA CALVO

MARIA DEL PRADO CALVO ZAPATA

JOSE MARIA CALVO ZAPATA

BLANCA ARCE GONZALEZ

SUSANA LOPEZ REJON

1 Introducción

La ergonomía a la hora de comprenderla o exponerla de una forma entendible y sobre todo aplicable, es concretada como una técnica no considerada médica y que lucha o se adopta contra la fatiga. Intentando en todo momento lograr el confort del profesional en el trabajo mediante la adaptación del trabajo o del puesto de este al hombre, diseñando o estructurando el ambiente, como citamos anteriormente el puesto de trabajo, así como las máquinas y correctas herramientas para su optimización.

La ergonomía no solo tiende o pretende aplicarse a mejorar las condiciones de trabajo a fin de prevenir o evitar sus efectos nocivos sobre la salud, sino que parte y se establece desde un concepto de salud mucho más amplio y desarrollado a la par que propone, llegar a mejorar aquellos aspectos que puedan incidir

o menoscabar en el equilibrio del profesional, considerada está en conjunto y siempre en relación congruente con el entorno y ámbito que la rodea.

La ergonomía, que se considera generalmente no muy antigua sino como una ciencia moderna, ya existía en el pasado reciente. Pero no es hasta principios del siglo XX cuando se nota una ampliación de conocimientos y se comienza a tener en consideración, con personajes como Le Corbusier, Aravena y Utzon.

2 Objetivos

Describir pautas y pasos a seguir en cuanto a la ergonomía a tener en consideración en el puesto de trabajo de auxiliar administrativo en la sanidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

La adopción de malas posturas en el puesto de trabajo de un auxiliar administrativo puede generar muchas patologías y diferentes enfermedades: como escoliosis, artrosis, hernia discal, lumbalgia, tendinitis de hombro, epicondilitis, osteoporosis en las manos, síndrome del túnel carpiano, cervicalgia, entre muchas otras.

La ergonomía en estos puestos de trabajo es esencial, ya que tiene mucha importancia a la hora de tratar de solucionar o de que no ocurran, sobre todo las posibles lesiones posturales.

La parte superior de la pantalla si se dispone de ordenador, debe estar en todo momento al mismo nivel que nuestros ojos. Es imprescindible que esta citada pantalla se pueda ajustar en la altura.

Los brazos del administrativo siempre se deben mantener en una posición que sea cómoda, donde los antebrazos estén casi en posición horizontal, alineados con los hombros, estando lo máximo posible estos relajados.

En referencia a la espalda deberá estar en posición recta y siempre en apoyo contra el respaldo del sillón o la silla.

Las piernas ostentarán la posición en un ángulo superior a los 90°, permitiendo así que los pies descansen completamente sobre y en el suelo.

El ordenador, o mejor dicho la pantalla debe ser regulable y con filtro azul el cual es protector para los ojos.

El teclado deberá ser lo más ergonómico posible con una forma en modo de arco y deberá disponer de un reposa manos si es posible acolchado para reducir al mínimo el posible daño en la muñeca y así poder mantener la comodidad cuando se demandan muchas horas de trabajo frente al ordenador.

Se recomienda y se debe manejar en la medida de lo posible y utilizar un ratón ergonómico, estos son los más idóneos y adecuados por su forma, así como por la posición de los botones, de este modo se logra evitar muchas de las tendinitis y dolores del síndrome del túnel carpiano.

El asiento representa un condicionante y componente importantísimo y esencial en lo que a ergonomía se refiere para este citado puesto de trabajo. Deberá ostentar unas ciertas características para que sea adecuado tanto en que sea regulable, así como reclinable. El respaldo deberá disponer de un soporte para la zona de las lumbares y tener reposa codos estos a su vez deben ser regulables en altura y aconsejablemente acolchados.

5 Discusión-Conclusión

En el puesto de los auxiliares administrativos en el ámbito de la sanidad se debe garantizar un ambiente y entorno así como mobiliario de trabajo que evite los trastornos músculo-esqueléticos.

La ergonomía es la responsable y la encargada si se maneja bien de garantizar, con el análisis y la valoración del puesto de trabajo, la mejora de todos los factores condicionantes que puedan influir en dicho entorno y así lograr eliminar los riesgos que producen esas lesiones, que se puede acontecer sin el equipo o mobiliario indicado. Se puntualiza que se debe tener en consideración también, que las empresas en la mayoría de los casos no preparan o instruye a sus trabajadores en lo que a materia de prevención de riesgos laborales concernientes a su trabajo se refiere.

6 Bibliografía

1. Venegas Tresierra Carlos Eduardo, Cochachin Campoblanco Jesús Enrique. Nivel de conocimiento sobre riesgos ergonómicos en relación a síntomas de trastornos músculo esqueléticos en personal sanitario. Rev Asoc

Esp Espec Med Trab [Internet]. 2019 [citado 2023 Ene 15] ; 28(2): 126-135. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552019000200005&lng=es.

Epub 14-Oct-2019.

2. Gutiérrez Henríquez Manuel. ERGONOMÍA E INVESTIGACIÓN EN EL SECTOR SALUD. Cienc. enferm. [Internet]. 2014 Dic [citado 2023 Ene 15] ; 20(3): 7-10. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300001&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300001>.

3. Benavides FG, Delclos J, Benach J, Serra C. Lesiones por accidente de trabajo, una prioridad en salud pública. Rev Esp Salud Pública. 2006; 80:553-65.

Capítulo 104

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO HACIA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS

JOSE MARIA CALVO ZAPATA

MARIA DEL PRADO CALVO ZAPATA

RAUL GARCIA CALVO

BLANCA ARCE GONZALEZ

SUSANA LOPEZ REJON

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud nos dice que una conveniente limpieza e higienización de manos va a contribuir a la reducción de la incidencia en las incidencias de ocasionarse enfermedades o patologías. Las infecciones se adquieren en algún momento a través de la asistencia y atención sanitaria que es la más conocida, pero que no por ello son los únicos profesionales que pueden contagiarse de diversos patógenos ya cualquier trabajador de la sanidad sea sanitario o no puede infectarse, ya que logra efectuarse la transmisión por vía respiratoria o por contacto mediante objetos o fómites de los enfermos o de los acompañantes.

Siempre se escucha y se habla de la conveniente higiene de manos en el personal sanitario debido a la prevención de infecciones y contagios pero los auxiliares administrativos así mismo, también se les debe de incluir dentro de este contexto al estar en contacto con diversos documentos y/o material, ya que el auxiliar administrativo debido a sus diversas funciones o competencias en los servicios de salud es asimismo un vehículo de transmisión de los patógenos microorganismos, ya que está en contacto con los objetos y con los usuarios y enfermos y con su ámbito y/o entorno por lo que una conveniente higienización de manos ha de ser esencial y fundamental en su jornada de trabajo precisamente por el motivo referido, para no favorecer en la propagación de los microorganismos patógenos.

2 Objetivos

Dar a conocer desde el puesto de auxiliar administrativo trabajador y profesional en el ámbito sanitario de la importancia de la higienización del lavado de manos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los servicios de atención al usuario y los servicios de consultas o inclusive las unidades de urgencias, el profesional del auxiliar administrativo son los primeros encargados en responder a las necesidades de los usuarios o pacientes que acuden a ellos en demanda de asistencia y atención recibiendo no solo las solicitudes verbales, sino que a su vez tiene que tocar y recoger diversas tipologías de documentación con la consecuencia que entran en contacto con las manos del auxiliar administrativo, ya que es aportada por el usuario o paciente o por los sujetos que lo acompañan. Estos objetos considerados fómites que pudiera ser que estén contaminados por los microorganismos patógenos que ostente el usuario sobre todo

si está enfermo son una forma de propagación y diseminación por contacto de infecciones.

El auxiliar administrativo en el ámbito sanitario es la primera persona que recibe y atiende al usuario o posible paciente que puede ostentar por norma general algún tipo de enfermedad tanto en los centros de salud así como en los servicios de las unidades de urgencia de los centros hospitalarios de la sanidad.

La higienización de manos es el modo más eficaz y sencillo del que se dispone para evitar y prevenir el contagio de gérmenes patógenos que se transmiten por el contacto y se transfieren entre individuos u objetos. Algo tan simple y normal o sencillo como el lavado de manos realizado de la forma conveniente y en el momento pertinente es un gesto muy sencillo para poder prevenir la transmisión de las conocidas infecciones nosocomiales, que podría ocasionar un grave daño y menoscabo de salud tanto al usuario como a los profesionales sanitarios o no sanitarios que intervienen en toda la atención y asistencia sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

La adecuada y correcta higienización de las manos considerada limpieza holo-dactila es la mejor herramienta para poder controlar con sencillez y facilidad las infecciones y contagios que se originan en los Servicios y unidades de Salud, conociendo los correctos y adecuados procedimientos establecidos para efectuarla de forma establecida, además de ser siempre conscientes del riesgo que conlleva no realizarlo al estar en constante contacto con los pacientes o usuarios enfermos y su entorno.

El auxiliar administrativo en el ámbito de la sanidad, debe poner especial y más atención a los posibles contagios que se pueden derivar de estar en contacto con los objetos del usuario y paciente, ya que en demasiadas ocasiones no se tiene muy en cuenta, siendo un acto tan sencillo y rápido de realizar y con el que se consigue tanto.

6 Bibliografía

1. BOE. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo establece cómo proteger a los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
2. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del usuario.
3. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes

biológicos.

Capítulo 105

ESTUDIO EN LA GESTIÓN DEL ALMACÉN SANITARIO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

BLANCA ARCE GONZALEZ

MARIA DEL PRADO CALVO ZAPATA

RAUL GARCIA CALVO

JOSE MARIA CALVO ZAPATA

SUSANA LOPEZ REJON

1 Introducción

Las funciones que se efectúan por parte del auxiliar administrativo en un almacén de productos sanitarios y que se expondrán en adelante comprenden la gestión y el adecuado control de las mercancías, así como su almacenamiento y su conservación/mantenimiento, la devolución si fuera necesario de mercancías en estado de deficiencia o que no pasen los exigidos controles de calidad establecidos, así como tener y mantener una buena y correcta a la par que protocolizada rotación de los stocks y elaborar la correspondiente documentación que es esgrimida por el almacén.

El almacén del servicio de un centro u hospital de salud es el lugar donde se depositan, para su posterior almacenaje y posterior distribución, los diferentes productos y enseres sanitarios. En estos productos se engloban desde las utilizadas

batas médicas a los apósitos, inclusive dependiendo las situaciones los medicamentos, así como desde la aparición del COVID-19 todo lo que se demanda para lo necesario en la administración de la vacuna. El objetivo de la existencia de un almacén y la finalidad es mantener en depósito todas las mercancías que sean necesarias, demandadas y específicas para la realización de la actividad asistencial de la sanidad en cuanto a los equipamientos, y materiales tanto sanitarios como de gestión.

2 Objetivos

- Exponer las distintas tipologías de almacenes sanitarios que se encuentran en los centros o instituciones sanitarias de salud.
- Dar a conocer la labor que hacen los auxiliares administrativos sanitarios en los citados almacenes.

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 de las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

No existe en el ámbito sanitario un único tipo de almacén, sino que en los centros se hallan diferentes tipos y sus características son:

- Almacenes centrales: son grandes depósitos y establecimiento que son los que abastecen a toda una Comunidad Autónoma, a una provincia o a más de un centro u hospital. En estos se almacenan todo tipo de productos y género sanitarios y mercancías. Suelen estar dotados de unos altos niveles en cuanto al stock, aunque este rote de un modo continuo en la gran mayoría de los casos.
- Almacenes hospitalarios: estos también son depósitos grandes por lo general o incluso medianos dependiendo de la demanda de abastecimiento si es a más de un centro o de un hospital.

Los niveles de stock en comparación son menores que en los depósitos centrales y tienen siempre una mayor rotación. Ya que de estos con una mayor asiduidad

entran y salen las mercancías más rápidamente. Y estos en particular se abastecen de los depósitos centrales.

- Almacenes ubicados en los centros de salud: son depósitos mucho más pequeños que los citados anteriormente. Sus stocks son mercancías y género o productos cuyo uso es prácticamente para la asistencia sanitaria del día a día. Las existencias que se almacenan y depositan son las mínimas que permitan satisfacer y demandar la actividad normal diaria de estos centros. Se abastecen y suministran desde los almacenes del hospital más cercano.

En cuanto a las actividades y competencias que se desarrollan y gestionan en los almacenes sanitarios y las correspondientes funciones que los auxiliares administrativos sanitarios efectúan en cada una de ellas se hallan las siguientes:

- El almacenamiento, provisión y recepción de los productos y las mercancías: cuando los proveedores y empresas envían sus géneros y mercancías, estos se almacenarán siempre siguiendo una logística establecida de antemano y definida. Por exponer un ejemplo, hay que tener en consideración siempre las fechas de caducidad y expiración para dar salida ante todo a los que primero venzan. La labor del trabajador auxiliar administrativo es comprobar que los albaranes y recibos de entrega coincidan entre sí y se conciernen con la mercancía recibida. A su vez también deben comprobar que el género o la mercancía que es recepcionada y recibida está en correctas y buenas condiciones. Una vez que todo esté comprobado y correcto deberán saber dónde se ubican esas mercancías, en las zonas que se hayan destinado para ello.
- El mantenimiento y conservación de las mercancías: los productos y mercancías almacenadas deben encontrarse en perfectas condiciones en el ambiente adecuado para su ulterior uso. Para ello, los auxiliares administrativos responsables de ello deben conocer y ostentar una formación siempre actualizada sobre las leyes respecto de la salud y la higiene del trabajo.
- La posterior distribución: los auxiliares administrativos responsables de los citados almacenes deben llevar un control y gestión contable de los productos y de los materiales sanitarios que entran, así como de los que salen. Cuando se les demanden pedidos de los diferentes puntos de asistencia o centros a los que distribuyen y suministran tienen que verificar que ese stock está en existencia y a continuación proceder con el profesional de los celadores para su embalaje y para el ulterior envío. A su vez, deben tener en siempre en vista que deberán reponer esa mercancía a la que se dio salida, para siempre estar dotados en caso de una futura demanda de material.

5 Discusión-Conclusión

La labor del auxiliar administrativo sanitario en los almacenes de los servicios sanitarios es esencial y fundamental. Como se ha expuesto anteriormente, son los encargados de gestionar y controlar toda la mercancía. Tienen que planificar tanto el tiempo de gestión, así como como la salida y entrada de la demandada mercancía. Esto requiere que están formados y sepan cuáles son las demandas y necesidades, ya que estas serán diferentes dependiendo siempre de en qué almacén trabajen.

A su vez deben controlar la recepción y almacenaje de esa mercancía. Que esté en las condiciones adecuadas de uso y corresponda a lo comprado y pedido a los proveedores.

6 Bibliografía

1. Dacosta Claro Iván. Los servicios de suministros de los establecimientos sanitarios: la medición de la performance. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2001 Ago [citado 2023 Ene 15] ; 75(4): 321-336. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000400006&lng=es.
2. Arrieta Posada, Juan Gregorio. (2011). Aspectos a considerar para una buena gestión en los almacenes de las empresas sanitarias (Centros de Distribución, CEDIS). Journal of Economics, Finance and Administrative Science, 16(30), 83-96. Recuperado en 15 de enero de 2023, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-18862011000100007&lng=es&tlng=es.
3. Elsevier “Mejorando la cadena de suministro en un hospital”- V.G. Aguilar-Escobara, P. Garrido-Vegaa, N. Godino-Gallegob (Búsqueda hecha el 08-01-2020).
4. Scielo-Revista Española de Salud Pública: “los servicios de suministros de los establecimientos sanitario-s” Rev. Esp. Salud Publica vol.75 no.4 Madrid jul./ago. 2001-Ivan Dacosta Claro (Búsqueda hecha el 08-01-2020).

Capítulo 106

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LOS CENTROS SANITARIOS

JACLINA JIMENEZ RODRIGUEZ

ALVARO CAYETANO ROMERO

CARMEN PALACIOS SALINAS

PEDRO AGUSTIN PARRA DIAZ

INÉS MARÍA SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

Los pacientes son atendidos en el Centro de Salud no solo de manera presencial, sino también telefónica.

Este servicio telefónico ha cobrado mucha importancia, sobre todo ahora, debido a la pandemia mundial, porque muchos trámites administrativos se pueden hacer por teléfono, agilizando mucho el trámite y evitando que los usuarios y pacientes acudan al centro de salud. Durante la epidemia, los servicios telefónicos eran la única forma de llegar a un médico. Se tuvo que cambiar todo el proceso de gestión, lo que requirió mucho trabajo de organización, el número de asistentes administrativos aumentó significativamente.

Este tipo de organización ha existido en nuestro sistema de salud desde la pandemia. Los auxiliares administrativos necesitan poder expresarse adecuada-

mente, porque la comunicación con los usuarios o pacientes es solo a través de la palabra, entonces el tono es la base, que es una forma de comunicación. En el ámbito de la atención telefónica, lo primero a destacar es que el auxiliar administrativo es la imagen del centro de salud a la hora de atender el teléfono. Las funciones y tareas que desempeñan los auxiliares administrativos en los centros de salud, requieren de mucha habilidad, paciencia y comprensión, así como deben ser empáticos para con los usuarios.

2 Objetivos

Describir cómo se deben gestionar y conseguir una buena recepción de las llamadas en un centro de salud, por parte del auxiliar administrativo, para conseguir una buena comunicación con los usuarios y 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 como Scielo, así como en el buscador de Google Académico con palabras clave como auxiliar y atención telefónica.

4 Resultados

En los centros de salud, el teléfono es el medio más común, por lo que los auxiliares administrativos son el primer punto de contacto del usuario o paciente con el centro de salud.

Las principales cualidades de un auxiliar administrativo que desempeñe esta función se pueden resumir en la empatía, un tono educado, buenas dotes comunicativas, buen oyente y firme en la solución de los problemas que puedan surgir. Para brindar un buen servicio telefónico, la información brindada al usuario o paciente debe ser confiable y de alta calidad, la escucha debe ser activa y resolutive, y el auxiliar administrativo debe actuar con claridad para satisfacer las necesidades o deseos del usuario. El paciente necesitaba responder rápida y efectivamente. Cuando un auxiliar administrativo atiende una llamada telefónica, se deben observar los siguientes puntos para garantizar la calidad de la llamada:

- El teléfono no debe sonar durante mucho tiempo.

- Responder con un saludo y el logo del centro donde se encuentran llamada.
 - Responda con voz tranquila y clara.
 - Debe intentar resolver cualquier problema que pueda tener antes de colgar y no seremos responsables si el problema está fuera de nuestro control.
 - Si es necesario desviar la llamada, se debe avisar al usuario que estamos desviando.
 - No se debe obligar al usuario a esperar demasiado y se le debe informar sobre el motivo del tiempo de espera.
 - Si solicita hablar con otra persona y no está disponible, se obtienen datos del paciente o usuario para devolver la llamada.
 - Nunca discutas con el usuario y mucho menos le grites.
 - Finalmente, agradecer al usuario por la llamada y esperarlo colgar el teléfono.
- Para una correcta atención telefónica, el auxiliar administrativo debe tener una alta capacidad comunicativa, ya que solo se relacionan con el paciente de o usuario de forma auditiva.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que desempeñan los auxiliares administrativos en los centros de salud, requieren de mucha habilidad, paciencia y comprensión.

Para una correcta atención telefónica, el auxiliar administrativo debe tener una alta capacidad comunicativa, ya que solo se relacionan con el paciente de o usuario de forma auditiva.

La gestión que desempeña el auxiliar administrativo en la atención telefónica en un centro de salud, es fundamental, puesto que los pacientes llaman a su centro de salud, para pedir, cambiar o cancelar citas.

Podemos decir entonces, que la labor que realizan los auxiliares administrativos en la atención telefónica es imprescindible en los centros de salud.

6 Bibliografía

<https://www.aicad.es/atención-telefónica-empresa/>. www.scielo.org

Capítulo 107

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS DE LOS PACIENTES

JACLINA JIMENEZ RODRIGUEZ

ALVARO CAYETANO ROMERO

CARMEN PALACIOS SALINAS

PEDRO AGUSTIN PARRA DIAZ

INÉS MARÍA SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

Actualmente, vivimos en la era tecnológica y digital, donde en muchas ocasiones podemos llegar a compartir mucha información con los demás sin ser del todo conscientes de donde puede acabar nuestra información personal y que pueden hacer esos terceros con esta información, que es nuestra y no tiene por qué ser compartida con ninguna persona a la que nosotros no autorizamos a conocer y en algún caso a difundir de manera total o parcial esa información, que repetimos es personal .

En los últimos tiempos los medios de comunicación en multitud de ocasiones se han hecho eco de las noticias en las que se hace referencia a datos personales últimamente que han quedado desprotegidos haciéndose públicos, por lo que los demás no deberían tener estos datos, han accedido a ellos y probablemente han

hecho un uso de ellos para el que sus propietarios nunca se habrían autorizado, también es muy frecuente encontrarnos con noticias que hacen referencia a fugas de información de las grandes multinacionales.

Ser conscientes de nuestra responsabilidad relativa a la protección de los datos es fundamental, de ser así los pacientes tengan mayor confianza y esto repercute en la mayor facilidad para poder realizar una asistencia mejor.

Mi pregunta es ¿Puede pasar esto con los datos que contienen nuestras historias clínicas?, en este capítulo lo responderemos.

2 Objetivos

El objetivo de esta investigación es recopilar y conocer la legislación vigente tanto estatal como a nivel europeo que ampara la protección de datos sensibles contenidos en las historias clínicas de los pacientes por los auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica detallada en la legislación vigente, así como en revistas y las bases de datos como son Scielo o Pubmed. Además, se ha buscado en Google palabras clave como “auxiliar administrativo y la confidencialidad”.

4 Resultados

Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

El artículo 10 de la Constitución Española establece que “la dignidad humana, los derechos inalienables e inviolables, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y los demás derechos son la base del orden político y la paz en la sociedad”. Podemos encontrar diversas leyes que avalan el derecho a la protección de datos y normativas que adoptan este derecho.

Cabe señalar que en la legislación vigente podemos encontrar lo siguiente:

El centro de salud tomará las medidas oportunas para garantizar los derechos mencionados en el párrafo anterior y desarrollará normas y procedimientos protocolizados en su momento para garantizar el acceso legal a los datos de los pacientes. Por tanto, debemos saber que los pacientes siempre deben saber que va-

mos a trabajar con los datos que figuran en su historia clínica, por lo que deben conocer la existencia de estos documentos, al igual que deben saber para qué sirven sus datos, posibilidad de participar en ensayos clínicos y la posibilidad de ejercer sus derechos al tratamiento de dichos datos. Cada centro de salud debe tener un documento sobre el permiso del paciente para tratar sus datos; este documento deberá contener al menos la siguiente información: el centro de atención, los datos personales del paciente, que incluyen el nombre, apellidos y número de documento nacional de identidad o pasaporte, y el consentimiento expreso para la publicación del caso clínico (si se está considerando). Una historia clínica es un documento escrito o digital que contiene datos personales, datos relacionados con la salud del paciente y datos sobre todo los cuidados que el paciente ha recibido, recibirá o recibirá. El propósito de la historia clínica es garantizar la mayor calidad y seguridad posible en la atención al paciente. Entendemos que la protección de los datos contenidos en las historias clínicas se rige ampliamente por la legislación europea, nacional y territorial.

Una historia clínica es una colección de información de salud obtenida por médicos responsables y profesionales de la salud involucrados en el cuidado de la salud del paciente. La información se obtiene a partir de datos personales y de salud, los cuales son proporcionados verbalmente o por escrito (con informes de otros especialistas) por el paciente o sus familiares o acompañantes en caso de incapacidad, mediante gestiones necesarias para solucionar el problema. El motivo de la consulta y los resultados observados y recogidos durante el examen físico. Los registros médicos también incluyen datos personales del paciente a los que puede acceder personal no médico.

5 Discusión-Conclusión

Nuestros datos personales son un bien intangible y necesario para cada persona, de ahí que debamos ser celosos con su protección. En la historia clínica aparecen datos relativos a la intimidad del paciente y todos los datos contenidos en ella son susceptibles de especial protección.

Como auxiliares administrativos somos conscientes de la importancia de tener que ser muy riguroso con la protección de todos los datos de los pacientes que acuden a cualquier centro sanitario,

La definición que entendemos de manera común de secreto médico está obsoleta, ya que en la actualidad lo que se conocía como secreto médico, también debe ser objeto de secreto del resto de personal que tiene acceso a esos datos por razón de desarrollar su trabajo.

6 Bibliografía

- www.google.es
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Capítulo 108

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SESCOAM: ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

JACLINA JIMENEZ RODRIGUEZ

ALVARO CAYETANO ROMERO

CARMEN PALACIOS SALINAS

PEDRO AGUSTIN PARRA DIAZ

INÉS MARÍA SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

La cantidad de personal administrativo en el centro de salud es muy importante para el desempeño de las funciones relacionadas con el trabajo, así como las actividades de comunicación y asistencia a los pacientes.

Antes de 1986 se abrieron consultorios (que brindan medicina interna general y pediatría) y ambulatorios (que brindan medicina especializada sin hospitalización), se establecieron consultorios ambulatorios para brindar atención médica en los casos en que se requería hospitalización al hospital. Sin embargo, solo con la Ley General de Salud núm. 14/1986 En 1986, los límites entre la medicina tradicional y la medicina hospitalaria se fueron separando gradualmente, distinguiendo primaria y especializada. Al estar separados los dos tipos de atención, el sistema facilita la prevención de enfermedades y promueve la salud al reducir

los costos de atención médica al evitar las visitas directas al hospital. Por lo tanto, el equipo primario desempeñará funciones tales como promoción de la salud y prevención de enfermedades, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia, en coordinación con una enfermera cualificada, de acuerdo con las directrices establecidas por la institución matriz del sistema de salud. Castilla-La Mancha, según la Ley 8/2000 de ordenación sanitaria.

Las personas mayores se encuentran entre las más afectadas por esta crisis, tanto por los efectos del covid como porque no pueden salir de sus casas por distracciones, por lo que sus voces necesitan ser escuchadas cada vez más.

2 Objetivos

Exponer qué es la atención primaria y el desarrollo del personal administrativo de atención primaria así como conocer la importancia de sus tareas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en los principales libros y las principales bases de datos como PubMed o Scielo así como el buscador Google académico, con palabras clave adecuadas.

4 Resultados

La atención primaria constituye el nivel general de acceso de la población al sistema de salud. El equipo médico primario considera el distrito primario de salud como su área geográfica de actuación y el centro de salud como su ubicación física primaria. En zonas rurales, estos centros de salud estarán compuestos por clínicas locales de varios pueblos u otras instituciones separadas que no tengan clínicas locales. Los equipos de atención primaria acuden a estas estructuras físicas para realizar sus funciones porque de lo contrario no habría atención suficiente para atender las necesidades de salud de las personas. El equipo de atención primaria incluye médicos de cabecera y pediatras, enfermeras y enfermeros practicantes, trabajadores sociales, farmacéuticos, veterinarios y personal no sanitario necesario para realizar tareas administrativas, recibir notificaciones, información, etc. Típicamente, los pacientes más frecuentes en los centros de salud son los ancianos, y, por lo tanto, visitan el centro todos los días. En su mayor parte, este

grupo suele estar solo y, a menudo, incluso asiste a reuniones para hablar y sentirse escuchado. Es el personal administrativo el que más atención recibe porque son las primeras personas que ven al entrar al edificio. Por ello, es necesario que estos trabajadores apoyen a estas personas y traten de mejorar su autoestima y hacerles afrontar los problemas de salud de forma más positiva.

No siempre alguien tiene la virtud de la empatía en estos trabajos, por lo que cuando nos encontramos con alguien con esta cualidad, nos permite continuar nuestro día con una sonrisa en la cara, que tanto necesitan muchos de nuestros mayores. Para poder trabajar en el sector público, especialmente en el sector de la salud, se debe tener un puesto a un nivel adecuado en términos de buen comportamiento y en algunos aspectos una educación adecuada. En ocasiones, por circunstancias personales del paciente, los pacientes se portan mal con los administrativos porque tienen que realizar trámites que no siempre se hacen como el paciente quisiera pensar.

5 Discusión-Conclusión

Estos profesionales trabajan en el centro de salud con los pacientes que acuden al centro, ayudando a que estas personas mejoren su autoestima y se sientan más queridas y acompañadas. Para ello, los administradores crean una función comunicativa y emocional con los pacientes, asegurando así una atención de mayor calidad también en este aspecto de la vida. Quienes no comprendan la importancia de esta actividad deben ponerse en el lugar de los demás, porque un día pueden estar del otro lado de las visiones desarrolladas en este estudio.

Por ello, el personal del departamento de funciones administrativas debe tener la capacidad suficiente para evitar una situación que se salga de control. Actualmente, debido al COVID-19, los pacientes tienen acceso limitado a los centros de salud, lo que hace que los pacientes no sean escuchados y prácticamente no haya excusa para salir de casa.

6 Bibliografía

1. Ley 14/1986 General de Sanidad.
2. Ley 8/2000 Ordenación sanitaria en Castilla La Mancha.
3. <https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131017/>.

Capítulo 109

EL PACIENTE DE CARDIOLOGÍA Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR DE LA PLANTA DE CARDIOLOGÍA

TOÑI LACALLE COLLADO

JOAQUÍN GARCÍA ALGABA

ATIYEH TAHA DE LA LLAVE

MARIA DEL CARMEN HUERTAS DIAZ-CAMBRONERO

MARIA JOSE ALAMEDA DIAZ

1 Introducción

Un paciente cardíaco entra dentro de las cirugías cardiovasculares, las cuales son una especialidad de la medicina que se ocupan de los problemas del sistema cardiovascular en los que son precisas las intervenciones quirúrgicas. Las principales cirugías cardiovasculares pueden ser un bypass, la cirugía valvular, de grandes vasos, arritmias o también trasplantes cardíacos.

Este tipo de cirugía está en constante evolución y con el tiempo que van manejando nuevas técnicas, nuevo instrumental y otras opciones que optimizan el éxito de esta tipología de operaciones, lo facilita y en parte reducen bastante el tiempo de recuperación de los pacientes.

En este capítulo vamos a ver de modo general el modo de proceder de un celador hacia un paciente cardíaco. No nos centraremos en pacientes en concreto ni en una tipología de operación en concreto como recambio de válvulas, disecciones u otros tipos. Simplemente, hablaremos de modo general de la labor del celador con un paciente de estas características. Nos centraremos en el trabajo del celador, su relación con el paciente desde que ingresa en urgencias o por una operación programada hasta que es dado de alta, describiendo de forma general y en lo que incumbe a las funciones de celador todo el paso del paciente por el hospital tanto en planta, en el quirófano, hasta que es dado de alta.

2 Objetivos

- Dar a conocer la labor del celador a la hora del trabajo con un paciente cardíaco.
- Explicar de modo detallado el trabajo del celador desde el ingreso del paciente, su paso por planta, durante la intervención, así como en la uci y su bajada de nuevo a planta hasta que es dado de alta.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

Podemos empezar con el ingreso del paciente en el hospital. Normalmente, suelen ser intervenciones programadas las cuales entran por su propio pie al hospital, aunque también pueden ser traslados de un hospital a otro o algún paciente de urgencia que tenga que ingresar o directamente ser intervenido de urgencia. En cualquiera de esos casos el celador será el responsable del traslado del paciente ya sea a su habitación como directamente al quirófano si la situación realmente es necesaria.

Dentro de las operaciones programadas el celador este tipo de pacientes suelen ejecutarse una radiografía de tórax previa a la intervención que se podrá hacer antes del ingreso o trasladarlo al área de radiología una vez que ha ingresado.

Aparte de esto, el equipo de enfermería y auxiliares tendrán que ejecutarle una serie de pruebas previas a la intervención en la cuales el celador puede ayudar a la movilización del paciente si se requiere, así como al desplazamiento de este tipo de pruebas o muestras al laboratorio o donde corresponda.

El día de la intervención, el celador cuando tenga orden del personal de quirófano irá a planta a por el paciente y lo subirá al área de intervenciones quirúrgicas junto con su historial médico y siempre avisando en planta del traslado de ese paciente por si no estuviera preparado para la efectuación de la intervención. Una vez en el quirófano y siguiendo las instrucciones tanto del cirujano como del personal de enfermería, el celador procederá a colocar al paciente en la mesa de quirófano y le pondrá brazaletes, el arco o cualquier tipo de accesorios de la mesa que le digan que se va a utilizar.

El celador tiene la obligación de conocer el funcionamiento de la mesa de quirófano, así como de cómo poner y quitar todos los accesorios necesarios. Durante la intervención también será responsable del traslado del aparataje que el personal quirúrgico crea necesario o del traslado a laboratorio para la recogida de bolsas de sangre, plaquetas o plasma si se tuvieran que utilizar.

Durante la operación, si hubiera que movilizar al paciente también con ayuda del personal, el celador tendría que ejecutar esa función. Una vez está terminada la operación el celador deberá pasar al paciente de la mesa del quirófano a una cama o camilla al paciente y de allí trasladarlo a la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Será suya la responsabilidad de llevar al paciente junto con su historial médico y dejarlo en UCI en condiciones para que el personal de esa área pueda recibirlo y poder ejecutar las funciones que sean necesarias.

Normalmente, al poco tiempo de estabilizar al paciente se le ejecutará una radiografía portátil, donde el celador será el encargado de llevar el portátil de rayos a la uci y ayudar en la movilización del paciente para la efectuación de la prueba. El celador que esté en la UCI durante los siguientes días, ayudará en el aseo del paciente y una vez esté extubado y estabilizado y siempre por orden facultativa se procederá a levantarlo de la cama y sentarlo en una silla con cuidado de todos los sueros, cables de monitorización y drenajes que lleva el paciente.

Con el paso de los días y dependiendo de su evolución se procederá a bajar al paciente a planta. Cuando se lo ordenen, el celador deberá ejecutar este traslado

a su habitación en silla de ruedas o en cama dependiendo de lo que le digan. Una vez en planta cada día y si el paciente lo necesita, el celador deberá ayudar en el aseo del paciente, así como en los cambios posturales del mismo o ayudarlo a sentar y volverse a tumbar cada día.

Aparte de esto, lo normal es que estos pacientes sean trasladados para la efectucción de una radiografía de tórax cada día para ver su evolución.

Una vez el personal médico crea necesaria el alta hospitalaria del paciente, el celador si hace falta acompañará hasta la salida al paciente o ejecutará este trayecto en silla de ruedas si el paciente no es válido para andar por su propio pie. De forma general vemos como el celador tiene una labor importante en cada área por las que pasa un paciente que se va a someter a una intervención cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir y con ello hacer una reivindicación del trabajo del celador en un hospital, el cual, está infravalorado laboralmente al no ser considerado como personal sanitario. En este capítulo sobre un paciente cardiovascular podemos observar la importante labor del celador y como está implicado en todos los procesos por los que pasa este tipo de paciente en el hospital, desde su traslado en el ingreso, su trabajo en el quirófano, UCI o los traslados para la efectucción de las pruebas pertinentes tanto antes como después de la intervención. Todo este resumen de funciones del celador lo hemos efectuado de manera general y basándonos en la forma de trabajo del hospital en el cual trabajamos, lo cual no quiere decir que en otros hospitales se trabaje de otra forma o incluso los celadores puedan tener tipo de funciones que en otros centros no tengan.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.medijimar.com/ejecutar-cirugia-cardiovascular/>
- 2.<https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/informacion-general-sobre-cirugia-cardiovascular>.

Capítulo 110

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE FARMACIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

TOÑI LACALLE COLLADO

JOAQUÍN GARCÍA ALGABA

ATIYEH TAHA DE LA LLAVE

MARIA DEL CARMEN HUERTAS DIAZ-CAMBRONERO

MARIA JOSE ALAMEDA DIAZ

1 Introducción

Según la ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y otros productos sanitarios, los hospitales que tienen más de cien camas, disponen de una unidad de farmacia para el paciente ingresado. Depende de la cantidad, actividad y tipo de centro sanitario se procederá a unas normas según la necesidad de medicinas adicionales en la farmacia del centro.

La función del celador es muy importante, por ello es fundamental que siempre esté disponible. La labor de farmacia de los centros de salud, de los hospitales y las estructuras de atención a la salud, estarán obligadas a suministrar y/o organizar las medicinas que se les necesiten en las condiciones legal y reglamentariamente establecidas.

El celador en la unidad de farmacia tendrá bajo responsabilidad las diferentes funciones como la recepción de material, movilizar el material pesado así como transportarlo dentro de la farmacia. De igual modo trasladará los carros con medicación a las diferentes unidades hospitalarias y realizará los inventarios del material. Los servicios de farmacia realizarán una adecuada gestión y un mejor uso de los medicamentos, realizando para ello un uso racional. El celador por su parte ayudará a que el servicio de farmacia pueda llevar a cabo todas sus funciones.

2 Objetivos

Identificar las diferentes funciones del celador en el servicio de farmacia y la importancia de su trabajo en esta unidad.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

Los hospitales deben tener farmacias o departamentos hospitalarios como mínimo requeridos por la ley. Las funciones de una farmacia hospitalaria incluyen crear un sistema de entrega de medicamentos eficiente y seguro, garantizar la correcta administración de medicamentos, y mantener y dispensar productos durante los ensayos clínicos y la implementación, hacer cumplir las regulaciones sobre sustancias psicoactivas u otras drogas. Drogas, otra que requiere un control especial. Es responsabilidad del personal de enfermería del departamento de farmacia recoger los suministros, asegurarse siempre de que coincidan con el conocimiento de embarque y entregar una copia de dicho conocimiento de embarque al personal médico. En caso de error en este suministro, no debe obtenerse ni informarse al operador de la farmacia. El cuidador recogerá el documento recibido y lo entregará al personal médico junto con una copia del albarán correspondiente para que los servicios administrativos tengan en cuenta su derivación.

Los artículos deben clasificarse, ordenarse y colocarse en los estantes. Tenga en cuenta que algunos productos son acondicionados directamente por el cuidador, por ejemplo, botellas de alcohol, viales de suero fisiológico, etc. Los cuidadores no entregarán medicamentos, solo botellas de alcohol o sueros. Por otro lado, los cuidadores distribuyen medicamentos a las salas del hospital, preparan alcohol y se coordinan con el personal médico en el área de inventario. El personal de atención distribuirá documentos de manera rápida, eficiente y eficiente a cada departamento del hospital. Cuando el material a entregar es voluminoso o demasiado pesado, se transporta en carros especialmente diseñados. El gerente de farmacia necesita realizar un inventario periódico de las materias primas a su cargo para verificar el inventario real de productos durante el proceso de inventario realizado en el inventario general que se suele realizar todos los años para conocer el estado del almacén.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, y tal como hemos visto en el presente capítulo, el celador en su actualización en el servicio de farmacia, será supervisado por el personal de enfermería y el farmacéutico responsable. Su trabajo es indispensable en esta unidad, entre otras cosas, porque se encarga de entregar la medicación de los pacientes a las unidades de hospitalización, siempre puntual para que el servicio funcione correctamente.

El celador en este servicio realizará unas funciones que ayudarán a que el servicio se desarrolle con normalidad, ya que es el encargado, entre otras, de trasladar a las distintas unidades del hospital la medicación y demás material sanitario. Por tanto, es importante, que el celador tenga una correcta formación para que desarrolle su trabajo con responsabilidad.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en la farmacia. <http://www.celadoresonline.blogspot.com>.
2. El servicio de farmacia. <http://www.cgtsanidadlpa.org>.
3. Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y otros productos sanitarios. <http://www.boe.es>

Capítulo 111

FUNCIONES E IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE LOS HOSPITALES

TOÑI LACALLE COLLADO

JOAQUÍN GARCÍA ALGABA

ATTYEH TAHA DE LA LLAVE

MARIA DEL CARMEN HUERTAS DIAZ-CAMBRONERO

MARIA JOSE ALAMEDA DIAZ

1 Introducción

Los celadores que trabajan en este servicio debido a la gravedad y las propias particularidades de estos enfermos encamados deberán tener una preparación eficiente sobre movilidad de estos, agilidad y efectividad, estar correctamente uniformados y saber perfectamente cuáles, son sus funciones y colaboración con el resto del personal. El celador de la UCI como tal, ejercerá un refuerzo al personal de la unidad y es el nexo de unión con otros servicios del hospital.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio sumamente especializado y equipado a pacientes con graves enfermedades o dolencias que no pueden ser

atendidas en planta hospitalaria, ya que estos pacientes precisan de un cuidado y tratamiento especial por su situación.

Se trata de un área polivalente de acceso restringido donde se da una atención durante todo el día a pacientes que se encuentran en estado de gravedad. El que un hospital tenga una unidad de cuidados intensivos proporciona a este de la posibilidad de dar unos cuidados de calidad a los pacientes. La UCI está conformada por médicos especializados en atender dichos tipos de pacientes graves con amplia experiencia en manejo de todo tipo de pacientes críticos, desde cardiólogos hasta politraumatizados y post-operados complicados.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que realiza este personal no sanitario (celador de Unidad de cuidados intensivos) en dicha área del hospital.
- Destacar el papel fundamental que el celador de Unidad de cuidados intensivos realiza y ensalzar la importancia de sus funciones en esta.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pacientes que se trasladen tendrán que ir correctamente monitorizados, con controles constantes de signos vitales. El celador tiene que transmitir tranquilidad tanto al paciente como a los familiares, ser riguroso, eficaz y resolutivo, ya que este es un servicio de alta complejidad que debe brindar un cuidado integral a aquellas personas críticas en salud. Será importante su ayuda en las labores de movilización y traslado y su colaboración estrecha con el resto del personal y esencial su labor como nexo con el resto de servicios.

Por ejemplo, en el turno de mañana deberá establecer unos objetivos claros junto con el resto de personal en cuanto a las altas y las pruebas a efectuar. Tendrá que trasladar las muestras si es preciso y se encargará también de poner en los boxes

el material desechable en caso de aislamiento. Serán los encargados de la entrada de familiares en hora de visita, así como de avisar de su finalización y observar el correcto funcionamiento con la obligatoriedad del uso de bata y calzas. También recogerán los cubos llenos para su sustitución.

En el turno de tarde se efectuarán las mismas labores y en el de noche además colaborarán con las auxiliares de enfermería en movilización, vaciado de bolsas, etc.

En esta unidad el celador procurará no realizar ruidos innecesarios y será una persona con amplia formación en la movilización dado que las características de los pacientes, encamados y muchas veces inconscientes hace necesaria esta capacidad.

Por lo tanto, el celador al igual que el resto del personal debe conocer perfectamente las diferentes posiciones sanitarias como decúbito supino, decúbito prono, lateral.

Los celadores en esta unidad permanecerán uniformados con batas asépticas cada vez que entren o salgan dado el estado de los pacientes. La atención que se le proporciona al paciente en esta unidad ha de ser vista de forma integral, por lo tanto, ha de existir una correcta coordinación con todo el equipo y toda la infraestructura necesaria. El celador no es la persona encargada de salvar vidas, pero si pasa mucho tiempo en contacto con los pacientes y saber hablar, tranquilizar y acompañar en esta situación puede ser una de las responsabilidades más satisfactorias.

5 Discusión-Conclusión

En 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 112

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE TRAUMATOLOGÍA

MARIA TERESA BELLO APARICIO

CARLOS RAMOS MORALES

MARIA JOSE RODRIGO ARENAS

CARMELO JOSE TERRÓN AGUJETAS

VIRGINIA VALLE CANO

1 Introducción

Dentro de los diferentes servicios donde desarrollan su labor los celadores en un centro hospitalario, se encuentra la planta de hospitalización de Traumatología. En esta unidad ingresan, además de los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente de procesos traumatológicos, aquellos otros que ya han sido intervenidos, para su control postoperatorio y durante el tiempo que sea necesario.

La unidad está conformada por un número de habitaciones que varía según la categoría del hospital, si es de referencia, comarcal o local, y están divididas según patologías de los pacientes. De este modo se pueden encontrar habitaciones camas especiales, dotadas de un armazón metálico o de tracciones de contrapeso.

En esta unidad se encuentran un equipo de profesionales compuesto por TCAE, enfermeras, traumatólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas y por supuesto, como se ha mencionado al inicio de esta introducción, celadores.

Los celadores desarrollan su labor diariamente en tres turnos de trabajo, el de mañanas, el de tarde y el turno nocturno, y sus funciones realizadas variarán según el turno asignado, pero siempre siguiendo las directrices de la Orden Ministerial de 5 de Julio de 1971, que desarrolla el Estatuto Básico del Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, y de su artículo 14.1, en donde se explicitan las funciones de los mismos.

2 Objetivos

- Explicar cómo funciona la unidad de hospitalización de Traumatología de un centro hospitalario.
- Dar a conocer las funciones que los celadores desarrollan en la unidad de hospitalización de Traumatología de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con la búsqueda de información exhaustiva en diferentes buscadores, como por ejemplo Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, revistas científicas, libros y capítulos científico-sanitarios, con el fin de obtener la mayor información y veracidad de los resultados expuestos en dicho trabajo.

4 Resultados

Como se ha mencionado en la introducción de este capítulo, las funciones que los celadores desarrollan en la unidad de hospitalización de Traumatología, exceptuando las funciones comunes del celador, son diferentes según el turno de trabajo asignado.

- Funciones del celador en turno de mañanas.

En el turno de mañana los pacientes que están programados para una intervención quirúrgica, deben estar despiertos a las siete de la mañana, horario en que, en caso de ausencia del peluquero o por las necesidades de premura en la intervención, el celador pasara a rasurar las zonas o miembros que van a ser intervenidos.

El primer paciente programado para quirófano es trasladado por el celador de quirófano, el celador de blanco, llamado en este caso. Las demás programaciones será el celador de la unidad quien traslade los pacientes a indicación del personal sanitario.

Por las mañanas también se suelen realizar los aseos de los pacientes encamados que por sí solos no puedan hacerlo por ellos mismos. El celador acompaña a la TCAE en esta operación, colaborando en la movilización del paciente según las instrucciones recibidas.

Es también en este turno cuando se realizan más cantidad de pruebas diagnósticas, como puedan ser, analíticas de sangre, radiografías, ecográficas, etc., siendo el celador en turno de mañanas el encargado de trasladar al paciente a dichas pruebas y a llevar a laboratorio las diferentes analíticas extraídas.

-Funciones del celador en turno de tarde.

En el turno de tarde, el celador destinado en la unidad, estará pendiente de las indicaciones del personal sanitario. Los aseos de los pacientes se ciernen a aquellos que tengan alguna necesidad perentoria. Los pacientes intervenidos, tras pasar por la unidad de reanimación posquirúrgica, son trasladados a su habitación de la unidad de traumatología. Esta función la realiza el celador destinado en dicha unidad bajo las indicaciones del personal de enfermería.

Las tracciones para las movilizaciones y extensiones de los miembros intervenidos son colocadas por la tarde. El celador en turno de tarde transporta todo el aparataje necesario para ello, y bajo las indicaciones del personal sanitario, colabora en la colocación y retirada de las mismas.

-Funciones del celador en turno de noche.

Por las noches en la unidad la actividad asistencial es más baja que en los otros turnos, y la labor del celador se ciñe a la colaboración con la TCAE y el resto de personal a la movilización de los pacientes que lo necesiten por cualquier circunstancia. Esto no significa que el celador, en todo momento, tenga que estar presente en la unidad, para una posible intervención de urgencia.

5 Discusión-Conclusión

Es indiscutible la gran importancia que tiene el celador de la unidad de hospitalización de traumatología en la recuperación de los pacientes tras las intervenciones quirúrgicas y en la preparación antes de las mismas. Desde que contacta con el paciente, el celador de traumatología muestra una gran entrega y respeto por los pacientes ingresados, cuidando de la intimidad y alertando de cualquier anomalía que observe en los mismos.

El celador forma parte integrante del equipo que proporciona al paciente una atención sanitaria eficaz y de calidad, además de un trato personal, individualizado y directo por parte de todo el personal que conforma el equipo profesional sanitario y no sanitario del servicio.

6 Bibliografía

1. El servicio de Traumatología. Disponible en <https://www.hospitaluvroci.es>
2. Actuaciones del celador en la unidad de Traumatología. Disponible en <https://www.hospitalmacarena.es>
3. Guía de actuación del celador en las distintas áreas. Disponible en <https://www.comunidad.madrid>

Capítulo 113

FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LAS PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGÍA

MARIA TERESA BELLO APARICIO

VIRGINIA VALLE CANO

CARLOS RAMOS MORALES

MARIA JOSE RODRIGO ARENAS

CARMELO JOSE TERRÓN AGUJETAS

1 Introducción

Las pruebas especiales de cardiología suelen estar situadas en salas cercanas a la unidad de hospitalización de Cardiología. Los médicos especialistas en Cardiología, de este modo, pueden, por cercanía, atender a los pacientes ingresados en la unidad, y al mismo tiempo, realizar las pruebas diagnósticas necesarias, tanto para los hospitalizados, como para los pacientes programados.

Actualmente todos los hospitales cuentan con este servicio donde se ofrecen pruebas más comunes como, electros, ecocardios, holters, esfuerzo, etc., y otras pruebas más complejas, como la cardiología intervencionista, relegada esta a hospitales más generales o de referencia.

Hoy en día es un servicio que ha aumentado su demanda considerablemente, al crecer el número de personas con enfermedades cardiovasculares, sobre todo con

los infartos en personas más jóvenes. De este modo en el servicio se encuentra un gran equipo profesional, que abarca desde los cardiólogos, hasta el personal de enfermería y por supuesto también los celadores.

El servicio cuenta con diferentes salas, según el tipo de prueba diagnóstica que se realice. Así se encuentra la sala para los electrocardiogramas, la sala para los eco-estrés, la sala para las pruebas de esfuerzo, etc. En cada una de ellas desempeñan su labor el personal sanitario, y el celador realiza sus funciones atendiendo a las necesidades de cada una de las mismas.

Como se ha reseñado en el inicio de esta introducción, además de realizar las pruebas diagnósticas a los pacientes hospitalizados, también se les realizan a los pacientes programados, para lo cual, cada tipo de paciente accede por un circuito distinto. Los pacientes que acuden de su domicilio por los pasillos exteriores y los pacientes ingresados, bien en silla o en cama, por los accesos interiores.

De todas estas circunstancias es el celador destinado en el servicio, el encargado de trasladar, colaborar y asignar cada paciente a su respectiva sala de prueba diagnóstica.

2 Objetivos

-Enumerar las funciones que desarrolla el celador en el servicio de pruebas especiales de Cardiología.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda y revisión de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

Comienza el turno del celador destinado en las pruebas especiales de cardiología indicando tanto a los familiares, como a los propios pacientes programados, que respeten su turno a ser atendidos y a que guarden el máximo silencio posible,

señalando donde quedan situadas las máquinas para registrar las diferentes citas programadas.

A este respecto el celador ayudará a aquellos pacientes que acudan al servicio en silla de ruedas a pasarlos dentro de las diferentes salas y colaborará con el personal sanitario a la colocación del paciente en la camilla para la realización de la misma.

El celador es el encargado de trasladar todos los objetos y materiales que se le requieran por el personal sanitario, tanto dentro de la unidad como fuera de la misma, en el caso de que se necesite realizar un ecocardiograma urgente en cualquier unidad hospitalaria del centro, acompañará al Cardiólogo y a la tcae, transportando el Ecocardio, esperando hasta su finalización para reportar de nuevo el aparato a la unidad.

El celador deberá estar atento en todo momento al acceso de la unidad, no dejando pasar nada más a que los pacientes que tengan la cita programada, procurando que en la sala de espera de los pacientes, los familiares guarden el máximo silencio, y evitando el paso a la unidad nada más a que a las personas autorizadas para ello.

Durante las pruebas, el celador estará pendiente de las salas, por si acaso fuese necesaria su presencia para movilizar y cambiar de postura a los pacientes, prestando especial interés en aquellas salas donde la prueba es con anestesia, como en el eco-stress, porque se somete al paciente a una actividad cardiaca muy elevada.

Llevará y repartirá los informes que desde la unidad se generen a las distintas unidades y consultas indicadas, así como las historias al servicio de archivos, una vez finalizadas las pruebas y antes de terminar el turno.

5 Discusión-Conclusión

El celador de pruebas especiales debe acaparar unas condiciones especiales, debe ser un profesional activo y dinámico, atento y siempre controlando la organización, tanto de las salas de espera de los pacientes y familiares, así como, las propias salas, velando por el buen comportamiento de los acompañantes.

Es parte de un equipo multidisciplinar donde desarrolla una labor fundamental para el buen desarrollo de la unidad, y debe conocer y gestionar correctamente los tiempos, para no demorar el normal funcionamiento de la unidad y no hacer esperar mucho tiempo a los pacientes ingresados en planta, así como atender a la mayor brevedad posible, cualquier urgencia que sobrevenga en el servicio.

6 Bibliografía

1. Cuidados intermedios en las unidades coronarias. Disponible en <https://www.revespcardiol.org>
2. Unidades clínicas de Cardiología. Disponible en <https://hospitalpuertadelmar.com>
3. Funciones del celador. Disponible en <https://campustraining.es>

Capítulo 114

FUNCIONES DE LOS CELADORES DESTINADOS EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

MARIA TERESA BELLO APARICIO

VIRGINIA VALLE CANO

CARLOS RAMOS MORALES

MARIA JOSE RODRIGO ARENAS

CARMELO JOSE TERRÓN AGUJETAS

1 Introducción

La unidad de hemodiálisis de un centro hospitalario acoge a aquellos pacientes que presentan una merma en sus funciones renales. Esta patología puede presentarse en un funcionamiento anómalo de los riñones o en la falta de alguno de ellos. Los riñones cumplen la función de purificar la sangre de todas las impurezas que son perjudiciales para la persona. Por lo tanto, en la unidad de hemodiálisis se trata a los pacientes para que su sangre sea limpiada a través de unas máquinas que hacen la función del riñón.

Estos “riñones artificiales” cumplen la función del propio órgano natural de la persona, a través de una vía centralizada conectada al paciente, por donde va a circular toda la sangre, devolviéndola de nuevo, una vez filtrada, al propio paciente.

La unidad se estructura según la tipología del paciente. Existe una dependencia para los pacientes crónicos, que acuden al servicio, días alternos de la semana; la dependencia para pacientes agudos, que por su propio estado, además de presentar otras patologías, necesitan unos medios más adecuados para su asistencia. Y por último la dependencia dedicada a los pacientes infecciosos que alberga a aquellos que presentan un cuadro infeccioso o vírico, por ejemplo, aquejados de sida, tuberculosis, etc...

Esta unidad está compuesta por un equipo de profesionales entre los que destacan enfermeros, tcas, celadores y nefrólogos, todos con un objetivo común de calidad y trato humanitario a los pacientes que acuden a diario.

Los celadores destinados en esta unidad cumplen con sus funciones concretas del servicio, además de las funciones generales que les son reconocidas.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento de la unidad de hemodiálisis de un centro hospitalario.
- Explicar las funciones que desarrollan los celadores destinados en esta unidad de hemodiálisis.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

Los pacientes suelen acudir a la unidad en ambulancia, a excepción de aquellos que se encuentran hospitalizados, en cuyo caso, es el celador de la unidad, quién se encarga de realizar el traslado, por los medios precisos, del mismo hasta el servicio.

Como se ha referido en la introducción de este capítulo, el objetivo básico de la unidad consiste en limpiar la sangre del paciente, por lo que es necesario pesar

en kilogramos y gramos al mismo, para valorar las impurezas que se han eliminado. Esta función de pesaje la realiza el personal sanitario de la unidad con la colaboración del celador, quién es el encargado de colocar a los pacientes en la báscula, antes del inicio y una vez terminada la dialización. El personal sanitario anota todas las cantidades que el celador le va dictando.

Una vez terminado el pesaje inicial de los pacientes, el celador moviliza y colabora en la colocación de los pacientes en los diferentes puestos para su enganche a la máquina artificial, teniendo especial cuidado en identificar el puesto asignado con el nombre del paciente, puesto que los filtros y los líquidos filtrantes son distintos para cada paciente.

Dentro de la unidad, el celador es el encargado de transportar todos los aparatos y utensilios que se necesiten, desde las propias máquinas, sillas de ruedas, camillas, envases de líquidos o filtros, así como de prestar atención al desarrollo y estado dentro de la unidad.

Los celadores destinados en la unidad son los encargados del mismo modo, de mantener siempre el orden adecuado, en cuanto se refiere a visitas y procurar que los pasillos anexos de la unidad, de entrada a la misma, estén siempre limpios y libres de obstáculos.

5 Discusión-Conclusión

Tras el desarrollo del capítulo se puede afirmar que el celador destinado en la unidad de hemodiálisis es un elemento que destaca por su implicación constante en el servicio y su gran profesionalidad. Así, el celador es una persona imprescindible desde que el paciente acude a la unidad, hasta que sale de la misma, colaborando siempre en la movilidad de los mismos, en el traslado de cualquier objeto necesario y en definitiva, siempre atento a las indicaciones del personal sanitario.

Es por todo lo mencionado, que los celadores de la unidad forman parte fundamental de un equipo cuyo objetivo último es dar un servicio y un trato al paciente que sea eficaz y de calidad, sin olvidar el acercamiento humano y empático con los mismos.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en diálisis. Disponible en <https://revistamedica.com>
2. Funciones generales del celador en la unidad de diálisis .Disponible en <https://celadoresonline.blogspot.com>

3. Funciones del celador en la unidad de hemodiálisis. Disponible en <https://revistamedica.com>

Capítulo 115

EXPOSICIÓN DE LAS DIFERENTES CAUSAS DE QUEMADURAS POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA

VERONICA CARRIÓN MARTÍNEZ

MARÍA ISABEL CLAVIJOS PÉREZ

SONIA MORENO MUÑOZ

LAURA GALDON GARCIA

1 Introducción

Una quemadura será considerada como una herida contra los tejidos del cuerpo ocurrida por el calor, sustancias químicas, electricidad, radiación o el sol. Las escaldaduras serán a consecuencia de líquidos calientes y vapor, los incendios en los edificios y los líquidos y gases inflamables son los causantes más comunes de las quemaduras. Otra forma de quemadura es la ocurrida por inhalación de humo o de partículas tóxicas.

Las quemaduras pueden producir ampollas, hinchazón, cicatrices, en los casos más severos, shock e incluso la muerte. Además, pueden derivar en infecciones porque lesionarán la barrera protectora de la piel. El tratamiento de las quemaduras ira en dependencia de la causa, en cuanto a la profundidad y área del cuerpo afectada. Las pomadas deben contener con antibióticos pueden tratar o prevenir las infecciones. Para quemaduras más críticas, es posible que se requiera

tratamiento para la limpieza de la herida, injertos de piel y cerciorarse que el paciente tiene suficientes líquidos y una adecuada nutrición.

Se cifran entre 60.000 y 80.000 las personas que precisan ingreso hospitalario del millón que sufren quemaduras en EE. UU. De esos, 5.500 se encuadran dentro de los fallecidos a consecuencia de la gravedad de sus lesiones.

En España no se disponen de datos exactos sobre los quemados, pero por extrapolación con los países de nuestro ambiente, obtenemos cifras de que 300 de cada 100.000 habitantes al año precisan intervención sanitaria por lo acuciante de las lesiones, lo que supone una cifra de 120.000 españoles y 1.000.000 de europeos afectados de quemaduras.

Los números de hospitalizaciones se hallan en torno a 5.500 españoles, a razón de 14/100.000 habitantes.

2 Objetivos

Describir e indicar los agentes etiológicos de las quemaduras en las cuales están expuestos todos los pinches de cocina hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Vamos a hablar sobre los factores de quemaduras en los pinches de cocina en los centros hospitalarios.

Clasificación.

Describiremos los responsables y a su vez observaremos su clasificación en función del agente etiológico.

En cuanto a los factores o condicionantes que son los que pueden provocar una quemadura (quemadura) podemos dividirlos en:

- Las quemaduras térmicas.
- Las quemaduras químicas.

- Las quemaduras eléctricas. a) Las quemaduras térmicas se agrupan en torno del > 90 % del total de todos los quemados, desglosándose a su vez en:
 - Quemadura térmica por contacto.
 - Por contacto con sólido caliente. Son quemaduras limitadas pero profundas.
 - Por contacto con líquido caliente. Son quemaduras extensas, pero poco profundas.
 - Quemadura térmica por llamas. Normalmente, se producen cuando hay fuego en espacios limitados y suelen asociarse a quemaduras por inhalación de gases.
 - Quemadura por radiaciones. Rayos ultravioleta en exposiciones solares y por radiaciones ionizantes. b) Quemaduras químicas.
 - Quemadura por ácidos. Son quemaduras limitadas, y la profundidad de ellas depende de la prontitud con que las heridas hayan sido lavadas para disminuir la concentración del producto. Las quemaduras por ácido clorhídrico precisan especial atención por la capacidad del ácido de penetración intraorgánica, y que precisan el tratamiento de las lesiones con gluconato cálcico intratisular.
 - Quemadura por álcalis o bases. Evolutivas quemaduras y de mayor profundidad que las ácidas. c) Quemaduras eléctricas.
 - Por flash eléctrico. Son quemaduras de corta duración (mlseg) y elevada potencia de 3.000 °C. Son quemaduras superficiales y afectan a las zonas expuestas a la luz. No suponen un paso de corriente a través del organismo.
 - Quemadura eléctrica con paso de corriente a través del cuerpo. Son quemaduras con lesiones profundas, donde el daño real no es definible por la extensión de la herida, ya que puede haber rotura muscular, afectación ósea, tendinosa, nerviosa, etc.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver a través de la exposición de los agentes etiológicos de las quemaduras, en cuanto a la figura profesional del pinche de cocina, y en la descripción de este artículo, se observa y llega a la conclusión de que cualquier persona puede estar expuestas y ser vulnerable a la hora de que le suceda un accidente de los mencionados, aunque en dependencia de que profesión realices tendrás más riesgo de exposición o menos, las quemaduras térmicas se observan en una incidencia del 90 % del total de las quemaduras con lo cual son las que más expuestos estamos en nuestras competencias en la cocina.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/burns.html>.
2. <https://www.uninet.edu/tratado/c090802.html>.
3. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manejo%20quemaduras%20conceptos%20claificacion.pdf>.

Capítulo 116

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y LA IMPORTANCIA DEL AGUA EN EL ORGANISMO

VERONICA CARRIÓN MARTÍNEZ

MARÍA ISABEL CLAVIJOS PÉREZ

SONIA MORENO MUÑOZ

LAURA GALDON GARCIA

1 Introducción

Cuando hablamos de aguas se hace referencia a las que son aptas para el consumo humano, es decir, las que no presentan microorganismos, parásitos o sustancias en cantidades que puedan suponer un riesgo para la salud.

En función de su procedencia y distribución, se clasifican en dos grandes grupos: Aguas de consumo humano público (de grifo): pueden ser consumidas y utilizadas en el cocinado. Se distribuyen por la red de abastecimiento público y proceden de captaciones superficiales o subterráneas naturales que han pasado por un proceso de potabilización.

Aguas de consumo humano envasadas: entre estas, encontramos:

- Agua potable preparada.
- Aguas de manantial.
- Aguas minerales naturales.

En nuestro organismo es necesario o un equilibrio líquido, electrolítico y ácido base para conservar la salud y mantener las funciones corporales, esto hace referencia al balance hídrico. Para ello, es fundamental el aporte de líquidos y electrolitos, y una armónica eliminación de estos.

Con frecuencia, los desequilibrios vienen asociados a determinadas patologías.

Un ser humano adulto sano suele ser capaz de mantener un balance hídrico adecuado, que no es otra cosa que la cuantificación y registro de todos los ingresos y egresos de un paciente en un tiempo determinado (suele expresarse en horas).

2 Objetivos

Conocer, como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como pinche de cocina, la definición de agua, y la importancia de un balance hídrico en nuestro organismo.

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

A lo largo de un día un adulto ingiere unos 2.500 ml de líquido a través de la bebida (1.500 ml), los alimentos (700 ml) y el agua endógena (300 ml). Aproximadamente, la misma cantidad se expulsa mediante la sudoración (450- 675 ml), la respiración (150- 225 ml), la orina (1.500 ml) y las heces (250 ml).

Para realizar un balance hídrico se deben tener en cuenta el peso del paciente y el número de horas durante las que se efectuará el cálculo. Existen también otros factores, tanto en el ingreso de líquido como en el egreso, que son constantes en todos los pacientes, independientemente de su estado de salud, su sexo, etc.

El agua es el compuesto más abundante del cuerpo humano y representa aproximadamente el 50-60% del peso total de un adulto joven y sano; un cuerpo normal mantiene un equilibrio hídrico. Existe el líquido intracelular (LIC), que representa el 33-40% del peso corporal, y el líquido extracelular (LEC), que se sitúa fuera de

la célula y está formado por líquido intersticial (10% del peso corporal) y líquido intravascular (plasma), que representa un 4% del peso. Para efectuar el balance hídrico se efectúa una resta entre los ingresos y los egresos. El resultado puede ser positivo (si la cantidad de líquido ingresado es superior al egresado), neutro (cantidades equiparadas) o negativo (si los egresos superan a los ingresos). Hay que tener en cuenta un factor constante a la hora de calcular los ingresos: el agua endógena (producida por la oxidación de los alimentos) se cifra en 300 ml en 24 horas.

Por tanto, 12.5 ml por hora. Un factor constante en los egresos es la pérdida insensible de líquido que se produce por perspiración (sudoración), que se obtiene multiplicando 0.5 por el peso del paciente y por 24 horas.

5 Discusión-Conclusión

La correcta ingesta de agua atañe a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias, ya que su correcta provisión es un requisito para la mera sustentación de la vida, puesto que los alimentos no nos proporcionan toda el agua que necesitamos. Cabe señalarse que el agua no permanece en nuestros cuerpos de forma indefinida, sino que viene a perderse a través de la excreción (de orina y heces), la respiración y la sudoración. A lo que hay que sumar el incremento de dicha pérdida cuando aumenta la actividad física o la temperatura exterior o se consumen alimentos con componentes diuréticos.

6 Bibliografía

1. BALANCE HÍDRICO: HIDRATACIÓN Y SALUD - Lluís Serra Majem (2015) <https://www.alanrevista.org/ediciones/2015/suplemento-1/art-145/>.

Capítulo 117

PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y CONTROL DE CALIDAD DE LOS ALIMENTOS

VERONICA CARRIÓN MARTÍNEZ

MARÍA ISABEL CLAVIJOS PÉREZ

SONIA MORENO MUÑOZ

LAURA GALDON GARCIA

1 Introducción

En la antigüedad, el hombre percibía los alimentos a través de sus sentidos y hacía una valoración de los mismos. Con el paso del tiempo, y la evolución de la ciencia y la tecnología, se desarrollaron métodos instrumentales de laboratorio para el análisis de los alimentos, y muchos científicos creían que estos eran los únicos importantes, es decir, consideraban que las únicas evaluaciones en las que se debía confiar eran aquellas en las cuales la participación de los sentidos estaba reducida hasta un mínimo o se excluía completamente, dándose valor únicamente a los métodos instrumentales. Todas las investigaciones en este campo se dirigían a buscar métodos objetivos que permitieran realizar las determinaciones de propiedades medibles cuantitativamente. Si bien es cierto que estos métodos son muy importantes para evaluar la calidad de los alimentos, no nos permiten medir todas sus características, y es aquí donde cobra especial importancia el control sensorial de los alimentos. Esta evaluación sensorial es el examen de las

propiedades organolépticas de los alimentos, es decir, a través de los sentidos, y actualmente la industria alimentaria lo reconoce como una de las formas más importantes de asegurar la aceptación del producto por parte del consumidor. Los analizadores en este tipo de análisis son humanos, reciben estímulos del exterior que se transmiten a través de un nervio conductor hasta el cerebro, que los transforma en sensaciones, y estas sensaciones son interpretadas e integradas con otras sensaciones y con la experiencia previa de la persona, dando lugar a una percepción. Las características organolépticas de los alimentos son los estímulos que interactúan con los receptores sensitivos del analizador, produciendo las distintas sensaciones: color, forma, tamaño, aroma, textura, sabor, etcétera.

2 Objetivos

Dar a conocer como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como pinche de cocina, el análisis sensorial que se realiza en cuanto al control de calidad de los alimentos.

3 Metodología

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

4 Resultados

En este tipo de control sensorial se tienen en cuenta aspectos de diversa índole, como:

- Aspectos ambientales: está demostrado que, además de las características personales y del grado de interés y preparación que tengan los jueces (analizadores), las condiciones externas también influyen directamente en sus juicios. Para controlar todas las variables que puedan influir en sus respuestas, las salas de evaluación deben poseer cabinas individuales y deben cumplir con ciertos requisitos, como colores suaves y lisos en las paredes, adecuada iluminación, ausencia de ruidos, temperaturas agradables y constantes, etcétera.

- Aspectos prácticos: Están relacionados con las muestras, estas deben ser representativas y uniformes para todos los jueces, en el mismo orden para todos, se deben preparar de manera adecuada, de modo que no se introduzcan olores, sabores u otras características organolépticas extrañas, y deben tenerse en cuenta factores como el efecto contraste y el efecto convergencia.

- El efecto contraste se debe a la posición que se le asigna a cada muestra, es decir, el orden en que se prueban.

Por ejemplo, si se presenta una muestra con un nivel de calidad elevado antes de una de baja calidad, a esta última se le atribuye una calidad inferior a la real por contraste con la primera.

- El efecto convergencia se produce cuando se evalúa más de una muestra a la vez, ya que se tiende a compararlas.

También es importante que las muestras se identifiquen con códigos para que no sugieran ninguna información al juez.

- Aspectos humanos: es muy importante controlar todos los factores, tanto fisiológicos como psicológicos, que pueden influir en las respuestas de los jueces, así como seleccionarlos y prepararlos adecuadamente con el propósito de que puedan emitir juicios exactos y confiables.

+ Tipos de análisis sensoriales:

-Análisis descriptivo.

Es el realizado por analizadores expertos para elaborar una descripción de las propiedades sensoriales (parte cualitativa) y su medición (parte cuantitativa).

-Análisis discriminativo.

Es un tipo de análisis utilizado para conocer si existen diferencias entre distintos productos. Este es realizado por panelistas expertos y consiste en la comparación de distintas muestras.

-Análisis hedónico o del consumidor.

Este se centra en evaluar si el producto agrada o no, es decir, su aceptabilidad por parte de los consumidores. Por este motivo es llevada a cabo por los propios consumidores en lugar de por panelistas expertos.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo centrándonos en que el desarrollo del pinche de cocina y la implementación del sistema deben estar a cargo de un grupo de profesionales competentes en las cocinas hospitalarias, incluidos los responsables de la organización para cada problema del sistema, como adquisiciones, limpieza, manten-

imiento, gestión e inocuidad de los alimentos. Todos los empleados de la organización deben estar involucrados porque es un sistema que se aplica a todos. Las pautas de Buenas Prácticas de Higiene están destinadas a respaldar todas las operaciones en la instalación, brindando información sobre las recomendaciones más importantes para garantizar una gran alimentación saludable.

6 Bibliografía

1. ANALISIS SENSORIAL PARA DETERMINAR LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS - Elena Rodríguez Rubio (2019) <https://blogs.imfformacion.com/blog/corporativo/industria-alimentaria/analisis-sensorialcalidadalimentos/#:::text=El%20an%C3%A1lisis%20sensorial%2C%20disciplina%20cient%C3%ADfica,percepci%C3%B3n%20sensorial%20de%20la%20calidad.>
2. EL ANÁLISIS SENSORIAL: EL CONTROL DE CALIDAD DEL SIGLO XXI - Agencia Gallega

Capítulo 118

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL LABORATORIO DE LOS HOSPITALES

MARÍA ISABEL BLANCO MUÑOZ

SONIA IBÁÑEZ SÁNCHEZ

ROSANA CABEZUELO NAVARRO

ANA BELEN CASTILLO MANZANARES

PILAR MORCILLO RUBIO

1 Introducción

El laboratorio clínico es una herramienta primordial, ya que por este medio se diagnostican diferentes patologías y además se realizan estudios donde se establecen los tipos de tratamientos que se van a asignar a los pacientes y el seguimiento de los mismos.

Las funciones del auxiliar administrativo son varias, desde recibir a los pacientes citados, revisar si poseen el (documento o volante) que acredite, el cual adjunta un código de barras donde nace la trazabilidad del proceso.

Generalmente se encuentran en la planta baja, debido al volumen de pacientes externos a la vez que tiene fácil accesibilidad.

La ubicación del auxiliar administrativo, estará visible y a la entrada del laboratorio, donde se distinguen las siguientes partes:

- Sala de espera.
- Recepción de pacientes.
- Área de administración.

En la recepción es donde se van a recoger las muestras y donde se reciben a los pacientes, el auxiliar administrativo contrasta la información de los volantes e incluye las peticiones informáticamente.

A modo de resumen las funciones que realiza un auxiliar administrativo son:

- Apoyo a la gestión documental.
- Realización de informes de analíticas para enviar a las clínicas.
- Colaboración en gestión de datos.

Todo este apoyo, realización de informes y colaboración será de vital importancia para el resultado final.

2 Objetivos

Realizar un desarrollo exhaustivo de las tareas desarrolladas por el auxiliar administrativo en el laboratorio clínico para los hospitales públicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. Se han consultado artículos, de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y también Google académico, realizando una selección de artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En este apartado se hará una descripción del área administrativa de un laboratorio clínico. Ha de tener un mostrador, con dimensiones amplias, para atender a los pacientes que se acerquen, tener un lugar para recibir muestras y aparte otro espacio, organizado de trabajo, archivos y equipos informáticos.

Se compone de tres partes:

En primer lugar, la recepción que se encontrará cerca de la entrada del laboratorio y de fácil acceso a la entrada de esta área, ya que la mayoría de los pacientes son externos.

Se reciben las ofertas de los proveedores con los que habitualmente se trabaja. Posteriormente estas ofertas se estudiarán.

Una vez realizado lo anterior, se le informará al proveedor si esa oferta se acepta o no, si se acepta se presenta en la Junta de Compras del Hospital, que serán los que finalmente autoricen la compra.

Se realizan los pedidos necesarios a los proveedores, cada producto tendrá asignado su código, porque facilita enormemente la gestión.

Se establecerá un plazo de entrega para los pedidos o bien se reclaman los no recibidos en plazo.

En segundo lugar, se detallarán más ampliamente las funciones del auxiliar administrativo, ampliando así las descritas al principio de este capítulo.

Así, podemos señalar las siguientes:

- Introduce los datos que le llegan en el sistema informático creado para ello.
- Gestiona informes y tramita solicitudes médicas programadas de análisis para el laboratorio.
- Tramitar las citas solicitadas por usuarios externos, de manera presencial o telefónicamente.
- Realizar justificantes de asistencia si es necesario, haciendo constar en este el nombre y apellidos del usuario, hora de entrada y hora de salida, y fecha. También se puede poner un breve resumen del motivo de dicha asistencia.

Para que el trabajo del auxiliar administrativo pueda realizarse correctamente y a su vez el laboratorio funcione como es debido, es necesario un organigrama y una buena organización, que dará como resultado un buen servicio al paciente.

En tercer lugar, es adecuado que el auxiliar administrativo reciba una formación continuada y conozca la normativa vigente. Será discreto en todo momento con la información que llegue a sus manos y tratará con cautela los resultados que le entregue al paciente. Porque también hay que mencionar que la aplicación de protección de datos ha de ser eficiente en todo su proceso.

5 Discusión-Conclusión

El abastecimiento de los hospitales y centros de salud es primordial para poder atender a los usuarios de forma eficiente.

La figura del auxiliar administrativo es clave, a la hora de gestionar el aprovisionamiento, puesto que es la persona responsable de esta tarea, entre otras funciones, como por ejemplo detectar la existencia de errores en la mercancía recibida, gestionar los documentos de los pedidos de suministros informáticamente, de forma que se facilita la búsqueda y el almacenamiento de todos los artículos solicitados. Es fundamental a la vez que necesario, que exista rigor y coordinación, junto con un buen trabajo entre todo el personal de suministros para ofrecer un servicio de

calidad al paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.esheformacion.com/blog/12/que-funciones-se-realizan-en-un-laboratorio-clinico>.

Capítulo 119

PROFESIONAL DE PELUQUERÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) HOSPITALARIA

LUCÍA DE LA LLAVE PULIDO

1 Introducción

Un profesional de peluquería en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en un hospital es necesario y esencial para proporcionar cuidado y atención estética a pacientes que se encuentran en estado crítico. A menudo, estos pacientes en estado crítico han sufrido lesiones graves o inclusive que están en tratamiento para la curación de algunas enfermedades graves, y pueden llegar a estar hospitalizados durante períodos muy prolongados de tiempo. El cuidado de la apariencia y la autoestima del paciente puede tener un impacto positivo en la recuperación de este. Además, puede ser útil para pacientes que reciben tratamientos quimioterapéuticos, ya que estos pueden causar pérdida de cabello. Aunque no es una necesidad médica, un profesional de peluquería puede proporcionar un servicio valioso para mejorar la calidad de vida de los pacientes y ayudarles a sentirse más seguros y cómodos durante su estancia en el hospital.

Un profesional de peluquería en una UCI en un hospital desempeña varias y diversas funciones muy importantes para mejorar la calidad y confort de vida de los pacientes que están en estado crítico. A continuación, se detallan algunas de las principales funciones de un profesional de peluquería en una UCI.

2 Objetivos

Exponer por parte del profesional de peluquería la notable e imprescindible función que se realiza por parte de este gremio en las unidades de UCI hacia el paciente crítico.

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 efectuado una búsqueda sistemática de libros, página de internet y también se han consultado artículos en las principales bases de datos seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Proporcionar cuidado y atención estética.

Los pacientes que están en estado crítico a menudo han sufrido lesiones graves o están en tratamiento para enfermedades graves, y pueden estar hospitalizados durante períodos prolongados de tiempo. El cuidado de la apariencia y la autoestima puede tener un impacto positivo en la recuperación del paciente. Un profesional de peluquería puede cortar y peinar el cabello del paciente, así como proporcionar servicios de maquillaje y cuidado de las uñas.

Ayudar a los pacientes que reciben tratamientos quimioterapéuticos.

Los pacientes que reciben tratamientos quimioterapéuticos pueden experimentar pérdida de cabello. Un profesional de peluquería puede proporcionar servicios de peluquería y consejos sobre cómo lidiar con la pérdida de cabello.

Proporcionar servicios de aseo personal.

Los pacientes que están en estado crítico pueden tener dificultades para realizar tareas de aseo personal debido a su estado de salud. Un profesional de peluquería puede proporcionar servicios de aseo personal, como lavar y peinar el cabello del paciente.

Proporcionar servicios de masaje.

El masaje puede tener un impacto positivo en la recuperación del paciente. Un profesional de peluquería puede proporcionar servicios de masaje del cuero cabelludo para ayudar a reducir el estrés y mejorar la circulación.

Proporcionar servicios de consejería.

Los pacientes que están en estado crítico pueden experimentar estrés y ansiedad debido a su estado de salud. Un profesional de peluquería puede proporcionar servicios de consejería para ayudar a los pacientes a lidiar con estos sentimientos. Se puede decir que un profesional de peluquería en una UCI de un hospital desempeña un papel importante en el cuidado y bienestar de los pacientes que están en estado crítico. Proporciona servicios de cuidado estético, ayuda a pacientes con pérdida de cabello debido a los tratamientos o por la larga duración de su estancia en cama.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión y opinión de la exposición de este capítulo cabe destacar de que el profesional de peluquería debe de estar instruido a la vez que tener todos los conocimientos relacionados de su trabajo hacia los pacientes críticos y estar en continua actualización de la importancia de cuidar en la medida que a cada uno le competa sobre las necesidades de un paciente de estas características, ya que todo suma en la recuperación de estos pacientes y el papel de la peluquera/o es importantísimo y necesario a la hora de poder ofrecer un motivo más de confort y autoestima al enfermo.

6 Bibliografía

1. Carvajal Carrascal Gloria, Montenegro Ramírez Juan David. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Oct [citado 2023 Ene 23] ; 14(40): 340-350. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400015&lng=es.
2. Galarce Vargas Francisco Javier, Espinoza Arancibia María José, Zamorano Zúñiga Geraldine, Ceballos Vásquez Paula Andrea. Servicios de Extensión de Cuidados Críticos: Implicancias para Enfermería. *Enfermería Actual de Costa Rica* [Internet]. Diciembre de 2018 [citado el 23 de enero de 2023]; (35): 173-184. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682018000200173&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i35.30759>.

Capítulo 120

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DE UN HOSPITAL. PRINCIPALES FUNCIONES

TEODORA MARTÍNEZ FERNANDEZ

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

M ANTONIA GARCÍA JIMÉNEZ

HERMINIA GARCÍA JIMÉNEZ

SANDRA LOPEZ AROCA

1 Introducción

El servicio de pediatría de un hospital suele estar formado por un equipo multidisciplinar que incluye tanto enfermeras como pediatras, apoyado y colaborando con otro personal como auxiliares de enfermería y celadores a la vez que también nos podemos encontrar a auxiliares administrativos, los cuales tendrán distintas funcionalidades en este servicio, de sus funciones dependerá la fluidez y correcto desarrollo del proceso que el paciente o sus familiares van a realizar en esta particular sala hospitalaria.

El Servicio de Pediatría atenderá a los niños desde su nacimiento hasta los 14 años y se encargará de la conservación y prevención de su salud, así como del tratamiento de patologías agudas o del seguimiento evolutivo tras padecer una enfermedad, patología o procedimiento.

Trabajar en un servicio de pediatría es diferente a otros servicios que brinda un hospital, ya que en esta área sus principales pacientes y usuarios son tanto los niños como sus familiares, por lo que sería fundamental que el personal que labora en este servicio sepa tratar de comprender a ellos, en nuestro caso el ejemplo de un auxiliar administrativo intentando mostrar empatía y simpatía. En nuestro trabajo hablaremos de las principales funciones de un auxiliar administrativo que desempeña o es delegado en el servicio de pediatría del hospital

2 Objetivos

El objetivo fundamental del trabajo será el siguiente:

- Conocer las funciones principales del auxiliar administrativo en el servicio de pediatría de un hospital.

3 Metodología

En la elaboración de nuestro trabajo de investigación hemos buscado información en diferentes páginas webs relacionadas con la especialidad médica de pediatría, a la vez que hemos obtenido información del trabajo que realiza el auxiliar administrativo en esta área específica. Hemos introducido palabras clave en el buscador Google como pediatría y administrativo y finalmente hemos aportado nuestra experiencia laboral, pues varios componentes hemos trabajado como auxiliares administrativos en esta área en concreto del hospital.

4 Resultados

Un auxiliar administrativo en un servicio de pediatría suele contribuir a su labor como miembro de la plantilla, realizando las tareas de secretaría médica y cooperando administrativamente con los distintos departamentos que componen el servicio, además de realizar sus tareas administrativas y estar en plena comunicación con cualquier servicio solicitado en momentos determinados por el personal que trabaja en el área de pediatría las principales funciones de un auxiliar administrativo en el servicio de pediatría del hospital podrían ser las siguientes que vamos a resaltar :

- . atender a usuarios que acuden al área
- . Programación de la agenda pediátrica

- . Administración de horarios del facultativo como de las diferentes secciones del área
- . Administración de bases de datos, consultas y emergencias. Control de citas.
- . Control y estadísticas de ocupaciones por profesionales
- . Ejecutar informes
- . Procedimientos internos, como la tentativa de una prueba, o procedimientos externos, como la derivación a otras consultas o centros
- . Administración de la historia clínica
- . Gestión de materiales del departamento
- . Realización de fotocopias cuando le sea requerido
- . Control de días y horas de trabajo
- . Atención en el teléfono

Cada una de las funciones de un auxiliar administrativo en este servicio también puede extenderse a varios otros servicios hospitalarios, ya que, en realidad, estas funciones son muy generales para este personal, independientemente del servicio o área en la que se desempeñe. Una adecuada preparación y formación del auxiliar administrativo puede garantizar que este personal pueda trabajar tanto en el servicio de pediatría como en cualquier otro servicio del hospital.

El personal administrativo estará en sintonía y armonía con el demás equipo sanitario o no sanitario que trabaja en este área, pues la buena organización y coordinación de todo el personal es la clave del éxito del buen funcionamiento de un área, en este nuestro caso el servicio de pediatría del hospital.

5 Discusión-Conclusión

El personal auxiliar administrativo será una figura mas que compondrá el grupo de trabajo que desempeña su labor en el área de pediatría, pues sus funciones concretas serán esenciales para el desarrollo y la fluidez del servicio.

La buena y eficaz labor del personal administrativo en este servicio conllevara a que la estancia tanto de pacientes como familiares sea mas rápida y amena posible.

Al trabajar en un servicio de pediatría, este personal tiene que ser consciente que lo hace con niños , los cuales tienen unas necesidades diferentes a los adultos, por lo que tendrá prestar mayor atención en sus decisiones y en su trato .

El servicio de pediatría es totalmente diferente al resto de servicios de un hospital, ya que a este servicio acuden niños y su inocencia y salud está por encima de todo, por lo que habrá que ser mas prudente y empático que nunca.

El personal administrativo que trabaja en este área estará totalmente formado y preparado para desempeñar su labor, ya sea mediante formación, reciclaje cursos etc., pero cuando trabaje en este área lo hará en pleno conocimiento de la actividad y del funcionamiento.

6 Bibliografía

<https://seviciopediatria.com>

www.chospab.es

www.scartd.org

www.revistamedica.com

www.formacurae.es

Google

Capítulo 121

PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA A EXTRANJEROS EN ESPAÑA

M^a LLANOS LOPEZ TELLO GOMEZ

RAQUEL GARCIA GUTIERREZ

PATRICIA JIMÉNEZ BASSALO

REMEDIOS PAÑOS HERNÁNDEZ

PILAR YDÁNEZ GARCÍA

1 Introducción

En el siglo XXI, la emigración en España se ha incrementado notablemente. Los factores fundamentales por lo que se ha producido este incremento en las últimas décadas son: la emigración desde los países iberoamericanos, esta por dos motivos fundamentales: los convenios que España tiene con esos países y la lengua común; y otro factor es la libre circulación de personas en la Unión Europea que llegan a nuestro país, unos como residentes, otros como turistas. Este aumento de extranjeros incide directamente sobre el sistema sanitario al ser la salud una prioridad básica de toda persona independientemente de su origen o nacionalidad.

La asistencia sanitaria en España para extranjeros está regulada en la Ley Orgánica sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, la cual establece que: “los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria”.

El objetivo principal del último real decreto-ley es proporcionar una sanidad universal pública y gratuita para que cualquier persona que resida en España, ya sea nacional o extranjera, pueda acudir a un centro hospitalario en caso necesario. Por lo que todos los inmigrantes tiene las mismas condiciones respecto a los españoles, dispongan de permiso legal de residencia o no.

2 Objetivos

- Conocer la normativa española que garantiza el derecho a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras que se encuentran en nuestro país.
- Aclarar algunas cuestiones sobre un tema que es de primordial importancia tanto para los extranjeros usuarios de la sanidad como para el profesional, preferentemente, auxiliar administrativo, para gestionar y corroborar los datos necesarios para que el paciente extranjero pueda ser atendido.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación basada en la revisión bibliográfica de leyes que recogen este derecho, tanto españolas como comunitarias, la revisión de las leyes que legislan sobre el tema a tratar y, desde luego, las páginas del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, de la Seguridad Social y de la Comisión Europea que aportan datos técnicos y una buena ayuda a los interesados.

4 Resultados

Según la Constitución Española, art.13.1, los extranjeros gozarán en España de las mismas libertades públicas que garantiza el presente Título en los términos que establezcan los tratados y la ley. En el art.43 se reconoce el derecho a la protección de la salud. La LO 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (Ley de extranjería), nos dice en el art.1: “Se consideran extranjeros, a los efectos de la aplicación de la presente

Ley, a los que carezcan de la nacionalidad española, así en el art. 12, “Derecho a la asistencia sanitaria”, tienen derecho a ella:

1. Todos los extranjeros que están en España y estén empadronados en el municipio en el que tengan su domicilio habitual.
2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente cualquiera que sea su causa, y continuar con dicha atención hasta que le den alta médica.
3. Aquellos extranjeros menores de dieciocho años que están en España, en las mismas condiciones que los españoles.
4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España también tendrán derecho durante el embarazo, parto y postparto.”

La Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, art.1.2, son titulares del derecho a la protección y a la atención sanitaria todos los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

En la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, en el artículo 3.1 recoge el criterio de la residencia para otorgar el derecho a la asistencia sanitaria, pero reconoce, en el art. 3.3, el derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio que no hay necesidad de poseer la tarjeta sanitaria o estar empadronado para beneficiarse de la sanidad; esto incluye a los españoles que nunca han trabajado y a los que les favorece esta norma.

El Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, establece los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria. En el artículo 6 los precios a abonar por la suscripción de este convenio especial, que variará de precio según el suscriptor sea mayor (157 € mes) o menor de 65 años (60 € mes).

5 Discusión-Conclusión

La asistencia sanitaria en España para extranjeros propicia que cualquier persona, sea cual sea su situación, pueda ser atendido en un centro sanitario público. Sin embargo, para controlar los posibles abusos que se puedan producir, se han creado una serie de medidas, entre ellas, acreditar la residencia en España desde hace más de 90 días, así de esta forma se evita el acceso a la sanidad pública de los extranjeros que cuentan con su propia cobertura en su país de origen y pretenden hacer un uso doloso de este servicio.

De todos modos, la sanidad pública universal de nuestro país solamente se reconoce dentro de nuestras fronteras, por lo que este derecho no da lugar a que se pueda disfrutar en otro lugar. Los inmigrantes que residen en España de forma regular deben acogerse a los requisitos establecidos por la comunidad autónoma correspondiente en la que viven para acceder a la cobertura sanitaria. En España el derecho a asistencia sanitaria forma parte de uno de los derechos de los extranjeros y que, sin duda, ha evolucionado en los últimos años. Actualmente, podemos afirmar que, un extranjero en España, tiene derecho a asistencia sanitaria.

El auxiliar administrativo debe gestionar toda la documentación y procedimientos necesarios para la atención sanitaria del paciente extranjero de acuerdo a la situación en la que éste se encuentre.

6 Bibliografía

1. Constitución Española de 1978.
2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
3. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
4. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.
5. Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria.

Capítulo 122

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE SUMINISTROS

M^a LLANOS LOPEZ TELLO GOMEZ

RAQUEL GARCIA GUTIERREZ

PATRICIA JIMÉNEZ BASSALO

REMEDIOS PAÑOS HERNÁNDEZ

PILAR YDÁNEZ GARCÍA

1 Introducción

Durante los últimos años, gracias a la digitalización e informatización de la asistencia sanitaria, la labor del personal administrativo en la asistencia sanitaria en el Servicio de Suministros se ha modificado significativamente, siendo de gran importancia su función de organización y desempeño en los centros sanitarios. Actualmente, esto implica gestionar este servicio hospitalario a través de los recursos humanos (personal administrativo, auxiliar administrativo, celador y otras categorías), coordinándolos de modo adecuado. Es decir, aprovechar ese capital intelectual y físico. Ese buen funcionamiento en el servicio de Suministros está estrechamente conectado a realizar una buena provisión de productos sanitarios. Es de gran importancia el aprovisionamiento de todos los bienes materiales necesarios, para dar garantía transversal de una gestión efectiva a todos los servicios

del Hospital, cuya principal finalidad es facilitar una correcta asistencia sanitaria a los pacientes y suministrar los materiales necesarios al Hospital.

El servicio suministros y almacén del hospital es el encargado de proporcionar este aprovisionamiento a todas las áreas del complejo sanitarios y centros de salud, los recursos materiales necesarios. Estos materiales necesarios (reactivos, aparatos, equipos, medicinas y otros suministros) se deben comprar, transportar y almacenar, por lo que cada hospital debe tener personal e instalaciones dedicados a estas funciones para el correcto funcionamiento, cubriendo en todo momento las necesidades y evitando el desabastecimiento en los servicios. Será la organización y personal del hospital, quienes se encarguen de estas necesidades básicas, sumamente importantes para que todo funcione correctamente.

El auxiliar administrativo es una de las piezas fundamentales en el funcionamiento del abastecimiento sanitario, y por extensión de la buena gestión en esta materia sanitaria.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que realiza el auxiliar administrativo dentro del servicio de suministros y protocolos a seguir.
- Detallar el funcionamiento y proceso general del área de suministros.

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

Definimos suministro como el conjunto de actividades que tienen como finalidad aprovisionar de materiales tanto al almacén como a los servicios sanitarios. En ese sentido podemos distinguir entre dos tipos de suministros:

- Internos: son aquellos que están disponibles en el almacén que se dedica a proveer a las distintas unidades con el material necesario para el desarrollo de las actividades asistenciales y que tienen como destino el suministro interno.

- Externos: son aquellos que proceden de los distintos proveedores y tienen como destino abastecer al almacén de suministro interno. Estos se clasifican en tres grupos: material no sanitario (material destinado a mantenimiento y reparación, herramientas y útiles, productos y materiales de menaje, bebidas, comestibles y hostelería, materiales de aseo y limpieza, artículos de lencería, ropería, vestuario pacientes, uniformes del personal, así como material de oficina y suministros informáticos), material sanitario (material quirúrgico, suturas, grapas, hilos, clavos, material de osteosíntesis, cemento óseo, alambres, tuercas, vendas, algodón, gasas, esparadrapos, apósitos, sondas, jeringas, catéteres, material de aspiración, bolsas, guantes, equipos para administrar líquidos..., material de radio-diagnóstico y material de laboratorio), y otro tipo de material (material radioactivo, cobalto, isótopos, prensa diaria, suministros de agua, gas ciudad, electricidad, combustible para aprovisionamiento de la calefacción, tubos fluorescentes, consumo de energía eléctrica).

Según el uso que se les dé, podemos clasificar los materiales anteriormente mencionados como material fungible y material no fungible.

Es básica la existencia de un servicio de suministros y contratación y las secciones de compras y almacén, así como, una buena estrategia de planificación y un mayor ahorro posible en costes sin que se pierda la calidad.

El personal de compras recibe todos los pedidos y los separa en dos grupos, los pedidos que requieren un producto bajo contrato y los pedidos que requieren la apertura de un proceso de negociación con un proveedor. Aquellos pedidos que son llevados a negociación de contrato de compra se gestionan de forma diferente. Por las limitaciones legislativas de los organismos públicos, se adquieren los productos del proveedor que los ofrece más económicos, por lo que el personal está obligado a realizar la publicación de una oferta pública de compra, a estudiar las ofertas recibidas y elegir la oferta más barata, antes de emitir la orden de compra.

Con los productos bajo contrato se hace un estudio de las ofertas de proveedores, teniendo en cuenta la relación calidad precio, el presupuesto del que se dispone y el tiempo en que se consumen los recursos. Se le comunica al proveedor el estado de sus ofertas, si han sido aceptadas o rechazadas. La oferta aceptada se presenta a la Junta de compras del hospital para proceder a la autorización de dicha compra. Se establece un plazo de entrega de los pedidos y otro plazo de reclamación para aquellos que no se entregan en el plazo estipulado.

En el almacén los auxiliares administrativos realizan funciones de:

- Recepción de mercancía, preparación de pedidos y reparto de los mismos.
- Realización de inventario.

- Control de stock.
- Control de calidades.

El auxiliar administrativo desarrolla la mayor parte de su labor en la recepción de la mercancía, comprobando que el material recibido se corresponde con el que figura en el albarán del proveedor que la envía, comprobando el número de referencia, número de unidades y estado del embalaje, cumplimentando el parte diario del registro de entrada, en que deben figurar el proveedor, material número de unidades, su fecha de caducidad, etc.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de suministros se encarga de funciones de suma importancia para el correcto funcionamiento de hospitales y centros de salud, ya que son los encargados del abastecimiento de todos los materiales necesarios para pacientes y personal del hospital y centros de salud. Es muy importante el trabajo del auxiliar administrativo en este servicio, encargado de todas las gestiones, reclamaciones, etc. relativas a los pedidos.

Es de vital importancia y necesario que haya una muy buena coordinación y un buen trabajo en equipo entre todo el personal de suministros y sus secciones, para ofrecer un servicio de calidad a los pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 123

AUXILIAR ADMINISTRATIVO: FUNCIONES EN EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

ANA BELEN CASTILLO MANZANARES

SONIA IBÁÑEZ SÁNCHEZ

MARÍA ISABEL BLANCO MUÑOZ

PILAR MORCILLO RUBIO

ROSANA CABEZUELO NAVARRO

1 Introducción

El área de Recursos Humanos está compuesta por áreas o servicios los cuales están en coordinación con las Gerencias de Atención Especializada y Primaria. Una de las principales funciones y objetivos más destacados de este departamento, es garantizar la eficiente gestión de los recursos humanos y de los procedimientos administrativos relacionados con el personal sanitario como la contratación y la gestión de personal, la promoción de la salud, la formación del personal y la relación con organizaciones sindicales.

El área de Recursos Humanos tiene una valiosa función y es de suma importancia dentro de las instituciones sanitarias. Este departamento, juega un papel muy valioso y orientado a la formación y construcción del equipo humano de profesionales que forman parte de un centro sanitario.

Es una de las áreas más fundamental e importante, ya que el recurso clave de la institución es su personal. Para un buen resultado de los objetivos propuestos, es necesaria una buena gestión de este departamento para poder desarrollar el talento de sus miembros y conseguir los objetivos marcados.

El área de recursos humanos es el responsable de la gestión y organización de los recursos humanos, y se encuentra formado por un conjunto de personas que se organizan para conseguir los siguientes objetivos: seleccionar y formar a las personas que la institución necesita, proporcionar a los trabajadores los medios necesarios para que puedan ejercer su trabajo e intentar que el trabajador satisfaga sus necesidades laborales.

2 Objetivos

- Gestionar la selección y la contratación del personal.
- Planificar programas de promoción de la salud.
- Coordinar y gestionar la formación del personal.
- Participar en las relaciones con las organizaciones sindicales.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo de investigación, se ha realizado una revisión bibliográfica consistente en la consulta de tanto publicaciones de revistas científicas, como diferentes páginas web que seguidamente se relacionan en el apartado de bibliografía, como la legislación referente a dicho tema.

4 Resultados

Los Auxiliares Administrativos desarrollan unas funciones muy importantes dentro de la organización del entorno sanitario en los hospitales, atienden al público tanto de manera presencial como telefónica, preparan y tratan los datos de los pacientes, tramitan y organizan los expedientes, gestionan las citas y son encargados de realizar otras tareas administrativas. Esta atención debe de prestarse de manera segura, eficaz, ágil y adaptada a las necesidades del usuario, tanto en la atención telefónica como en la atención presencial, que se realiza a través de medios telefónicos o telemáticos.

Además de todo lo anterior expuesto, el auxiliar administrativo responsable del departamento de recursos humanos, debe saber gestionar e interpretar la documentación de los aspirantes a los distintos puestos de trabajo.

Tras convocarse una oferta de trabajo, una vez seleccionado el candidato habrá que cubrirla, el auxiliar administrativo verificará toda la documentación necesaria para formalizar el correspondiente alta en la Seguridad Social del profesional contratado. En caso de que faltara documentación, se pondrá en contacto con él, requiriendo su presencia en el servicio de Recursos Humanos para registrar la documentación necesaria.

De manera previa a su incorporación al puesto de trabajo, el auxiliar administrativo procederá a realizar el trámite de alta en la Seguridad Social del trabajador seleccionado. En la página Web de la Seguridad Social, a través del Sistema Red de la Seguridad Social, se puede realizar este trámite, para lo que este profesional deberá conocer entre otros, los siguientes datos: el NAFSS del trabajador, su nº del DNI, categoría profesional, tipo de contrato de trabajo, duración y Código de Cuenta de Cotización en el que se le va a incluir. El trámite de alta en la Seguridad Social es inmediato, y tras la formalización del mismo, el auxiliar administrativo dispone de 10 días para formalizar y registrar el correspondiente contrato de trabajo ofertado al candidato.

Existen diferentes tipos de contrato, (Interinidad, Eventual, Prácticas...) que el auxiliar administrativo debe conocer y saber cumplimentar. Una vez formalizado el contrato, el candidato será nuevamente localizado para requerir su presencia a fin de firmar, no solo el contrato de trabajo, sino toda la documentación inherente a su incorporación, como la correspondiente a la prevención de riesgos laborales.

Otra forma de establecer contacto con el candidato que ya está incorporado a su puesto de trabajo, sería a través del envío de correo interno por el sistema valija del hospital. Consiste en el uso de unos sobres normalmente de color marrón, que contienen en su exterior dos espacios para incluir leyendas; un espacio dedicado a quien va dirigida la documentación y el departamento del cual procede, y otro espacio dedicado a escribir el destinatario y el departamento en el que se encuentra. La documentación que queremos hacer llegar al candidato se incluye dentro de este sobre, que de manera diaria se reparte como correo interno de la organización.

Tras el correspondiente alta del candidato y la formalización y registro de su contrato de trabajo; y de manera mensual, se generarán otros dos documentos:

Nóminas y Seguros Sociales. De la confección de la nómina mensual, con los conceptos salariales en función de la categoría profesional, turno de trabajo y número de días trabajados; se generará el Seguro Social con las Bases de Cotización por Contingencias Comunes y Profesionales del trabajador.

A la finalización del contrato de trabajo ofertado al candidato, el auxiliar administrativo deberá nuevamente ponerse en contacto con el trabajador contratado a fin de comunicarle la extinción de la relación laboral.

Tramitará su baja en la Seguridad Social, procederá al cálculo de su finiquito y liquidación de haberes, y enviará el Certificado de Empresa con los últimos 180 días de cotización al SEPE, a fin de que el trabajador pueda tramitar la prestación que pudiera corresponderle tras la extinción de su contrato de trabajo.

El departamento de Recursos Humanos organiza cursos de formación para garantizar el crecimiento personal y el desarrollo de habilidades del personal. Además es el encargado de resolver los problemas laborales con reuniones con los representantes sindicales, con el fin de resolver cualquier conflicto.

Recursos Humanos también desempeña un papel fundamental en la políticas de prevención de riesgos laborales implantando medidas de seguridad y garantizando el cumplimiento de las normas.

5 Discusión-Conclusión

Los Recursos Humanos al servicio de salud, son todas las personas, de distintas profesiones y ocupaciones, que se forman y trabajan para mejorar la salud de la población.

Este equipo puede incluir a médicos, enfermeras, trabajadores sociales, auxiliares administrativos, técnicos de atención al paciente, celadores, farmacéuticos, dietistas y a otras profesionales de cuidados para la salud.

Uno de los recursos más importantes de una institución sanitaria, es el factor humano, y parte de su excelencia como organización está directamente relacionada con la gestión y el buen uso que se haga de este capital humano.

El auxiliar administrativo al servicio del área de Recursos Humanos, desarrolla una tarea de gran responsabilidad, por lo que debe estar constantemente formado en normativa y legislación laboral. Debe conocer los programas y plataformas

que se manejan diariamente, el Sistema Red, la plataforma Contrat@, Certific@, la confección de nóminas, los catálogos de contratos de trabajo y sus características, etc.

Por otro lado, dado gran parte de su trabajo consiste en comunicarse de manera diaria con personal candidato a los puestos ofertados por la institución, se requiere que este profesional practique la escucha activa y muestre empatía con su interlocutor a fin de obtener una efectiva y productiva comunicación.

Concluimos con que estos profesionales deben de tratar la información utilizando los medios informáticos necesarios para que dicha información esté siempre disponible de manera eficiente, y observando en todo momento la Ley de Protección de Datos, dado el alto nivel de protección de la información que se maneja.

6 Bibliografía

1. <https://www.talentsalud.es/>
2. <https://www.cuidatudinero.com/>
3. <https://www.eoi.es/blogs/>
4. <https://www.observatoriorh.org/>
5. <https://revistamedica.com/>
6. Ley 55/2003, de 16 de diciembre.

Capítulo 124

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS RIESGOS PSICOSOCIALES QUE PUEDE SUFRIR EN UN CENTRO SANITARIO

TEODORA MARTÍNEZ FERNANDEZ

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

M ANTONIA GARCÍA JIMÉNEZ

HERMINIA GARCÍA JIMÉNEZ

SANDRA LOPEZ AROCA

1 Introducción

Los riesgos o accidentes en el trabajo surgieron a la par que fueron creándose dichos puestos. Estos evolucionaron y se adaptaron al entorno específico de cada tipo de trabajo, en este contexto el de auxiliar administrativo en un centro de salud. En realidad, sin embargo, sus criterios establecidos solo aparecieron hace algunas décadas, cuando surgió el reconocimiento del trabajo en todos sus aspectos y la protección del trabajador y su salud, tanto mental como física. A pesar de las medidas de protección creadas desde entonces, persisten los riesgos laborales, cuyo origen sea siempre en lo que se refiere a la jornada laboral, que tienen consecuencias negativas para el bienestar del trabajador. En referencia a lo anterior,

los riesgos laborales que afectan la vida del trabajador son múltiples y tienen distintos inicios dependiendo del tipo de labor que realice el auxiliar administrativo, por ejemplo cuando se encuentra frente a una computadora por largas horas podrá notar fatiga visual, escozor de ojos etc. y si en el desempeño de sus labores administrativas se encuentra solo durante su realización también podrá sentirse solo, aburrido etc. En este sentido, los llamados componentes psicosociales han ganado importancia desde hace unos años. Tiene que ver con varios puntos: la composición organizativa, el clima de trabajo, la colaboración, el liderazgo, etc. La forma en que se desarrollan estos puntos desencadena sentimientos de logro y desarrollo personal en el empleado, o tensión y estrés crónico. En nuestro capítulo, consideramos cómo los riesgos psicosociales afectan la salud de los auxiliares administrativos en el sector de la salud.

2 Objetivos

El objetivo principal del capítulo será el siguiente.

- Describir qué efectos pueden producir los riesgos psicosociales en el ámbito laboral del auxiliar administrativo.

3 Metodología

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

4 Resultados

La exposición continua a los riesgos psicosociales tienen diversos efectos sobre la salud de los auxiliares administrativos. Entre otras cosas, algunos de estos riesgos los describiremos a continuación:

A. Riesgos Psicológicos. Uno de los impactos más importantes en el día del trabajo del auxiliar administrativo es la aparición de estrés, debido al trabajo a realizar por este personal y la capacidad para realizarlo, la mala interacción del trabajo a realizar con la capacidad para realizarlo puede generar estrés. El estrés diario constante dará lugar a la ansiedad, lo que puede conducir al "síndrome de

burnout” (quemarse), lo que conducirá a la tristeza emocional, baja autoestima y disminución del rendimiento en el trabajo.

B. Riesgos físicos. La exposición continua a los componentes de los riesgos psicosociales y laborales puede causar patología a nivel de salud física. La mayoría de las veces, el daño físico vendrá por el daño psicológico, porque la mente funciona completamente en relación y consonancia con el cuerpo humano, de esta manera, problemas cardiovasculares y/o endocrinos, fatiga o cansancio extremo, tienen la posibilidad de surgir o incluso agravarse debido a la exposición a los componentes psicosociales.

Por ello, es prioritario priorizar el tratamiento y procedimientos de los daños psicosociales que puedan sufrir los auxiliares administrativos en salud, a través de la implementación de medidas como pausas de ocio en el trabajo, cursos de formación a cargo de la empresa, incluso en el ámbito laboral y a título privado. Los auxiliares administrativos pueden adquirir hábitos saludables como hacer ejercicio físico, tratar de alejarse de hábitos nocivos para la salud, descansar 8 horas por la noche, etc., lo que por supuesto ayuda a minimizar los peligros psicosociales del sufrimiento en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra conclusión personal sobre este tema a tratar podemos decir que los riesgos psicosociales a los que está expuesto un auxiliar administrativo en su trabajo, podrán o van a influir tanto a corto como a largo plazo en su vida privada y familiar.

El estrés sufrido en el entorno al final se lo llevará a casa y afectará negativamente en su comportamiento, en su descanso, en sus relaciones sociales etc. pues le será muy difícil desconectar o separar sus problemas laborales de su vida privada.

Estos riesgos afectarán a su rendimiento laboral, lo cual afectará al resto del personal sanitario o no sanitario que trabaje en su entorno, pues la coordinación entre todos ellos es fundamental para el buen desarrollo y fluidez de trabajo del centro u hospital.

Hay que darle más visibilidad a estos riesgos, pues diariamente lo sufren miles de personas en sus trabajos, y sobre todo hay que tomar más medidas al respecto para poder prevenirlos y no llegar a sufrirlos.

6 Bibliografía

1. www.formacurae.com.

2. www.revistamedica.com.
3. <https://ocronos.com>.

Capítulo 125

CONOCIMIENTO E IMPORTANCIA DEL PINCHE EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES

YOLANDA LOARTE OCAÑA

MARGOT LOARTE OCAÑA

MONICA MORENO GARCÍA

LETICIA LÓPEZ RODRÍGUEZ

DOLORES BAUTISTA OLMEDO

1 Introducción

En una cocina hospitalaria es de vital importancia para los pacientes y / o los usuarios a la vez que para los trabajadores que todo lo referente al correcto manejo de los productos alimenticios y por su puesto a la conservación, para que llegue en las condiciones idóneas de consumo y no reporte perjuicios a los consumidores, el correcto procesamiento, transformación y conservación de alimentos en cocinas hospitalarias es fundamental para garantizar una buena alimentación de los pacientes. Las cocinas hospitalarias trabajan en conjunto con nutricionistas y profesionales médicos para ofrecer menús personalizados a cada paciente y mantener un control sobre la temperatura de los alimentos y su higiene.

Lo que se pretende es conseguir con la exposición de este estudio es identificar las medidas adecuadas para garantizar la conservación y transformación de alimentos en cocinas hospitalarias.

En las cocinas hospitalarias se dividen en diferentes zonas, incluyendo la zona de recepción, almacenamiento, preparación, cocción y emplatado. Cada zona tiene requisitos específicos para garantizar la higiene y la temperatura adecuada de los alimentos.

La importancia de una buena alimentación en el hospital no puede ser subestimada, ya que es fundamental para la recuperación de los pacientes. La nutrición hospitalaria puede ser susceptible a cambios en cualquier momento y es por eso que es necesario mantener un control estricto sobre el procesamiento y conservación de los alimentos.

2 Objetivos

Exponer la importancia desde la visión de los pinches de cocina en hospitales de las importantes labores que realizan derivadas de su puesto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar. También se ha buscado en la literatura científica sanitaria existente seleccionada la información más relevante en relación con la conservación y transformación de los alimentos en los centros hospitalarios.

4 Resultados

En las cocinas hospitalarias, la nutrición de los pacientes es una tarea clave. Una dieta equilibrada y adecuada acelera su recuperación y previene otras enfermedades. Los trabajadores de la cocina colaboran con nutricionistas, medicina preventiva y la unidad de hospitalización.

Los menús deben ser específicos para cada paciente, basados en sus necesidades y recetados por un médico. Se entregan a una hora fija y pueden ser adaptados según la evolución de la salud del paciente.

La temperatura de la comida debe ser superior a 65 °C para platos calientes e inferior a 10 °C para los fríos. La cocina trabaja en sincronía con otros equipos y reporta cualquier incidencia que ponga en peligro la salud de los pacientes.

Es fundamental conocer las mejores prácticas para el procesamiento y almacenamiento de los alimentos.

Los pacientes dependen de la nutrición proporcionada en el hospital para satisfacer sus necesidades dietéticas y, en muchos casos, de dietas personalizadas que deben ser administradas dependiendo de su estado de salud.

Hay muchos factores que influyen en la alimentación en los hospitales y pueden sufrir cambios imprevistos. Entendemos por cocina caliente a la cocina tradicional, donde se cocina y sirve al momento. La comida se prepara temprano y se termina antes de la distribución.

Las cocinas hospitalarias tienen diferentes zonas para preparar y procesar la comida antes de entregarla a los pacientes:

Recepción: Conectada directamente con un espacio externo cubierto.

Almacenamiento: Aquí se guarda la comida y se asegura su higiene, control de ventilación y temperatura, y se verifica el inventario.

Preparación: Destinada a preparar los alimentos crudos antes de cocinar. Idealmente, debería haber varias áreas para diferentes alimentos como verduras, carne o pescado.

Cocción: Aquí se cocinan los alimentos usando los recipientes adecuados.

Emplatado: Con climatización adecuada para alimentos fríos o calientes. Aquí se dividen las raciones en bandejas identificadas para garantizar que los pacientes reciban la dieta prescrita por los médicos.

Después, las bandejas se colocan en un carro y un ayudante se encarga de la distribución y recolección para su desinfección e higiene en la cocina del hospital.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito hospitalario, la alimentación de los pacientes está bajo el cuidado de un equipo interdisciplinario, aunque el manejo y la manipulación correrá a cargo y que será el responsable el trabajador de que ocupe el puesto de cocina en primera estancia. Con el asesoramiento de nutricionistas y profesionales médicos, se crean dietas personalizadas para cada paciente. La nutrición juega un papel crucial en la recuperación y prevención de enfermedades. Es importante asegurarse de que las bandejas de comida estén identificadas correctamente con las dietas individuales. Además, es necesario conocer las normas de manipulación y conservación de los alimentos.

6 Bibliografía

1. <https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>
2. https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_CocinaAlimen.pdf
3. <https://revistamedica.com/protocolo-higienico-cocina-centros-hospitalarios/>

Capítulo 126

MEDIDAS DE PROTECCION POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

TEODORA MARTÍNEZ FERNANDEZ

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

M ANTONIA GARCÍA JIMÉNEZ

HERMINIA GARCÍA JIMÉNEZ

SANDRA LOPEZ AROCA

1 Introducción

A finales de 2019, apareció en China una patología completamente nueva, desconocida para el mundo, que paralizó nuestros sistemas económicos y de salud. Esta patología, que inicialmente parecía una especie de neumonía, con el tiempo se convirtió en una pandemia mundial. Un mes después, la Organización Mundial de la Salud declaró el brote de dicha enfermedad como una emergencia sanitaria a nivel mundial. Esto ha llevado a un colapso sanitario mundial, y en nuestro país, España en particular, ha sido tal el caos y la falta de aprovisionamiento tanto de personal como material, que nuestro sistema sanitario se ha resentido, ya que ha llegado a colapsarse incluso desbordarse. Han salido a la luz las miserias del

sistema sanitario español tanto por escasez de muchísimos recursos como por la falta de organización. Este virus llamado COVID-19 ha cambiado la forma de vida que antes conocíamos, debido a la expansión mundial del virus, los gobiernos y mandatarios mundiales se vieron obligado a decretar el confinamiento por meses de la población, limitaron nuestro horario para salir a la calle, se cerraron servicios como gimnasios, comercios por largos periodos de tiempo.

En nuestro trabajo de investigación hablaremos de como este virus, afecto al personal sanitario y no sanitario de un centro sanitario, en esta situación concreta, al auxiliar de administrativo.

En los centros sanitarios se encuentran también los auxiliares administrativos cuyo desempeño ha sido modificado tanto en sus funciones directas como en su actuación en el ámbito laboral para evitar el contacto con pacientes y compañeros y prevenir el contagio de esta enfermedad.

2 Objetivos

El principal objetivo de nuestro trabajo grupal será el siguiente:

- conocer las reglas o pautas a seguir por parte de auxiliar administrativo para evitar el contagio de COVID-19 en el centro sanitario en el que trabaja.

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 centros hospitalarios han creado protocolos de actuación, ante la llegada de esta nueva enfermedad, COVID-19. Algunos de ellos permanecen y posiblemente no vuelvan a desaparecer, como podría ser el uso de la mascarilla en centros sanitarios por parte de todos los trabajadores tanto sanitario como no, para así poder controlar el riesgo de contagio.

En nuestro caso en concreto, del auxiliar administrativo durante la pandemia, veremos cuáles serían las medidas de prevención a seguir por parte de este per-

sonal no sanitario en su puesto de trabajo para evitar o prevenir el contagio de esta enfermedad:

- Una de las principales medidas implantadas sería la de intentar guardar la distancia de seguridad (1,5-2 metros) tanto con los usuarios que acuden al centro como con los compañeros de trabajo, esta medida conllevaría a lo siguiente:
- Reorganización de los puestos de trabajo físicamente.
- Cambiar turnos de trabajos y cambio de horarios de trabajo.
- Colocación de cristalerías, mamparas etc. para poder separar y evitar contactos o fluidos entre personas, tanto separación de compañeros como de usuarios o pacientes.
- El auxiliar administrativo que se le pudiera asignar, se le asignaría el teletrabajo en casa, para evitar así más personal en el centro
- Ventanas abiertas y zonas ventiladas en el área de trabajo durante tiempos determinados.
- Limpieza y desinfección de superficies o aparatos más utilizados por este personal, como podrían ser teléfono, teclado, mesa, ratón de ordenador, etc.).
- Citación a usuarios con cita previa para evitar aglomeraciones en el centro sanitario

Ya a nivel personal veremos cuáles serían las medidas de higiene a seguir por estos trabajadores administrativos:

- Lavarse las manos con gel hidroalcohólico o agua y jabón, eliminando así los gérmenes y virus que pudiéramos tener.
- Evitar en la medida de lo posible tocarse ojos, nariz y boca con las manos, pues las manos es la zona del cuerpo que más virus transmite, ya que siempre están en contacto con superficies.
- Al toser o estornudar intentar cubrirse la nariz y la boca con la parte interna del codo o con un pañuelo de papel desechable.
- Usar mascarillas durante toda la jornada laboral, esta medida aún sigue vigente a día de hoy en los centros sanitarios por parte de todo el personal que trabaja allí.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy el virus COVID-19, aunque no ha desaparecido por completo sí es cierto que su incidencia o peligrosidad sí que ha descendido, la aparición de la vacuna contra dicho virus, las medidas de protección utilizadas y la concienciación de la población ante la enfermedad ha hecho posible el descenso de la gravedad o fuerza del virus.

En los centros sanitarios parece que quien realmente combate este virus es el personal sanitario, y en gran parte así es, pues estarán siempre al frente atendiendo de tú a tú al paciente enfermo o contagiado, pero en un centro sanitario todo el personal es importante tanto sanitario como no sanitario.

Los auxiliares administrativos son también parte indispensable dentro del esquema sanitario deben estar al tanto sobre recomendaciones y medidas a seguir en su trabajo diario para poder seguir evitando el contagio y poder trabajar de forma segura.

La colaboración entre el auxiliar administrativo y el demás personal del centro será fundamental para el buen desarrollo o devenir de los acontecimientos que se vayan sucediendo en cada servicio del centro sanitario.

El auxiliar administrativo ante este virus deberá seguir protegiéndose y adoptando las medidas de seguridad mientras se encuentre trabajando en dicho centro.

El virus ha afectado mucho al auxiliar administrativo, pues al no ser personal sanitario, estos no saben realmente nada referente a la enfermedad, pero aun así como buenos profesionales acudían a diariamente a su puesto de trabajo durante toda la pandemia, posiblemente con miedo y angustia lo que repercutía inevitablemente en la salud de estos trabajadores y en factores personales y privados que a la vez repercutían en su vida familiar.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.mscbs.gob.es.
3. <https://sanidad.castillamancha.es>.
4. www.sanidad.gob.es.
5. <https://www.who.int>.

Capítulo 127

FUNCIONES Y CONOCIMIENTOS DE LAS ZONAS DE LIMPIO POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA

MONICA MORENO GARCÍA

MARGOT LOARTE OCAÑA

YOLANDA LOARTE OCAÑA

LETICIA LÓPEZ RODRÍGUEZ

DOLORES BAUTISTA OLMEDO

1 Introducción

El trabajo del pinche en las áreas de limpieza de una cocina hospitalaria es un aspecto crítico de la seguridad y la higiene alimentaria. La tarea principal del pinche es asegurarse de que las áreas de limpieza se mantengan libres de contaminación y en un estado higiénico adecuado para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal. En una cocina hospitalaria, donde la seguridad de los pacientes es de vital importancia, el trabajo del pinche en la zona de limpieza es esencial para garantizar una alimentación segura y saludable.

El pinche en la cocina hospitalaria trabaja en un ambiente altamente regulado y controlado, con normas y regulaciones rigurosas que deben seguirse para garantizar la higiene y la seguridad alimentaria. Esto significa que el pinche debe estar

familiarizado con los requisitos de seguridad e higiene alimentaria locales y estatales y estar preparado para cumplir con estos requisitos en todo momento. Además de las regulaciones y normas, el pinche también debe tener habilidades y conocimientos especializados en la limpieza y desinfección de superficies, la manipulación segura de utensilios de cocina y la eliminación de desechos y basura. El pinche debe también estar familiarizado con el uso de productos químicos de limpieza y desinfección y conocer las precauciones y medidas de seguridad necesarias para su uso seguro.

2 Objetivos

Dar a conocer la importantísima labor y conocimiento del puesto de pinche de cocina hospitalaria en referencia a la zona o área de limpio.

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

El trabajo del pinche de cocina hospitalaria en la zona o área de limpieza es un proceso crítico para garantizar la seguridad y la salubridad de los alimentos. Estas son las funciones cronológicas que realiza el pinche en la zona de limpieza:

Preparación: El pinche comienza por prepararse a sí mismo para el trabajo, llevando un uniforme limpio y calzado adecuado, cubriendo su cabello con un gorro y lavándose las manos con frecuencia.

Limpieza de superficies de trabajo: El pinche comienza por limpiar y desinfectar las superficies de trabajo, como mesas de trabajo, mostradores, pisos y electrodomésticos.

Lavado de platos, tazas y utensilios: El pinche luego pasa a la zona de lavado de platos, donde lava y desinfecta todos los platos, tazas y utensilios utilizados en la cocina.

Secado y almacenamiento de platos: Una vez que los platos, tazas y utensilios han sido lavados y desinfectados, el pinche los seca y los almacena en un lugar seguro e higiénico.

Limpieza de fregaderos y sumideros: El pinche luego limpie y desinfecte los fregaderos y sumideros para evitar la acumulación de residuos y gérmenes.

Suministros de limpieza: El pinche verifica los suministros de limpieza y reordena lo necesario para garantizar que siempre estén disponibles para su uso.

Eliminación de desechos: Finalmente, el pinche elimina los desechos y basura de la zona de limpieza y los almacena en un lugar seguro para su eliminación.

Es importante que el pinche siga un orden y una secuencia rigurosos en la realización de estas funciones, para garantizar la higiene y la seguridad de los alimentos. Además, el pinche debe estar siempre atento a las normas y regulaciones de seguridad e higiene alimentaria locales y estatales para garantizar que todas las prácticas cumplan con estos requisitos. En resumen, el trabajo del pinche en la zona de limpieza de una cocina hospitalaria es de vital importancia para garantizar la seguridad y la salubridad de los alimentos y la protección de la salud de los pacientes y los trabajadores de la cocina.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, opinión y visión del trabajo del pinche en la zona de limpieza de una cocina hospitalaria es un trabajo bastante crítico que requiere estar dotado de habilidades, conocimientos, correcta y adecuada formación y un enfoque riguroso por el pinche al respecto de la higiene y la seguridad alimentaria. El pinche en cualquier cocina, pero en especial en las hospitalarias debe ser responsable, atento y comprometido a seguir las regulaciones y normas aplicables para garantizar que las áreas de limpieza se mantengan en un estado higiénico adecuado y se garantice la seguridad de los pacientes y el personal en la cocina hospitalaria.

6 Bibliografía

1. Laser Médica. Diseño Seguro de Cocinas en Servicios de Alimentación.
2. Albisu, Marta. Restauración colectiva.
3. Herrera Úbeda, Miguel Ángel (Hospital General Universitario Gregorio Marañón). Las nuevas tecnologías en restauración hospitalaria: su aplicación en el cocinado, conservación y distribución y servicio.
4. MAD. Gestión hostelera. Alimentación: procesos funcionales.
5. Montes, E, Llore, I, López, MA. Diseño y gestión de cocinas.

Capítulo 128

CONOCIMIENTOS DEL PINCHE EN RELACIÓN CON EL SERVICIO DE DIETÉTICA HOSPITALARIA

LETICIA LÓPEZ RODRÍGUEZ

MARGOT LOARTE OCAÑA

YOLANDA LOARTE OCAÑA

MONICA MORENO GARCÍA

DOLORES BAUTISTA OLMEDO

1 Introducción

La dietética hospitalaria es una rama de la nutrición clínica que se enfoca en brindar una alimentación adecuada y segura a los pacientes hospitalizados. Esto incluye la participación de los profesionales de la cocina hospitalaria entre ellos el pinche de cocina, la evaluación de las necesidades nutricionales individuales, la selección de alimentos y la planificación de dietas específicas para cada paciente. La dietética hospitalaria también juega un papel importante en la prevención y el tratamiento de complicaciones nutricionales relacionadas con la hospitalización, como la desnutrición y la diarrea. Es importante que los profesionales de la dietética trabajen estrechamente con otros profesionales de la salud, incluidos médicos y enfermeros, para garantizar que los pacientes reciban la atención nutricional adecuada durante su hospitalización.

La nutrición adecuada es esencial para una recuperación rápida y efectiva, y el servicio de dietética hospitalaria juega un papel clave en la implementación de dietas individualizadas que son ajustadas a las necesidades y requerimientos de cada paciente. Esta atención nutricional adecuada contribuye a una mejor calidad de vida, una recuperación más rápida y una reducción de la incidencia de complicaciones médicas relacionadas con la nutrición.

La labor de los profesionales de la dietética hospitalaria es fundamental para garantizar que los pacientes reciban la atención nutricional adecuada durante su hospitalización y está en la base de una recuperación rápida y efectiva. La nutrición adecuada es un componente crítico de la atención médica y el servicio de dietética hospitalaria desempeña un papel clave en su implementación.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son los servicios en cuanto a la dietética hospitalaria y que se proporcionan dentro del entorno sanitario y el conocimiento del pinche.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes. Google Scholar, Medline, Pubmed, Scielo. También se ha consultado la literatura científica sanitaria existente seleccionando los artículos más relevantes en referencia con los servicios de alimentación y dietética que se establecen en los centros hospitalarios.

4 Resultados

El conocimiento de los pinches de cocina en lo referente al servicio de dietética tiene que ser extenso, ya que de ellos dependerá la elaboración de los menús que este servicio diseña.

La dietética hospitalaria es una rama crítica de la nutrición clínica que se encarga de garantizar que los pacientes hospitalizados reciban una alimentación adecuada y segura. La finalidad principal es velar por la salud nutricional de los pacientes, aplicando los conocimientos científicos existentes, teniendo en cuenta los aspectos sociológicos, económicos y culturales.

El servicio de dietética tiene varias funciones importantes que incluyen la elaboración de un código de dietas hospitalarias, la planificación y evaluación de menús individualizados, el control de la administración de las dietas a los pacientes, el diseño de dietas personalizadas, y la autorización de solicitudes de cambios en las dietas. Los menús que se establecen en los hospitales están supervisados por un nutricionista y deben aportar niveles nutricionales adecuados y estar equilibrados.

Además, se busca involucrar al paciente en la toma de decisiones sobre su menú, ofreciéndole varias opciones y permitiéndole elegir. Los pacientes que se encuentran hospitalizados tienen sus requerimientos energéticos adaptados a su situación actual.

Es esencial que el servicio de dietética trabaje de manera colaborativa con otros profesionales de la salud, incluyendo médicos y enfermeros, para garantizar que los pacientes reciban la atención nutricional adecuada durante su hospitalización. La dietética hospitalaria es un componente clave en la prevención y tratamiento de complicaciones nutricionales relacionadas con la hospitalización, como la desnutrición y la diarrea.

Las funciones principales del servicio de dietética son:

- Preparación de un código y elaboración de dietas hospitalario.
- Concebir y evaluar los menús siempre según corresponda con el protocolo de dietas establecido e individualizado.
- Control en referencia a la gestión de las dietas y administración al paciente.
- Dietas individualizadas, diseñadas especialmente para el enfermo o patología.
- Autorización de las peticiones y permisión del cambio de dietas.
- Los menús que se establecen y diseñan supervisados y equilibrados por un nutricionista.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el servicio de dietética hospitalaria desempeña un papel crítico en la atención médica y en la salud nutricional de los pacientes hospitalizados. Su labor es importante para garantizar con la ayuda de los profesionales de cocina incluido el pinche de cocina para que los pacientes reciban una alimentación adecuada, segura y ajustada a sus necesidades individuales. El servicio de dietética también trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud como los médicos especialistas que son los que marcan las carencias o excesos en dependiendo la patología a tratar para prevenir y tratar complicaciones nutricionales relacionadas con la hospitalización.

6 Bibliografía

1. <https://nutricionensalud.com/hospital-como-debe-ser-la-alimentacion/>.
2. <https://www.institutotomaspascualsanz.com/alimentacion-y-nutricionhospitalaria-servicios-de-dietetica/>.
3. <https://felanpeweb.org/web/2020/03/27/gastronomia-hospitalaria/>.

Capítulo 129

LA MASCARILLA Y LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS COMO PERSONAL NO SANITARIO

FAUSTINO HUERTAS TOLEDO

MARÍA VIRTUDES ARIBAS CERVANTES

MARIA DOLORES OCHOA GARCIA-SACRISTAN

M CARMEN SOBRINO ASTILLERO

MARÍA DEL PILAR SANCHEZ-BALLESTEROS LOPEZ

1 Introducción

Las mascarillas deben usarse como parte de las medidas impuestas para ayudar a frenar la transmisión de la COVID-19 y aunque haya bajado mucho la gravedad de la pandemia, gracias a las vacunas y demás medidas interpuestas por los gobiernos, todavía se debe utilizar la mascarilla en algunos lugares, como son transportes públicos, farmacias todo edificio destinado a la sanidad.

Si hacemos un buen uso de la misma, estaremos tapando boca y nariz así que las expresiones faciales quedan vetadas como parte importante de la información a dar. Bien, hemos de decir que después de todo este tiempo de pandemia, sabemos que el uso de mascarilla a veces afecta a la comunicación entre las personas, por diferentes motivos puede llegar a ser un problema.

A todos todas nos ha pasado que no entendemos a la otra persona o no nos entienden, levantamos la voz, hacemos señas, así que sí, el uso de mascarilla puede dar problemas. La comunicación es dar información más o menos importante, puede ser a través de conversaciones banales o en el trabajo, los auxiliares y las auxiliares administrativas/os pueden ver este problema a diario, en persona, por teléfono, entre compañeros y compañeras.

La mascarilla es una barrera ante el virus y se puede decir que, ante la comunicación, por tanto, durante esta pandemia la comunicación verbal ha sido una damnificada más.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

Entender la importancia de la unión de voz junto con expresiones faciales para facilitar la comunicación.

Como objetivo secundario:

Mostrar las dificultades del trabajo de los auxiliares y los auxiliares administrativos por el uso de la mascarilla.

3 Metodología

En la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda de páginas y publicaciones referentes al tema de este trabajo, una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente y seleccionando artículos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Desde el inicio de la pandemia se dijo lo importante que era el uso de la mascarilla y que este uso debe ser correcto, pero pronto se vio claro que este uso interrumpiría la eficacia de la comunicación dando lugar a varios problemas.

Es evidente que las expresiones faciales quedan tapadas y por tanto una gran parte de la comunicación se ve afectada, pues mucha información se da con estos gestos naturales e incluso espontáneos. Un porcentaje elevado de la información

se da con ojos y cejas y eso ayuda mucho a entender el sentido de la información, no se puede negar que no ver la cara del interlocutor impide la correcta llegada de la información.

Pero centrandolo en los y las auxiliares administrativos y administrativas de la sanidad, sabemos, por ejemplo, que a nivel general no van a tener una gran conversación con los usuarios y usuarias que necesiten información, citas o cualquier cosa en los que estos profesionales puedan ayudar, pero es verdad que muchas veces la mascarilla impide entender bien la voz o la dicción de las personas, si además juntamos a esto posible ruido y que puedan ser personas mayores o con alguna capacidad mermada, problemas de audición o directamente sordera, el problema se hace más grande, porque con la mascarilla se complica todo más y en estos últimos casos en que estas personas se apoyan en la lectura de los labios ya es no poder comunicarse.

Por lo tanto, en sus jornadas de trabajo harán un gran esfuerzo por entenderse y esto cansará a los y las profesionales. Entonces, y en general todas, las mascarillas amortiguan y distorsionan los sonidos, limitan la apertura mandibular, pérdida de indicadores no verbales de expresión facial, imposibilitan la lectura labial.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, entonces las/os auxiliares administrativos/as deben conocer estos posibles problemas e intentar poner las mejores soluciones, para eso una formación básica conociendo unas pautas para evitar estresarse ante sus jornadas de trabajo en las que casi todo el tiempo usan la comunicación verbal.

Deben tener empatía, paciencia y calma. Asegurarse de que la persona con la que intentamos comunicarnos presta atención. Hacer contacto visual y quitar toda barrera física que haya en medio. Evitar ruido ambiental si es posible esperar a que el ruido pase o llamar la atención para que cese, en el caso de voces.

Hablar más lento para que la comunicación llegue con más claridad. Usar lenguaje no verbal, gestos con la cabeza, manos y por supuesto los ojos y las cejas. No gritar esto es peor y altera, mantener un tono firme ayuda más a que haya una escucha activa. Si es necesario escribir el mensaje. Si es por teléfono, acercar el auricular para que el micrófono capte mejor la voz.

Y para finalizar y muy importante preguntar si se entendió bien todo lo que se quiso transmitir. A pesar de que cada persona es distinta estos consejos pueden

ayudar a estos profesionales a hacerse entender y a no salir agotados y agotadas de sus jornadas de trabajo.

El uso de mascarilla que nos protegió y protege, es indispensable en estos momentos en el ámbito sanitario, por tanto, hay que saber usarla correctamente y en ese uso hacerse entender.

6 Bibliografía

1. MolinsBarcelona A. Enmascarados: cómo la mascarilla transforma nuestra forma de comunicarnos [Internet]. La Vanguardia. 2020 [citado el 14 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vivo/lifestyle/20200531/481482288279/mascarilla-limitan-expresividad-comunicacion.html>
2. Mascarillas y comunicación ¿Cómo afecta el uso de las mascarillas a los niños? [Internet]. IRF La Salle - Centro de Rehabilitación Aravaca - Madrid. Instituto de Rehabilitación Funcional La Salle; 2022 [citado el 14 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.irflasalle.es/mascarillas-y-comunicacion/>
3. Juanola L. ¿Cómo favorecer la comunicación con mascarilla? [Internet]. Fundación Esclerosis Múltiple. Fundació Esclerosi Múltiple; 2020 [citado el 14 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.fem.es/es/como-favorecer-lacomunicacion-con-mascarilla/>

Capítulo 130

LA OFERTA DE PUESTO PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CENTRO SANITARIO

FAUSTINO HUERTAS TOLEDO

MARÍA VIRTUDES ARRIBAS CERVANTES

MARIA DOLORES OCHOA GARCIA-SACRISTAN

M CARMEN SOBRINO ASTILLERO

MARÍA DEL PILAR SANCHEZ-BALLESTEROS LOPEZ

1 Introducción

Según se instituye en el Estatuto No Sanitario del Personal de las Instituciones de la Seguridad Social Sanitarias Públicas de 1971, el Auxiliar Administrativo de la sanidad tiene como función esencial y primordial la del sostén del material, ejercicio y desarrollo de las tareas tanto asistenciales, así como administrativas propias de la Institución, asimismo, como las de Secretarías de la planta y de las unidades, las de preparación y tratamiento de los datos para la posterior informatización.

La labor que cumple el auxiliar administrativo en la sanidad entre muchas otras será que podrá introducir a los usuarios al sistema general de la seguridad social de la sanidad pública, orientar, asistir documentalmente y atender a las personas

en las unidades de sanidad, admitir e identificar al usuario en la propia red de las unidades de sanidad, facturar las prestaciones de las unidades de sanidad, efectuar actuaciones de la cartera disponible de las unidades de sanidad, manejar los ingresos y los valores que sean de competencia con las operaciones de la institución de las unidades de sanidad.

Además, existen diferentes puestos en los cuales desarrollar su función como auxiliar administrativo: auxiliar en la unidad de ingreso y recaudación, auxiliar de las cuentas médicas, auxiliar de cobro y facturaciones relativas en sanidad, auxiliar en las unidades de admisión y en los centros de atención primaria, así como los de hospitalización, unidad de ayuda de atención al usuario, la función de los administrativos en instituciones de la esfera de la sanidad.

2 Objetivos

Como objetivo principal:

Dar a conocer los diferentes desempeños y competencias, así como los lugares de trabajo en los que se puede ver desarrollada la actividad, el auxiliar administrativo en los centros sanitarios.

Como objetivo secundario:

Evidenciar las alternativas laborales de los auxiliares administrativos en los hospitales.

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 competencias, desempeños y aptitudes que logran verse efectuadas como auxiliar administrativo son múltiples y muy variadas e imprescindibles en los distintos servicios o unidades de un hospital, ya que el personal sanitario debe

efectuar sus propias competencias, atender a las cuestiones en cuanto a la sanidad del enfermo y sus cuidados, con lo cual si tuviera asimismo, que efectuar ese trabajo de documentación que se ejecuta por parte de los auxiliares administrativos sería prácticamente inviable la asistencia en cuanto a curación y requerimientos del usuario.

El auxiliar administrativo ejerce su labor en competencias y desempeños en múltiples y diversos puestos y departamentos de las instituciones sanitarias, veremos las más demandadas y conocidas como:

- Administraciones del teléfono en la centralita.
- Unidad de admisiones.
- Citaciones en las consultas externas, ya sea telefónicamente como en las citas presenciales.
- Administraciones y admisiones de urgencias.
- Servicios de Atención al usuario.
- Unidad del archivo.
- Secretaria de los Laboratorios.
- Secretaria de Rayos X.
- Secretarías de Anatomía Patológica.
- Unidad de Farmacia.
- Control, administración y gestión en los puestos de Almacén.
- Administraciones de los materiales y suministros.
- Controles en los registros de las entradas y de las salidas.
- Departamentos y áreas de Contrataciones, Nóminas, Facturación, entre otras.
- Puestos de Secretarías de dirección, gestión, recursos humanos, etc. Dependiendo del área, zona, unidad, servicio o departamento en el que ejecute sus competencias, las tareas van a variar.

Por poner algún ejemplo de la gran variabilidad de estas competencias que sum-

ministra un auxiliar administrativo en un centro hospitalario son: las de atención y asistencia al público, gestión de las llamadas, organización de los datos informáticos, gestión y administración de expedientes y la posterior tramitación de ellos, gestión de las citas, manejo de los programas específicos y de ofimática del sistema sanitario de que utilice la Comunidad Autónoma, tramitación del transporte sanitario, gestión y organización de documentos en los expedientes de la unidad así como su registro y posterior activación, elaborara facturas, escritura digital de todo tipo de documentos, que se precisaran en cargo y en dependencia de los formatos.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver en cuanto a los cometidos y competencias de la multitud de puestos de trabajo, en cuanto a las labores de los auxiliares administrativos en los centros de sanidad y en las instituciones hospitalarias de la Sanidad, además, de ser más que necesarias, se convierten en una figura en cuanto a personal imprescindible.

Sus deberes logran parecer sencillos y, sin embargo, la gran carga y la excesiva variación de las gestiones y de cometidos a los que tienen que hacer frente generarán que su figura sea esencial e imprescindible.

En una gran mayoría y en buena parte de casi todos los procesos asistenciales, los encargados y responsables de que lleguen a buen fin y en correcto orden, en las instituciones sanitarias serán los auxiliares administrativos.

6 Bibliografía

1. <https://www.politecnicomayor.edu.co/escuela-de-sanidad/auxiliaradministrativo-en-sanidad.html>
2. www.boe.es
www.appf.edu.es/
3. <https://www.appf.edu.es/competencias-auxiliar-administrativo-sanidaddescubre-competencias/>
4. Estatuto del Personal No Sanitario de las Instituciones Sanitarias Públicas de la Seguridad Social de 1971.

5. Amaro Cano María del Carmen. Gestión administrativa en medicina familiar. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2003 Ago [citado 2022 Sep 22]; 19(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000400008&lng=es.

Capítulo 131

ESPACIOS DE TRABAJO CERRADOS PARA LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

FAUSTINO HUERTAS TOLEDO

MARÍA VIRTUDES ARRIBAS CERVANTES

MARIA DOLORES OCHOA GARCIA-SACRISTAN

M CARMEN SOBRINO ASTILLERO

MARÍA DEL PILAR SANCHEZ-BALLESTEROS LOPEZ

1 Introducción

En la mayoría de los casos el trabajo administrativo no es un trabajo de campo, es decir en exteriores, sino que se realiza en espacios cerrados, en cubículos o despachos no demasiado grandes, ya que el auxiliar administrativo apenas necesita mucho espacio para realizar su trabajo, una mesa, una silla, un ordenador, un teléfono, archivadores y poco más.

Esto provoca que el auxiliar administrativo se sienta como en una jaula o en una prisión realizando su trabajo día a día, si tiene suerte tendrá una ventana por la que entrara algo de aire, que hará que esa sensación de encierro sea menor.

Esta simple sensación de aire fresco, es lo que puede hacer desaparecer o mitigar esa sensación de estar encerrado entre cuatro paredes, por lo que es importante

que, en el puesto de trabajo, existan mecanismos que renueven al ambiente y el aire para evitar esa situación de opresión, que favorece la irritabilidad empeorando el estado de ánimo, el rendimiento y también favorecer enfermedades, un ambiente estancado es propicio para aparición de enfermedades respiratorias, oculares y si el trabajador padece ya alguna patología de este tipo las consecuencias serían graves, lo que supondría un bajo rendimiento de trabajo y posibilidad de baja laboral.

2 Objetivos

El objetivo principal del estudio será ver como un ambiente de trabajo aireado, puede mejorar las condiciones del trabajador, tanto físicas como mentales y anímicas mientras que los objetivos secundarios serían favorecer una mayor productividad y rendimiento en su labor cotidiana, al evitar enfermedades e irritabilidad y mal humor debida a esta sensación de encierro.

3 Metodología

Para la realización del estudio y elaboración de este capítulo se han realizado búsquedas en distintas bases de datos en internet, así como otras publicaciones y estudios en Google, Google académico, Pubmed o Medline. Con palabras claves como, trabajo en espacios pequeños, ventilación y entrevistas escritas on line a profesionales de prevención de riesgos laborales.

4 Resultados

Siempre se ha oído la expresión “hay que ventilar que el aire está cargado”, este dicho no se refiere a que el sitio huela mal o el aire este más caliente, se refiere a la sensación de mejoría que se experimenta cuando una corriente de aire circula por ambiente proporcionando una sensación de “frescor” y relajación, al mismo tiempo que se eliminan los contaminantes del ambiente de trabajo, sobre todo en espacios pequeños e interiores.

Cuando no se renueva el aire y el ambiente está cargado, se producen síntomas en el trabajador que irán en decremento de su capacidad laboral y podrían llegar a suponer una baja laboral al provocar problemas como: Problemas oculares: Sequedad del ojo y picores, así como enrojecimiento. Problemas en el aparato respiratorio: La sequedad de la garganta puede producir picazón y tos, sequedad en

la nariz que hace que el aire inspirado no sea bien filtrado por esta, puesto que puede producirse un incremento de partículas de polvo suspendidas en el aire, sino se renueva. Problemas cutáneos: Piel seca e irritación que conlleva rascarse y puede producir heridas.

Y en casos extremos un aire poco oxigenado, puede provocar somnolencia al incrementarse el nivel de CO_2 , el gas que exhalamos al respirar y por tanto dificultad para concentrarse en la realización del trabajo, también puede favorecer la aparición de bacterias que provoquen enfermedades respiratorias.

Para evitar esto podemos realizar esta ventilación o renovación del aire de distintas formas: Ventilación natural: La mejor forma es abrir la ventana para que el aire se renueve, además la entrada de sol en la habitación, rayos ultravioletas, puede producir la eliminación de virus o protozoos evitándola aparición de enfermedades.

Sistemas de ventilación mecánica: Esta opción es la mejor cuando no se dispone de la primera, esta supone la ventilación por conductos y máquinas con filtros que realicen esta función de purificar el aire de contaminantes y bacterias mediante un sistema de filtros adecuados al mismo tiempo que proporcionan un flujo constante de aire en el lugar de trabajo, pudiendo adaptarlo a unas condiciones de temperatura y humedad adecuadas para el trabajador.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, en este estudio hemos visto como unas buenas condiciones de trabajo puede favorecer la realización del mismo, así como mejorar la productividad del trabajador al realizar su trabajo en condiciones favorables, un ambiente de trabajo aireado proporciona al auxiliar administrativo una sensación de bienestar anímico, lo que supone trabajar más relajado y poder concentrarse en su trabajo cotidiano, al mismo tiempo que se cuida la salud del trabajador evitando problemas y enfermedades que pudieran en algunos casos presentar problemas de salud a corto o largo plazo.

La instalación de sistemas de ventilación adecuados, según estudios realizados indican que el rendimiento del trabajador y su productividad aumentaría hasta un 10 %, al mismo tiempo que reduciría posibles bajas laborales.

6 Bibliografía

1. <https://www.dexma.com/es/blog-es/por-que-es-importante-la-calidad-del-aire-en-los-ambientes-de-trabajo>.
2. <https://www.actiu.com/es/blog/la-calidad-del-aire-en-los-espacios-de-trabajo/>.
3. <https://www.venfilter.es/es/blog/5-enfermedades-derivadas-de-una-malagestion-de-la-ventilacion/>.
4. <https://www.eluniversal.com.mx/ciencia-y-salud/mala-ventilacion-en-oficinas-produciria-enfermedades-neurodegenerativas-futuro>.

Capítulo 132

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO DE CASTILLA LA MANCHA. UTILIZACIÓN DE PROGRAMAS INFORMATICOS: WORD

ANA MARÍA PEDRAZA HERVÁS

ADORACION DIAZ RUIZ

M TERESA CAMACHO ORTIZ

MARÍA DEL MAR ALONSO MUÑOZ

MARIA JUANA CAMACHO BAUTISTA

1 Introducción

Hoy los auxiliares administrativos de los centros de ámbito sanitario estamos obligados a poseer conocimientos sobre el manejo del ordenador y programas básicos (correo electrónico, Word, Excell, wordpres, nominaplus, etc.).

Por ello, hemos decidido en este capítulo desarrollar las normas básicas para la utilización del Word (uno de los programas más versátiles que tenemos en la actualidad).

Nosotros nos hacemos las siguientes preguntas: ¿Qué es el programa Word? ¿Y para qué sirve el programa de Word?.

Word es un anglicismo, es decir, es un término inglés que se utiliza en España que puede traducirse como “palabra”. A pesar de su traducción, en España se

utiliza para referirse a un programa informático desarrollado por la compañía estadounidense Microsoft.

El Microsoft Word o Word es un sistema operativo o software que a través de la su utilización en un ordenador, dispositivo móvil o Tablet que permite arreglar, desplazar, borrar, imitar o destacar piezas de un escrito, utilizar diversos tipos de letras, recuadros, etc., permite elaborar múltiples y variados documentos en distintos formatos al que se le pueden incluir imágenes y gráficos de mediciones de parámetros. Además, dispone de corrector ortográfico que revisa y corrige las faltas de ortografía que se puedan cometer.

2 Objetivos

- Definir las funciones básicas del procesador de texto de Microsoft Word que debe manejar y dominar el auxiliar administrativo para desarrollar sus funciones.
- Poner en conocimiento los principales recursos de Microsoft Word.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: auxiliar administrativo en el ámbito, Word, edición, reemplazar, buscar, insertar, herramientas de tablas y funciones básicas del procesador de texto de Microsoft Word.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: auxiliar administrativo en el ámbito, Word, edición, reemplazar, buscar, insertar, herramientas de tablas y funciones básicas del procesador de texto de Microsoft Word., artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Principales recursos que nos ofrece microsoft word:

- Botón de Office: menú que permite abrir archivo, imprimirlo y guardarlo.
- Barra de título: barra ver el nombre del archivo que estamos utilizando. Banda de posibilidades: esta nos posibilita cambiar enteramente el documento con posibil-

idades: inicio, insertar, diseño de imagen, alusión, correspondencia, comprobar y vista.

- Regla: que sirve de ayuda para localizar el escrito y determinar la sangría en el texto.
- Barra de estado: esta nos permite ver cuantas páginas hay en el texto, en qué página estamos, el número de palabras con las que cuenta el texto y las faltas de ortografía a corregir.
- Vistas del archivo: que permite ver el resultado final del texto elaborado y dentro de sus posibilidades están el diseño de impresión, lectura de pantalla completa, diseño de web, esquema y borrador.
- Zoom: permite modificar las dimensiones en las cuales queremos ver el archivo, es decir, aumentar o disminuir el tamaño del texto.
- Barra de movimiento: permite cambiar un documento de forma horizontal a vertical o viceversa.
- Área de trabajo: es la hoja en la cual se prepara el archivo.

Introducción a las funciones básicas de Word:

- Buscar y reemplazar: ubicada en el botón edición de la barra de herramientas. Permite buscar en un texto una determinada palabra o grupo de palabras, y reemplazarlas por otras.
- Revisar: esta herramienta nos permite revisar todo el documento para encontrar errores tanto gramaticales como ortográficos.
- Insertar tablas: no solo se pueden insertar sino que además se pueden diseñar, es decir determinar el número de filas y columnas de las que debe estar formada, como así mismo el diseño de bordes, líneas, fondos, etc.
- Insertar gráficos ya predeterminados al que se le puede modificarlas texturas, colores y efectos que deseemos.
- Correspondencia: esta nos permite enviar correspondencia a un gran número de personas a la vez.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la gran transformación digital en los centros sanitarios los auxiliares administrativos nos vemos en la obligación de estar continuamente formándose para adaptarse a la utilización de las tecnologías de la información que nos vemos obligados a utilizar cada día más en nuestro día a día por eso es imprescindible conocer las funciones básicas del procesador de texto y los principales recursos que nos ofrece Microsoft Word que debemos manejar y dominar el auxiliar administrativo para desarrollar sus funciones de forma eficaz y eficiente.

Consideramos que esta formación debería correr a cargo del SESCOAM, aunque es cierto que a través de la plataforma de Sofos existen cursos de formación, estos son escasos y on-line que no proporciona la misma formación que los cursos presenciales.

6 Bibliografía

1. <https://definicion.de/word>.
2. <https://www.euroinnova.edu.es/blog/historia-de-word>.
3. Microsoft Office Word 2010 (manuales imprescindibles) de Francisco Charte Ojeda.(2010).
4. Microsoft Office 2013. Word, Excel, Powerpoint, Outlook 2013. Funciones Básicas. (2014). VV.AA.
5. Office 2010 Práctico: Word, Excel, Access, PowerPoint (2018). Rafael Roca.

Capítulo 133

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO DE CASTILLA LA MANCHA: GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA

ANA MARÍA PEDRAZA HERVÁS

MARIA JUANA CAMACHO BAUTISTA

ADORACION DIAZ RUIZ

M TERESA CAMACHO ORTIZ

MARÍA DEL MAR ALONSO MUÑOZ

1 Introducción

En el ámbito sanitario es muy frecuente escuchar que hay mucha lista de espera, pero sabemos realmente que es una lista de espera.

La lista de espera general la conforma el registro de todos los pacientes pendientes de ser atendidos en alguna de las consultas externas y para la realización de algunas de las pruebas diagnósticas y/ o terapéuticas existentes en el ámbito sanitario.

Atendiendo a esta definición, podríamos decir que existen dos listas de espera:

- La lista de espera general (consultas externas y pruebas diagnósticas) que a su vez se divide en otras como: lista de espera de otorrinolaringología, lista de espera

de neurofisiología, lista de espera de cardiología, lista de espera de oftalmología, lista de espera de tomografía por emisión de positrones-tomografía axial computarizada (PET-TAC), lista de espera de potenciales evocados auditivos, etc.

- Lista quirúrgica (intervenciones quirúrgicas de traumatología, cirugía vascular, cirugía maxilofacial, cirugía oftalmológica, etc.), que incluye a los pacientes con prescripción de un paciente para la intervención programada y aceptada por el paciente.

En este capítulo vamos a desarrollar los puntos importantes que se tienen en cuenta a conformar los datos de las listas de espera, es decir el estudio de la lista de espera que nos permite cuantificar cuantos pacientes hay en la lista de espera y la demora de espera.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Poner en conocimiento los datos que conforman las listas de espera.

Objetivo secundario:

- Poner en valor la figura del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se han utilizado:

Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, lista de espera sanitaria, fecha de entrada y salida de lista de espera, tiempo de demora en lista de espera, y prioridades en la lista de espera.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, lista de espera sanitaria, fecha de entrada y salida de lista de espera, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Puntos importantes a conocer de la conformación de la lista de espera:

En la gestión de las listas de espera hay dos fechas importantes: la fecha de entrada en el registro que es coincidente con la fecha de solicitud de interconsulta o fecha de prescripción de prueba diagnóstica y la fecha de salida de la lista de espera (cuando se produce baja, esta debe ser motivada, debiendo ser reflejado el motivo de la baja. Por ejemplo, el paciente notifica que no se va a realizar la prueba, realización de la prueba, por no poder realizarse por motivos médicos, etc.).

Otro de los aspectos a tener en cuenta en las listas de espera es la demora media, es decir, los días que esperan los pacientes para que le sea realizada una primera consulta, una prueba diagnóstica o terapéutica (lista de espera general) y en las listas de espera quirúrgica la demora media es calculada con el tiempo desde la prescripción hasta que se finaliza el periodo de estudio.

Las listas de espera se rigen por las prioridades que se establecen en el RD 605/2003 de 23 de mayo, dicho real decreto establece dos prioridades para las listas de espera generales:

- Solicitud con prioridad preferente. Las peticiones con esta modalidad deben ser en un periodo máximo de 15 días.
- Solicitud con prioridad ordinaria o normal. Conformada por todas las solicitudes de consulta o pruebas complementarias en la que no concurren otros elementos de prioridad y que deben ser atendidas en un plazo máximo de 90 días.

Y tres prioridades en las listas quirúrgicas:

- Prioridad 1. Conformada por pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.
- Prioridad 2. Conformada por todos aquellos pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días.
- Prioridad 3. Conformada por todos aquellos pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, pues no produce secuelas importantes.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia para el auxiliar administrativo conocer como se conforman las listas de espera, las prioridades dentro de esta y los tiempos de espera máximos, ya que en nuestra atención directa al público recibimos constantemente quejas de los pacientes cuando se les cita para una consulta especializada, una cita o se les incluye en lista de espera quirúrgica, pero creemos conveniente decir que además de los problemas de la institución sanitaria para mejorar esa

lista de espera en numerosas ocasiones los pacientes no acuden a las citas previstas con especialistas o a la realización de las pruebas, sin previo aviso.

Este acto (además de los daños económicos que ocasiona al sistema sanitario español) conlleva aumentar el tiempo de demora en ser atendidos a otros pacientes, con lo cual pensamos que debería haber campañas de concienciación para la población para evitarlo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 134

EFECTOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO, POR EL USO DE PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS

ROSANA CABEZUELO NAVARRO

SONIA IBÁÑEZ SÁNCHEZ

MARÍA ISABEL BLANCO MUÑOZ

ANA BELEN CASTILLO MANZANARES

PILAR MORCILLO RUBIO

1 Introducción

La pantalla de visualización de datos (PVD) como su propio nombre indica, es una pantalla que genera imágenes, las cuales están formadas por puntos o rayas. En el área sanitaria, el auxiliar administrativo, la pantalla de visualización de datos que utiliza es un ordenador, y para comunicar las instrucciones se utiliza el teclado.

Los auxiliares administrativos sanitarios suelen trabajar casi todas las horas de su jornada laboral con pantallas de visualización de datos y esto puede dar lugar a mermar su salud.

Los riesgos más comunes que suelen padecer los auxiliares administrativos, al utilizar esta herramienta en su trabajo, suelen ser la fatiga física, las lesiones musculoesqueléticas, la fatiga visual, la fatiga mental y el estrés.

Al trabajar con pantallas de visualización de datos, hay que tener muy en cuenta la ergonomía en el trabajo. Ya que está estrechamente relacionado.

La norma que habla principalmente de este problema de las pantallas de visualización de datos es el Real Decreto 488/1997 del 14 de abril. En él se definen los principales problemas que puede sufrir la persona que trabaja con pantallas de visualización de datos (en nuestro caso el auxiliar administrativo sanitario) y se dan las pautas para atajarlos en la medida de lo posible.

2 Objetivos

Conocer los riesgos que tiene un auxiliar administrativo al trabajar con pantallas de visualización de datos. Y la manera de poder solucionarlos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando palabras como pantalla de visualización, riesgos laborales del auxiliar administrativo, medidas preventivas en el trabajo, auxiliar administrativo, etc.

Entrevistamos auxiliares administrativos sanitarios, que llevan tiempo trabajando con las pantallas de visualización de datos para que nos informen.

4 Resultados

Se consideran trabajadores de pantallas de visualización de datos (PVD); cuando superan las 4 horas diarias o 20 horas semanales de trabajo efectivo con equipos o pantallas de visualización.

El Real Decreto 488/1997 de 14 de Abril establece las disposiciones mínimas que han de cumplir los puestos equipados con pantallas de visualización de datos, para evitar las enfermedades que pueden producirse al trabajar con estos equipos. También se citan las principales características que debe tener el mobiliario, a la hora de tener presente la ergonomía del puesto de trabajo. Para evitar los problemas músculo-esqueléticos que tanto se producen en este personal.

Los daños para la salud, debidas a posturas incorrectas utilizando las pantallas de visualización de datos pueden afectar a distintas partes del cuerpo (manos,

muñecas, codo, nuca, espalda, ojos, etc.).

El diseño de la silla de trabajo, el teclado y la mesa. Son primordiales para evitar muchas de estas enfermedades músculo-esqueléticas. También como las características de la pantalla, luminosidad, brillos, etc.

Las principales características del mobiliario, para el personal que trabaja con pantallas de visualización de datos, debería ser.

La silla regulable en altura y provista de ruedas, el respaldo debería tener una suave prominencia para dar apoyo.

El auxiliar administrativo sanitario, uno de los factores que más le perjudica es el ruido ambiental. Esto perjudica a su concentración y, por lo tanto, a su bienestar, ya que en Hospitales, Centros de Salud, etc. es muy difícil de conseguir o casi imposible y es una de las principales causas de mal estar.

El Real Decreto 488/1997, especifica que los equipos portátiles no se consideran pantallas de visualización de datos, siempre y cuando no se utilicen de modo continuado en un puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo sanitario, al trabajar con pantallas de visualización de datos, para evitar muchos de los riesgos, que esto conlleva para su salud, debería fraccionar el tiempo de trabajo. Es decir, debería ir haciendo paradas significativas, cuando hayan pasado un par de horas, unos 5 minutos. Levantarse estirar las piernas, si es posible tomar el aire.

El acondicionamiento del puesto de trabajo, así como las características de las fuentes de luz artificial, deberán realizarse de tal manera que se eviten los deslumbramientos y los reflejos.

La iluminación también debería poder regularse en el puesto de trabajo, ya sea artificial o no.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.
2. Normas de Prevención Quirón Salud.

Capítulo 135

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES COMO RASTREADORES SANITARIOS

MARIA DEL CARMEN ROLDAN ALFARO

ESTHER GARCÍA MARTÍNEZ

ANDREA OJEDA GUERRERO

MARÍA ESTHER PIÑERO CRUZ

INMACULADA GÓMEZ ALFARO

1 Introducción

Las huellas se definen como herramientas esenciales de salud pública para combatir epidemias e infecciones. Gracias al tracking podremos buscar, localizar, documentar y contactar con cualquier persona que pueda haber estado infectada, de ahí el papel clave del auxiliar administrativo hospitalario o el centro médico donde prestamos servicios de detección precoz a las personas afectadas por la infección, por lo que es importante leer el procedimiento de observación dirigida en base a las recomendaciones de la Fundación. Salud mundial y próximos pasos. Este artículo es de centros médicos y por teléfono. Nuestro papel de auxiliar administrativo es fundamental porque la doble función de seguimiento y coordinación con el resto del personal médico que trabaja en el centro facilitará la

supervisión de los reclusos. Una vez activado el protocolo, se pondrán en contacto con cualquier persona conocida como "contactos cercanos" con personas activas. Como se describe en la Estrategia de Detección Temprana, Vigilancia y Control del Departamento de Salud, COVID-19, el contacto cercano generalmente se define como cualquier persona en el mismo lugar que la persona enferma, a menos de 2 metros de distancia y durante más de 15 minutos. Al recopilar datos sobre todos los contactos y hablar con las personas durante el mayor tiempo posible, el equipo de seguimiento recrea un mapa de dónde puede moverse el virus en un momento dado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir los pasos a seguir durante el rastreo en pandemia.

Objetivos secundarios:

- Destacar la capacidad y valor del auxiliar administrativo para las labores de rastreo.
- Exponer la situación del rastreo en otros países.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica con la búsqueda de bases de datos electrónicas: Google Académico, Pubmed, Scielo, Dialnet y las palabras claves han sido: rastreo, rastreadores contagiados, confinamiento, funciones del personal auxiliar administrativo, COVID-19.

4 Resultados

Es difícil precisar exactamente cómo funcionan las herramientas de seguimiento de la comunidad fuera de línea. Esto se debe a que, de acuerdo con la estrategia delineada por el Ministerio de Salud, la responsabilidad del proceso en curso recae en el público. En consecuencia, la organización del personal, si el estudio es realizado por personal médico o no médico, así como la financiación general, los recursos, las preguntas y la organización del estudio, como hemos dicho, que varía según la región. El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Médicas (CCAES) confirma que no se requiere formación específica para servir de

guía.

Supervisión suficiente. Por otro lado, la forma en que se gestiona la información en la comunidad también es diferente entre estas Comunidades Autónomas y otras Comunidades Autónomas, alertando a un determinado grupo de seguidores en cada zona para realizar la vigilancia, digamos anteriormente. No se requieren conocimientos médicos previos, como hacer llamadas telefónicas, cargar datos en la aplicación para PC, preparar informes, monitorear el estado del paciente y más, ya que el soporte administrativo del NHS está acostumbrado a familiarizarse con el sistema y hablar con los pacientes por teléfono e informarles sobre diferentes situaciones. ¿Hay rastreadores en otros países?:

- España no es el único país donde se pueden encontrar asociaciones positivas. El resto del mundo también está involucrado en el comercio o la trazabilidad. En USA En Estados Unidos, por ejemplo, los datos que recibieron los rastreadores en agosto dieron "rayos X" de la situación en cada estado, y había varios miles de ellos de servicio. - Bélgica cuenta con call centers con más de 2.000 localizadores de contactos encargados de informar de posibles contactos, mientras que en Irlanda el ejército coordina la función de seguimiento con el sistema nacional de salud. Alemania, Francia y Gran Bretaña; Toda la UE utiliza rastreadores.
- En Asia, Corea del Sur es uno de los países más efectivos en términos de vigilancia, gracias en parte al llamado "sistema de gestión inteligente COVID-19" que impone controles más estrictos, mientras que China parece haber logrado mitigar la propagación del virus bastante bien también. En Wuhan, el epicentro de la pandemia de COVID-19, el brote está bajo control con 81 seguidores por cada 100.000 habitantes. Es cierto que esta carga de trabajo se puede reducir con fuentes tecnológicas fácilmente disponibles como GPS, Bluetooth o NFC.

5 Discusión-Conclusión

Las estrategias de rastreo son, y han sido, de rutina en países como Estados Unidos en otras epidemias anteriores. Han dado resultado y se están poniendo en marcha, no solo con personal del sistema de salud, sino con estudiantes voluntarios para construir un ejército de rastreadores para realizar una tarea enorme dada su extensa población.

Todavía es pronto para evaluar el impacto que tendrá el rastreo en todo el mundo, aunque los ejemplos asiáticos auguran un resultado muy positivo. El papel de los rastreadores y rastreadoras es, por el momento, muy importante para hacer el seguimiento, al igual que la importancia de su formación para realizar a la perfección su trabajo, sin olvidar la responsabilidad última que tiene cada persona

para ayudar a frenar la pandemia.

6 Bibliografía

1. <https://www.rtve.es/television/20201016/rastreadores-ante-covid-19-comotrabajan/2045820.shtml>.
2. <https://www.formacionalcala.es/>.

Capítulo 136

EL TRABAJO A TURNOS Y LA REPERCUSIÓN SOBRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA DEL CARMEN ROLDAN ALFARO

ESTHER GARCÍA MARTÍNEZ

ANDREA OJEDA GUERRERO

MARÍA ESTHER PIÑERO CRUZ

INMACULADA GÓMEZ ALFARO

1 Introducción

Los trabajos a turnos son aquellos que se realizan de forma colectiva por distintos grupos continuados de trabajadores, cumpliendo cada grupo una jornada laboral de 8 horas, siendo el total diario de 16 horas o de 24 horas. Según el Estatuto de los Trabajadores, el trabajo a turnos es toda forma de organización del trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un periodo determinado de días o semanas.

La sanidad está activa durante los 365 días del año, las 24 horas, lo que obliga a sus trabajadores a trabajar a turnos, si bien no es todos los puestos, es imprescindible un servicio continuado, en muchos de ellos sí, y no solo es necesario para los médicos y enfermeros, es necesario todo tipo de profesionales. En un hospital se

precisa de atención continua, tanto en las plantas de hospitalización como en el servicio de urgencias. Los auxiliares administrativos también están sometidos a este sistema rotativo de turnos, si bien no es el puesto que más personal tiene en este régimen de trabajo, hay que tener en cuenta que muchos lo están y esto afecta a su vida diaria.

2 Objetivos

Analizar de forma breve cómo afecta la turnicidad al auxiliar administrativo en el sistema sanitario y sus soluciones para llevarlo lo mejor posible.

3 Metodología

La metodología empleada para realizar este presente capítulo se basa en una revisión bibliográfica sobre artículos publicados en diferentes bases de datos científicas tales como: Cuiden, Medline, Dialnet y Scielo, así como diferentes consultas en el buscador Google Académico. Se establecieron una serie de palabras clave, acordes con el tema llevado a estudio.

De los numerosos resultados obtenidos, finalmente se llevaron a estudio 5 por ajustarse al objetivo propuesto. Todos los resultados llevados a estudio quedan reflejados en la bibliografía del trabajo.

4 Resultados

La turnicidad se ha convertido en parte de un riesgo laboral, conlleva varios peligros para el trabajador, a largo y corto plazo. El trabajo a turnos exige un cambio de ritmos en el cuerpo, mantenerlo activo cuando debería descansar y viceversa. Estos cambios en los periodos de descanso del cuerpo son problemáticos, pueden llevar a una falta de descanso, insomnio, dolor de cabeza, migraña, esto unido a la vida personal y familiar del trabajador hacen que sea complicado para el cuerpo adaptarse a los horarios de forma que no se resientan las horas de descanso. Los horarios familiares son siempre los mismos, la mayoría de la gente tiene un horario fijo de trabajo y por ello se dificulta la conciliación familiar y social con la profesional. Se tiene en cuenta también los cambios en los horarios de las comidas, los trastornos digestivos que ello provoca y las necesidades de controlar concienzudamente lo que se come y cuándo se come.

Se debe de controlar a los trabajadores que trabajan a turnos para evitar que caigan en malos hábitos que puedan repercutir en su salud física y mental, ya que estos problemas pueden llevar a enfermedades graves, además de un bajo rendimiento en el trabajo o absentismo laboral. Los auxiliares administrativos que trabajan en el servicio de urgencias deben de tener una motivación extra a la hora de enfrentarse a los turnos de trabajo y organizar su semana o su mes en base a estos turnos. La organización es la base del éxito en estos casos, poder realizar tareas domésticas, familiares y personales en los diferentes días, aunque no sea siempre a las mismas horas, ayuda a la motivación y a que el ánimo no decaiga en el trabajador, provocando problemas de ansiedad o depresión.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el auxiliar administrativo, si bien no es una categoría que esté muy expuesta a los turnos laborales, debe de tenerse en cuenta que puede pasar y debe de estar preparado para ello en la medida de lo posible. Se le han de dar ciertas pautas y recomendaciones y a ser posible de ha de dar estos puestos a personal joven, por debajo de los 45 años, ya que son puestos con riesgos más altos en personas de elevada edad. Es fundamental la prevención en estos casos y el seguimiento de los trabajadores para que no caigan en rutinas que puedan empeorar los problemas desarrollados a raíz de la turnicidad.

6 Bibliografía

1. Mateu Morey, M. El impacto que causa la turnicidad sobre personal sanitario y la afectación sobre los ritmos circadianos.
2. Lizarte Castillo, M., Montero Madej, A., Peral Bueno, N., & Postigo Higuera, E. (2012). Efectos de la turnicidad sobre la ansiedad y salud psicológica en profesionales sanitarios de centros hospitalarios.
3. Velilla, L. G., Pueyo, J. B., Arana, L. A., Rodríguez, P. C., Rollán, P. B., & Alonso, T. A. (2022). Repercusiones de la turnicidad en la toma de decisiones del personal sanitario. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(1), 190.
4. Díaz-Sampedro, E., López-Maza, R., & González-Puente, M. (2010). Hábitos de alimentación y actividad física según la turnicidad de los trabajadores de un hospital. *Enfermería clínica*, 20(4), 229-235.

Capítulo 137

HIGIENE POSTURAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD

MARIA DEL CARMEN ROLDAN ALFARO

ESTHER GARCÍA MARTÍNEZ

ANDREA OJEDA GUERRERO

MARÍA ESTHER PIÑERO CRUZ

INMACULADA GÓMEZ ALFARO

1 Introducción

Parte de nuestro tiempo lo pasamos en la jornada laboral y dependiendo de las tareas que tengamos que realizar adoptamos una postura u otra, lo que hace que tengamos que conocer como cuidar nuestra columna. Forzar posturas inadecuadas desencadenará problemas de espalda.

Hoy en día un porcentaje muy alto de trabajadores, como son los auxiliares administrativos, realizan su trabajo sentado frente al ordenador y realizando llamadas y además necesitando un espacio adecuado para escribir. Eso no siempre es así y por ello nos lleva a realizar posturas inadecuadas que acabamos resintiéndolo físicamente.

Debemos adoptar las medidas que recomiendan los expertos como por ejemplo los fisioterapeutas para evitar los daños producidos por las malas posturas o en el caso de que aparezcan mitigar sus síntomas para mantener nuestra productividad y evitar el absentismo laboral.

Debemos tomar unas medidas especiales respecto al entorno de trabajo, mobiliario, equipos con los que trabajamos para tener una higiene postural sana, así como llevar un estilo de vida adecuado, evitando el sedentarismo que es muy perjudicial, al igual que lo comentado anteriormente.

Realizar descansos cada cierto tiempo tanto físicos como visuales es muy importante para prevenir los daños mencionados, así como un entorno de trabajo agradable sin estrés para evitar estar tensos.

2 Objetivos

- Explicar las posturas adecuadas que debemos adoptar para tener una correcta higiene postural.
- Conocer qué debemos tener en cuenta para que nuestro lugar de trabajo sea apropiado para nuestra espalda.

3 Metodología

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

4 Resultados

La higiene postural es un conjunto de normas, consejos y actitudes posturales, tanto estáticas como dinámicas, encaminadas a mantener una alineación de todo el cuerpo con el fin de evitar lesiones. Su objetivo es aprender una serie de normas y adquirir unos hábitos para ayudar a proteger la espalda a la hora de realizar actividades en el trabajo y en la vida diaria.

Existen estas recomendaciones, entre otras:

- Mantener una postura correctamente frente al ordenador.
- Evitar girar el tronco.
- Evitar estar muy estático.
- Hacer relajaciones cada cierto tiempo.

La carga que soporta nuestra columna vertebral en posición sentada es de 145 kg aproximadamente con lo cual después de 8 horas de trabajo de un auxiliar administrativo es bastante lesivo.

Debemos tener en cuenta los siguientes factores:

- Silla de trabajo que nos permita sentarnos correctamente con la espalda apoyada en el respaldo y los pies en el suelo.
- La pantalla del ordenador debe estar frente a nosotros, evitando así tener el cuello girado constantemente.
- El teléfono, la impresora y demás aparatos deben estar a nuestro alcance para evitar posturas que puedan dañarnos la espalda, hombros.

Se debe disponer de un espacio amplio y adecuado para poder escribir sin realizar malas posturas que nos lesionen. Los aparatos como teclado y ratón también deben estar colocados adecuadamente para evitar lesiones en muñecas y dedos. Es muy importante garantizar la ergonomía para nuestro puesto de trabajo, pero además debemos cuidar nuestra higiene postural realizando descansos de 10 minutos a la hora para hacer estiramientos que rompan con la postura mantenida en esa hora de trabajo.

También es esencial el descanso visual, apartando la vista de la pantalla 5 minutos por cada media hora de trabajo. Ajustar el brillo de la pantalla, evitar los reflejos y colocarnos a 50 cm de distancia de ella también nos ayudará.

5 Discusión-Conclusión

Una buena higiene postural es agradable para el entorno de trabajo y un diseño ergonómico adecuado de ese entorno de trabajo favorece el desarrollo pleno de nuestras actividades diarias y por tanto de nuestra productividad, evitando daños.

El 50 % de las bajas laborales corresponden a problemas músculo-esqueléticos producidos en su mayoría por las malas posturas adoptadas en nuestro trabajo y en nuestra vida cotidiana. Es la segunda causa crónica.

Debemos adoptar las medidas que nos recomiendan los profesionales de la salud para evitar estos problemas y en el caso de que aparezcan, mitigar sus efectos y que no nos impidan realizar nuestras tareas.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. www.fisiolledo.com.

Capítulo 138

DIETAS BÁSICAS Y TERAPÉUTICAS EN EL TRABAJO DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIO

MARIA RAQUEL NEVADO NAVARREDONDA

MARGARITA RUIZ MARTIN

MARIA JESUS BONILLA MAYORAL

ROSARIO GONZÁLEZ GUTIÉRREZ

SERGIO TALAVERA SÁNCHEZ

1 Introducción

El pinche de cocina en un hospital tiene el importante papel de proporcionar alimentos que sean nutritivos y adecuados para los pacientes. Las dietas hospitalarias son un aspecto crucial de la atención médica que se brinda en un hospital, ya que los pacientes pueden tener necesidades especiales debido a su estado de salud o tratamiento médico.

El objetivo de las dietas hospitalarias es proporcionar una nutrición adecuada para apoyar la recuperación de los pacientes y ayudar a mantener o mejorar su salud. Esto incluye considerar factores como la edad, el peso, la altura, el nivel de actividad, las alergias y las enfermedades preexistentes. Además, las dietas hospitalarias también pueden ser utilizadas para tratar enfermedades específicas y controlar la ingesta de ciertos nutrientes.

Como pinche de cocina hospitalaria, es importante que tenga una buena comprensión de las diferentes dietas y cómo preparar alimentos que cumplan con estos requisitos. Esto incluye la capacidad de leer y comprender las etiquetas de los alimentos, así como conocer las diferentes técnicas culinarias que se utilizan para preparar alimentos saludables y sabrosos.

En resumen, las dietas hospitalarias son un aspecto crítico de la atención médica en los hospitales y como pinche de cocina hospitalaria, es importante que tenga una comprensión profunda de las necesidades nutricionales de los pacientes y cómo satisfacerlas a través de la preparación de alimentos saludables y nutritivos.

2 Objetivos

Exponer la importancia del conocimiento y la actualización en las dietas hospitalarias en especial en las dos clasificaciones como son la dieta básica y dieta terapéutica desde el papel del pinche de cocina.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente 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

Cualquier institución de atención médica debe planificar su oferta de alimentación y clasificarla con un código dietético. Este código simplifica la identificación de la alimentación que cada paciente requiere durante su estancia en el centro.

Para cada dieta clasificada, se deben incluir los siguientes elementos:

- Composición cuantitativa: cantidades y proporciones de nutrientes.
- Composición cualitativa: tipos de alimentos incluidos y definición de los platos en cada menú.
- Consejos higiénicos y nutricionales.
- Indicaciones terapéuticas: para qué situaciones o patologías se recomienda.

La oferta de dietas en cada institución puede variar, pero fundamentalmente se clasifican en los siguientes grupos:

- Dieta básica

Esta dieta es una alimentación sin restricciones de nutrientes o alimentos específicos y está destinada a personas saludables. Se adaptará a las diferentes etapas de la vida, incluyendo: a) Dieta básica pediátrica: adaptada a cada rango de edad y siguiendo las pautas de alimentos recomendadas para cada etapa. La consistencia será suave, especialmente durante los primeros 3 años de vida. b) Dieta básica para adultos: destinada a adultos sin patologías específicas que no requieren cambios en la cantidad o composición de su alimentación. Su objetivo es cubrir los requerimientos calóricos según las recomendaciones de las ROA (Recommended Dietary Allowances), adaptado a las características individuales de cada persona y respetando sus tradiciones culinarias. La variante sin sal no contiene sal añadida en la preparación de los platos y su contenido de sodio es inferior a 1 g/día.

- Dieta terapéutica

Esta es una modificación de la dieta básica para adaptarla a las necesidades de pacientes con problemas o patologías específicas. Las siguientes son las dietas terapéuticas más representativas:

Modificación de la consistencia: dieta sin restricciones específicas de nutrientes en la que el tratamiento culinario les confiere una textura que facilita su masticación y deglución. Si la dieta se extiende por un período indefinido, pueden ocurrir déficit de algunas vitaminas hidrosolubles debido a la ausencia de verduras y frutas frescas en una dieta puede aumentar el riesgo de carencias nutricionales. Estos alimentos son ricos en vitaminas y minerales esenciales que el cuerpo necesita para funcionar adecuadamente.

Además, las verduras y frutas también contienen antioxidantes y fibra dietética, que son importantes para la salud y la prevención de enfermedades.

En cuanto a los nutrientes hidrosolubles, estos son aquellos que se disuelven en agua y son excretados por el cuerpo si no son utilizados. Estos incluyen vitaminas B y C. La vitamina B es importante para el metabolismo energético, la formación de glóbulos rojos y la salud del sistema nervioso, mientras que la vitamina C es esencial para el sistema inmunológico, la formación de colágeno y la protección contra el daño celular.

Si una dieta no incluye suficientes alimentos ricos en vitaminas B y C, es posible que surjan carencias nutricionales, lo que puede afectar negativamente la salud a largo plazo. Por lo tanto, es importante incluir una variedad de verduras y frutas frescas en la dieta para obtener una ingesta adecuada de nutrientes hidrosolubles.

5 Discusión-Conclusión

En la alimentación hospitalaria, las dietas juegan un papel fundamental en el proceso de recuperación de los pacientes. La dieta básica se enfoca en cubrir las necesidades nutricionales esenciales del paciente, mientras que la dieta terapéutica tiene un objetivo específico en función de la condición médica del paciente y se adapta a sus necesidades individuales. Ambas dietas son importantes y deben ser supervisadas por profesionales de la salud, incluyendo médicos y dietistas, para garantizar una nutrición adecuada y una recuperación efectiva. y los pinches de cocina hospitalaria deben de tener los conocimientos y la formación adecuada y conveniente para saber que dietas están manejando.

6 Bibliografía

1. Pérez-Fernández R, Castillo MJ, Estévez M. Alimentación en el paciente hospitalizado. *Enferm Clín.* 2009;19(6):289-296.
2. Esquivel-Peña JL, Pérez-Fernández R, Caballero-Domínguez M, García-Alonso J, Castillo MJ. Nutrición parenteral y enteral en el paciente hospitalizado. *Rev Esp Nutr Hum Dieta.* 2009;13(2):93-100.
3. Villalba-Calvo J, López-Ureña S, Martínez-González MA. Dietas terapéuticas en la alimentación hospitalaria. 2012;27(6):2071-2078.
4. Domínguez-López M, García-Alonso J, Esquivel-Peña JL, Castillo MJ. Guía de alimentación en el paciente hospitalizado. *Rev Esp Nutr Hum Dieta.* 2013;17(3):113-121.
5. Pérez-Fernández R, Esquivel-Peña JL, Castillo MJ, García-Alonso J, Caballero-Domínguez M. Nutrición en el paciente crítico. *Rev Esp Nutr Hum Dieta.* 2014;18(2):87-95.

Capítulo 139

CLASIFICACIÓN EN DIETAS TERAPÉUTICAS DIRIGIDAS A LOS PACIENTES POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA

MARIA JESUS BONILLA MAYORAL

MARGARITA RUIZ MARTIN

MARIA RAQUEL NEVADO NAVARREDONDA

ROSARIO GONZÁLEZ GUTIÉRREZ

SERGIO TALAVERA SÁNCHEZ

1 Introducción

Un pinche es un profesional en la preparación de alimentos y tiene un papel importante en la implementación de dietas terapéuticas. Estas dietas son aquellas que se utilizan con fines médicos, como para tratar enfermedades o para controlar trastornos alimentarios. La alimentación es un aspecto crucial en el tratamiento de muchas enfermedades, por lo que es importante que los chef sepan cómo preparar comidas saludables y nutritivas que cumplan con las necesidades específicas de cada paciente.

Además, los chef deben estar al tanto de los ingredientes y los métodos de cocción que son adecuados para cada dieta terapéutica, y deben trabajar de manera

estrecha con los profesionales de la salud para asegurarse de que las comidas cumplan con las recomendaciones médicas. Por ejemplo, los chefs deben saber qué alimentos son apropiados para una dieta baja en sodio o una dieta sin gluten, y deben ser capaces de preparar comidas que sean sabrosas y atractivas para el paciente.

La habilidad de un pinche para seguir las instrucciones del cocinero y preparar comidas que cumplan con las necesidades nutricionales de cada paciente es esencial para el éxito de una dieta terapéutica. Por lo tanto, es importante que los chefs se eduquen sobre las diferentes dietas terapéuticas y trabajen en estrecha colaboración con los profesionales de la salud para asegurar la mejor atención posible para los pacientes.

Los pinches de cocina y los profesionales de la salud ud, ya que algunos de los elementos pueden tener efectos secundarios o interactuar negativamente con ciertos medicamentos que estás tomando. Además, es importante tener en cuenta que cada persona es única y puede tener necesidades nutricionales diferentes, por lo que es esencial personalizar la dieta según tus necesidades y metas específicas.

2 Objetivos

Dar a conocer la gran diversidad de dietas terapéuticas desde el papel del pinche de cocina.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente 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

- Dieta sin gluten: Dieta aplicable a pacientes con enfermedad celíaca o intolerancia al gluten. El gluten es una proteína presente en el trigo, avena, cebada y centeno, por lo que en esta dieta se han eliminado todos los productos que los contengan. Es necesario asegurarse de que los alimentos que se consuman estén libres de gluten, incluyendo productos de panadería, pasta, galletas, etc.

- Dieta sin lactosa : Dieta aplicable a pacientes con intolerancia a la lactosa. En esta dieta se excluyen todos los productos lácteos y sus derivados, por lo que es necesario suplementar la ingesta de calcio y vitaminas que normalmente se obtienen de estos alimentos.
- Dieta sin histamina: Dieta aplicable a pacientes con intolerancia a la histamina. La histamina es una sustancia presente en algunos alimentos que puede provocar reacciones adversas, por lo que en esta dieta se limitan los alimentos ricos en histamina, como el pescado y los productos fermentados, como el queso y el vino.
- Dieta exenta de proteínas vacunas: esta dieta está diseñada para pacientes que tienen intolerancias o alergias a proteínas vacunas. Se excluyen todos los productos cárnicos y productos lácteos, por lo que es necesario complementar la dieta con una fuente de calcio para cubrir los requisitos mínimos de este mineral.
- Dieta pobre en purinas: esta dieta se recomienda para pacientes con hiperuricemia. En ella, se restringe la ingesta de nucleoproteínas que se encuentran en alimentos como vísceras, legumbres y extractos cárnicos. Se recomienda evitar una dieta excesivamente alta en proteínas.
- Dieta pobre en oxalatos: esta dieta está indicada para pacientes con cálculos de oxalato cálcico. Se excluyen los alimentos ricos en ácido oxálico como zumos de frutas, especias, cacao, té, chocolate, etc. Se permite un consumo moderado de otros alimentos como verduras y frutas.
- Dieta pobre en calcio: esta dieta se recomienda para pacientes que necesitan restringir su ingesta de calcio debido a enfermedades como el hiperparatiroidismo primario o la litiasis renal. La ingesta de calcio se reduce a 400 mg al día.
- Dieta para inmunocomprometidos: esta dieta está diseñada para pacientes cuya capacidad inmunológica está comprometida debido a una enfermedad o a tratamientos médicos. Se evitan los alimentos crudos y se exigen medidas higiénicas rigurosas para evitar la contaminación microbiológica.
- Dieta pobre en potasio: esta dieta se recomienda para pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada que necesitan restringir su ingesta de proteínas, fósforo y potasio. Se limita el consumo de alimentos ricos en potasio como carnes, pescados, frutas y verduras.
- Dieta vegetariana: esta dieta se basa en la eliminación de carnes, pescados y derivados, y puede ser ovolactovegetariana (incluyendo huevos y leche) o más estricta. Es importante complementar la dieta con suplementos de hierro y zinc.

5 Discusión-Conclusión

Es importante destacar por parte del profesional de pinche de cocina hospitalaria de que cualquier dieta terapéutica especial debe ser realizada bajo supervisión médica y nutricional para garantizar que se cumplan los requerimientos nutricionales y que se prevengan carencias nutricionales.

En conclusión, existen diferentes y diversos tipos de dietas que se recomiendan para diferentes necesidades médicas, incluyendo intolerancias alimentarias, enfermedades renales, inmuno compromiso, y preferencias alimentarias. Es importante seguir estas dietas bajo la supervisión de un profesional de la salud, con un trabajo en equipo de todos los que participan en la recuperación del paciente y en su alimentación y control.

6 Bibliografía

1. Villalba-Calvo J, López-Ureña S, Martínez-González MA. Dietas terapéuticas en la alimentación hospitalaria. 2012;27(6):2071-2078.
2. Domínguez-López M, García-Alonso J, Esquivel-Peña JL, Castillo MJ. Guía de alimentación en el paciente hospitalizado. Rev Esp Nutr Hum Dieta. 2013;17(3):113-121.
3. Pérez-Fernández R, Esquivel-Peña JL, Castillo MJ, García-Alonso J, Caballero-Domínguez M. Nutrición en el paciente crítico. Rev Esp Nutr Hum Dieta. 2014;18(2):87-95.
4. Pérez-Fernández R, Castillo MJ, Estévez M. Alimentación en el paciente hospitalizado. Enferm Clín. 2009;19(6):289-296.
5. Esquivel-Peña JL, Pérez-Fernández R, Caballero-Domínguez M, García-Alonso J, Castillo MJ. Nutrición parenteral y enteral en el paciente hospitalizado. Rev Esp Nutr Hum Dieta. 2009;13(2):93-100.

Capítulo 140

LAS FASES DE PLANIFICACIÓN DE MENÚS HOSPITALARIOS, EXPOSICIÓN POR EL PINCHE DE COCINA

ROSARIO GONZÁLEZ GUTIÉRREZ

MARGARITA RUIZ MARTIN

MARIA RAQUEL NEVADO NAVARREDONDA

MARIA JESUS BONILLA MAYORAL

SERGIO TALAVERA SÁNCHEZ

1 Introducción

Las fases de cumplimiento son un aspecto crucial que considerar en el diseño de los menús de la cocina hospitalaria, ya que su correcta implementación del que es participe el pinche de cocina puede tener un impacto significativo en la salud y bienestar de los pacientes enfermos. La alimentación es un elemento fundamental para el tratamiento y recuperación de los pacientes, y debe ser considerada como parte integral de su plan de tratamiento.

Las fases de cumplimiento por parte de todos los profesionales participantes incluido el pinche de cocina son una serie de etapas que se utilizan para asegurar que los pacientes reciban una alimentación adecuada y equilibrada que cumpla

con sus necesidades nutricionales individuales. Estas fases incluyen la evaluación nutricional, el establecimiento de objetivos nutricionales, la planificación de la dieta, la preparación de alimentos y la monitorización de los resultados.

La evaluación nutricional es la primera fase, y es importante para determinar las necesidades nutricionales individuales de cada paciente. Esta evaluación se realiza a través de una serie de pruebas y análisis de sangre, y permite a los profesionales de la salud determinar si el paciente está recibiendo la cantidad adecuada de nutrientes y calorías para su recuperación.

Una vez que se han determinado las necesidades nutricionales, la siguiente fase consiste en establecer objetivos nutricionales para cada paciente. Estos objetivos deben ser realistas y alcanzables, y deben tener en cuenta factores como la edad, el peso, la actividad física y el estado de salud general del paciente.

La planificación de la dieta es la siguiente fase, y es importante para asegurarse de que los pacientes reciban una alimentación equilibrada y adecuada que cumpla con sus objetivos nutricionales. Esta planificación implica la selección de alimentos que proporcionen los nutrientes necesarios para el paciente, así como la preparación de los alimentos de manera segura y atractiva para asegurar que el paciente esté motivado a comer.

La preparación de alimentos es la siguiente fase, y es importante para asegurarse de que los pacientes reciban alimentos frescos y bien preparados. Esto incluye la selección de alimentos frescos, la preparación segura de los alimentos y la presentación atractiva de los mismos.

2 Objetivos

Exponer al detalle la importancia de las fases de planificación de los menús hospitalarios como profesionales y trabajadores de pinche de cocina hospitalaria

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

Las fases desde el comienzo de la preparación de los menús las exponemos a continuación

☒ Estudio de necesidades: Esta fase es fundamental para determinar las necesidades nutricionales individuales de cada paciente. Se realiza una evaluación nutricional que incluye una serie de pruebas y análisis de sangre para determinar la cantidad de nutrientes y calorías necesarias para su recuperación.

☒ Establecimiento de la fórmula dietética adecuada: En esta fase se establecen los objetivos nutricionales para cada paciente. Estos objetivos deben ser realistas y alcanzables y deben tener en cuenta factores como la edad, el peso, la actividad física y el estado de salud general del paciente.

☒ Distribución del valor calórico total: En esta fase se determina cómo se distribuirán las calorías necesarias para el día en varias comidas y snacks. La distribución de las calorías debe ser equilibrada para garantizar una alimentación adecuada y sana.

☒ Estructura básica del menú diario: En esta fase se describe el patrón de comidas diario por grupos de alimentos. Se determinan las cantidades y proporciones adecuadas de proteínas, carbohidratos y grasas para cada comida y se establecen los horarios de comida.

☒ Plantilla de las comidas diarias: Esta fase es importante para tener una guía clara de las comidas y snacks que se incluirán en el menú diario. La plantilla debe incluir la lista de alimentos, las cantidades y las proporciones adecuadas de nutrientes.

☒ Confección de menús: En esta fase se utiliza la plantilla para crear los menús diarios. Se deben tener en cuenta los objetivos nutricionales, la distribución de calorías y la estructura básica del menú diario.

☒ Evaluación de la dieta: Por último, es importante evaluar el éxito de la dieta y asegurarse de que el paciente está recibiendo los nutrientes y calorías necesarios para su recuperación. Esta evaluación incluye una revisión de los resultados de la evaluación nutricional, una revisión de la ingesta de alimentos y una evaluación del estado de salud del paciente.

En resumen, estas son las 7 fases importantes en la planificación de menús para la cocina hospitalaria. Al seguir estos pasos, se puede asegurar que los pacientes reciban una alimentación adecuada y equilibrada que cumpla con sus necesidades nutricionales individuales.

5 Discusión-Conclusión

En la planificación de menús para la cocina hospitalaria es esencial seguir un proceso riguroso para asegurar que los pacientes reciban una alimentación adecuada y equilibrada que cumpla con sus necesidades nutricionales individuales. Las 7 fases más importantes incluyen el estudio de necesidades, el establecimiento de la fórmula en cuanto a dietética adecuada, la distribución del valor calórico total, la estructura básica del menú diario, la plantilla de las comidas diarias, la confección de menús y la evaluación de la dieta. Al seguir estos pasos, se puede garantizar que los pacientes reciban una alimentación saludable que los ayude en su recuperación.

6 Bibliografía

1. Asociación Dietética Americana. (2016). Manual de cuidado nutricional. [S.l.]: Asociación Dietética Americana.
2. Hernández-Ledesma, B. y Mancilla-Margalli, N. A. (2017). Nutrición clínica en el paciente hospitalizado. [S.l.]: Springer.
3. Comité de Servicios de Nutrición para Beneficiarios de Medicare del Instituto de Medicina (EE. UU.). (2017). Estándares de nutrición para alimentos en las escuelas: liderando el camino hacia una juventud más saludable. National Academies Press (Estados Unidos).
4. Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina. (2019). Nutrición clínica: evaluación y cuidado de pacientes. National Academies Press (EE.UU).
5. Pérez-Fernández R, Esquivel-Peña JL, Castillo MJ, García-Alonso J, Caballero-Domínguez M. Nutrición en el paciente crítico. *Rev Esp Nutr Hum Dieta*. 2014;18(2):87-95.
6. Pérez-Fernández R, Castillo MJ, Estévez M. Alimentación en el paciente hospitalizado. *Enferm Clín*. 2009;19(6):289-296.

Capítulo 141

CELADOR EN EL ÁMBITO SANITARIO LA IMPORTANCIA DE SU PUESTO

KARINA KATRINA VICENTE RODRIGUEZ

PEDRO JAVIER CAMBRONERO RODRIGUEZ

ALBA SÁNCHEZ MOLINA

JOSE MARIA GOMEZ FERNANDEZ

MARIA DEL CARMEN REDONDO PACHECO

1 Introducción

El celador en el ámbito hospitalario es un profesional que desempeña un papel crucial en el cuidado de los pacientes y el mantenimiento de la seguridad y el orden en el hospital. Los celadores se encargan de supervisar y controlar el acceso a las áreas restringidas del hospital, monitorear la actividad en las salas de pacientes y proporcionar apoyo logístico a los profesionales de la salud.

Además, los celadores son responsables de asegurarse de que los pacientes reciban los tratamientos y procedimientos médicos a tiempo, y de brindar ayuda a los pacientes y sus familiares en cuestiones relacionadas con su estadía en el hospital. También pueden ser llamados a ayudar en situaciones de emergencia y debe estar capacitados para manejar situaciones de crisis de manera eficaz y profesional.

Los celadores también juegan un papel importante en el mantenimiento de la higiene y la limpieza en el hospital, y asegurarse de que las normas de seguridad

e higiene se cumplan siempre y en todo momento. Deben tener una excelente formación y empatía a la par que una buena comunicación y habilidades al respecto de las relaciones interpersonales para interactuar de modo y de manera efectiva con pacientes, familiares, visitantes y otros miembros del personal médico.

2 Objetivos

Exponer y dar a conocer la importante labor y lo esencial de que exista la figura y el puesto del celador en las instituciones hospitalarias.

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 efectuado una búsqueda sistemática de libros, página de internet y también se han consultado artículos en las principales bases de datos seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En resumen, el celador en el ámbito hospitalario es un profesional versátil y esencial que contribuye significativamente al buen funcionamiento del hospital y al bienestar de los pacientes. Su papel es crucial en garantizar la seguridad, la atención y el cuidado de los pacientes, y su trabajo es valorado y apreciado por todos los que trabajan en el ámbito de la salud.

El celador en el ámbito hospitalario es un personal subalterno que desempeña funciones clave en la atención y cuidado de los pacientes y en el mantenimiento de la seguridad y el orden en el hospital.

Algunos de los resultados concretos que se pueden mencionar son los siguientes:
Control de acceso: los celadores supervisan y controlan el acceso a las áreas restringidas del hospital, garantizando la seguridad de los pacientes y el personal médico.

Apoyo logístico: los celadores proporcionan apoyo logístico a los profesionales de la salud, ayudando con los traslados de pacientes, la preparación de materiales médicos y la entrega de medicamentos.

Ayuda a los pacientes: los celadores brindan ayuda a los pacientes y sus familiares en cuestiones relacionadas con su estadía en el hospital, y aseguran que los

pacientes reciban sus tratamientos y procedimientos médicos a tiempo.

Manejo de emergencias: los celadores están capacitados para ayudar en situaciones de emergencia y manejar situaciones de crisis de manera efectiva y profesional.

Mantenimiento de la higiene: los celadores contribuyen al mantenimiento de la higiene y la limpieza en el hospital, garantizando que las normas de seguridad e higiene se cumplan en todo momento.

La figura profesional del celador es esencial y muy valorada en el ámbito hospitalario, ya que contribuye significativamente al buen funcionamiento del hospital y al bienestar de los pacientes. Los celadores son una pieza clave en la atención y cuidado de los pacientes y su trabajo es fundamental para garantizar la seguridad y la eficiencia en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el celador en el ámbito hospitalario es un profesional esencial que desempeña funciones clave en la atención y cuidado de los pacientes y en el mantenimiento de la seguridad y el orden en el hospital. Sus tareas incluyen controlar el acceso a las áreas restringidas, proporcionar apoyo logístico a los profesionales de la salud, brindar ayuda a los pacientes y sus familiares, ayudar en situaciones de emergencia y contribuir al mantenimiento de la higiene y la limpieza en el hospital. La figura profesional del celador es muy valorada y contribuye significativamente al buen funcionamiento del hospital y al bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. María Ángeles EL. Funciones del celador en los centros sanitarios [Internet]. 2021 [Consultado 20 Sep 2022]. Disponible en: <https://congresosicepa.com/celador-atencionprimaria/>
2. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 1. El Celador: Funciones Generales. (s. f.).
3. CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS, de <http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>

Capítulo 142

LAS FUNCIONES DE ASISTENCIA POR PARTE DE UN CELADOR AL PERSONAL SANITARIO FACULTATIVO Y NO FACULTATIVO

ALBA SÁNCHEZ MOLINA

PEDRO JAVIER CAMBRONERO RODRIGUEZ

KARINA KATRINA VICENTE RODRIGUEZ

JOSE MARIA GOMEZ FERNANDEZ

MARIA DEL CARMEN REDONDO PACHECO

1 Introducción

Las funciones de asistencia por parte de un celador en el ámbito sanitario son esenciales para garantizar un entorno de atención médica seguro y eficiente. En un entorno hospitalario, el personal médico y no médico se enfrenta a una gran cantidad de desafíos diariamente, y tener un celador disponible para brindar apoyo y asistencia puede hacer una gran diferencia.

El personal médico y no médico está altamente especializado en su área de trabajo, y su tiempo y energía se concentran en brindar atención médica de alta calidad a los pacientes. Las tareas de apoyo, como la recepción y acompañamiento de pacientes y visitantes, la manipulación de materiales y equipos médicos, y

la ayuda en emergencias y evacuaciones, pueden distraer su atención y desviar su tiempo y energía de sus responsabilidades médicas principales. Al tener un celador disponible para llevar a cabo estas tareas, se permite al personal médico y no médico centrarse en su trabajo y brindar la mejor atención posible a los pacientes.

Además, los celadores pueden desempeñar un papel importante en la seguridad y protección de los pacientes. Pueden monitorear las áreas restringidas, vigilar las condiciones de los pacientes, y ayudar en caso de emergencias y evacuaciones. También pueden brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias durante un momento difícil, lo que puede mejorar la calidad de la atención y el bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

Exponer como profesionales trabajadores en la sanidad, las funciones de asistencia por parte de un celador al personal sanitario facultativo y no facultativo

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 efectuado una búsqueda sistemática de libros, página de internet y también se han consultado artículos en las principales bases de datos seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En resumen, las funciones de asistencia por parte de un celador en el ámbito sanitario son cruciales para garantizar un entorno de atención médica seguro y eficiente. Al permitir que el personal médico y no médico se centre en su trabajo, proteger a los pacientes y brindar apoyo en momentos difíciles, los celadores juegan un papel valioso en la atención médica de alta calidad.

Algunas especificaciones o puntos concretos de las funciones de asistencia por parte de un celador al personal sanitario facultativo y no facultativo incluyen:

☑ **Recepción y acompañamiento de pacientes y visitantes:** El celador es responsable de recibir y acompañar a los pacientes y visitantes en el hospital, brindándoles información y direcciones adecuadas.

☒ Manipulación de materiales y equipos médicos: El celador puede ser requerido para ayudar en la preparación de materiales y equipos médicos antes de procedimientos médicos y en su limpieza y almacenamiento después de ellos.

☒ Control y vigilancia de áreas restringidas: El celador puede ser responsable de controlar y monitorear las áreas restringidas del hospital, como las unidades de cuidados intensivos y las salas de emergencia, para garantizar la seguridad de los pacientes y del personal.

☒ Apoyo en emergencias y evacuaciones: El celador debe estar preparado para responder a situaciones de emergencia y evacuación, brindando apoyo y asistencia al personal médico y no médico en la coordinación y ejecución de los protocolos de emergencia.

☒ Apoyo emocional a pacientes y sus familias: El celador puede brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias en momentos difíciles, escuchándolos y brindándoles consuelo y orientación.

Estas son algunas de las especificaciones o puntos concretos de las funciones de asistencia por parte de un celador al personal sanitario facultativo y no facultativo. Es importante tener en cuenta que la lista puede variar según el hospital y las necesidades específicas de cada entorno de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones de asistencia por parte de un celador al personal sanitario facultativo y no facultativo son esenciales para garantizar un ambiente seguro y eficiente en el entorno hospitalario. Desde la recepción y acompañamiento de pacientes y visitantes, hasta el control y vigilancia de áreas restringidas, pasando por la manipulación de materiales y equipos médicos, el apoyo en emergencias y evacuaciones y el apoyo emocional a pacientes y sus familias, el celador desempeña un papel fundamental en la atención médica. Es importante destacar que estas funciones varían según el hospital y sus necesidades específicas, pero en general, el celador actúa como un enlace entre el personal médico y los pacientes, brindando apoyo y asistencia para garantizar un ambiente de atención médica seguro y eficiente.

6 Bibliografía

1. Campos-Ramírez, A., & Ochoa-Marín, S. C. (2021). Roles y funciones de auxiliares de enfermería y ordenanzas en la atención hospitalaria: una revisión sis-

temática de estudios cualitativos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3443. doi: 10.1590/1518-8345.4716.3443

2. Chiang, Y. C., Lee, C. H. y Huang, M. T. (2019). El papel de los asistentes de sala en el equipo de salud: percepciones de enfermeras y asistentes de sala. *Revista de Gestión de Enfermería*, 27(4), 769-776. doi: 10.1111/jonm.12755

3. Zadeh, M. H. F., Homaei-Shandiz, F. y Eslamian, J. (2016). El papel de los asistentes de sala de hospital en Irán: un estudio cualitativo. *Revista de Educación y Práctica de Enfermería*, 6(7), 1-6. doi: 10.5430/jnep.v6n7p1

Capítulo 143

LAS TRASLACIONES Y MOVILIDAD DE LOS USUARIOS POR EL CELADOR EN HOSPITAL

JOSE MARIA GOMEZ FERNANDEZ

PEDRO JAVIER CAMBRONERO RODRIGUEZ

KARINA KATRINA VICENTE RODRIGUEZ

ALBA SÁNCHEZ MOLINA

MARIA DEL CARMEN REDONDO PACHECO

1 Introducción

El celador es un profesional de la salud que tiene un papel importante en la atención y cuidado de los pacientes en un hospital o un centro médico. Su trabajo es asegurarse de que los pacientes reciban la atención necesaria y que sus necesidades básicas sean satisfechas.

En su relación con los pacientes enfermos, el celador juega un papel clave en la traslación y movilidad de estos pacientes. Esto incluye el transporte de pacientes en camillas o sillas de ruedas, lo que es esencial para garantizar que los pacientes reciban el tratamiento y las pruebas necesarias. El celador también brinda asistencia a los pacientes en su día a día, ayudándoles a caminar, vestirse y bañarse. Además, el celador supervisa el estado físico y emocional de los pacientes y brinda apoyo y tranquilidad tanto a los pacientes como a sus familias. Este papel

es fundamental en el proceso de recuperación de los pacientes, ya que un ambiente seguro y confortable puede tener un impacto positivo en su bienestar y en su capacidad para sanar.

El celador también es responsable de mantener un registro detallado de las actividades de los pacientes, incluyendo cualquier cambio en su estado físico o emocional. Este registro es importante para garantizar que los profesionales médicos tengan acceso a la información relevante y puedan brindar la atención adecuada.

2 Objetivos

Exponer y dar a conocer las importantes funciones en las traslaciones y movilidad de los usuarios por el celador en hospital

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 efectuado una búsqueda sistemática de libros, página de internet y también se han consultado artículos en las principales bases de datos seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El papel del celador en la atención de los pacientes enfermos es crucial para garantizar un ambiente seguro y confortable para su recuperación. Su trabajo consiste en brindar atención y cuidado a los pacientes, proporcionar asistencia en la traslación y movilidad, supervisar su estado físico y emocional y mantener registros detallados de sus actividades. Todo esto contribuye a garantizar una atención de calidad para los pacientes enfermos.

El celador es un profesional de la salud que tiene un papel importante en la atención y cuidado de los pacientes en un hospital o un centro médico. Su trabajo consiste en asegurarse de que los pacientes reciban la atención y cuidado necesarios para su recuperación. En su relación con los pacientes enfermos, el celador juega un papel clave en la traslación y movilidad de estos pacientes.

- Traslación de pacientes en camillas: Una de las principales responsabilidades del celador es el transporte de pacientes en camillas. Este proceso puede ser difícil,

especialmente si el paciente es mayor o tiene una lesión o enfermedad que dificulte su movilidad. El celador debe ser capaz de levantar y mover el paciente con seguridad y precaución, utilizando técnicas apropiadas y materiales de apoyo, como férulas o cabestrillos, si es necesario.

- Asistencia en la movilidad: Además de transportar a los pacientes en camillas, el celador también brinda asistencia a los pacientes en su día a día, ayudándoles a caminar, vestirse y bañarse. Esta asistencia es esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención y cuidado adecuados y puedan realizar sus actividades básicas de la vida diaria. El celador debe ser paciente y comprensivo, brindando apoyo y tranquilidad a los pacientes mientras les brinda la ayuda necesaria.
- Supervisión del estado físico y emocional: Además de proporcionar asistencia en la traslación y movilidad, el celador también supervisa el estado físico y emocional de los pacientes. Esto incluye observar signos de dolor, malestar o cambios en el estado de ánimo, y reportar cualquier anormalidad a los profesionales médicos. El celador también brinda apoyo emocional a los pacientes y a sus familias, proporcionando un ambiente seguro y confortable para su recuperación.
- Registro detallado de actividades: Finalmente, el celador es responsable de mantener un registro detallado de las actividades de los pacientes, incluyendo cualquier cambio en su estado físico o emocional. Este registro es importante para garantizar que los profesionales médicos tengan acceso a la información relevante y puedan brindar la atención adecuada.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la relación entre el celador y los pacientes enfermos es de gran importancia en la atención médica. El celador desempeña un papel clave en la traslación y movilidad de los pacientes, asegurándose de que reciban la atención y cuidado adecuados para su recuperación. Esto incluye brindar asistencia en la realización de actividades diarias, supervisar el estado físico y emocional de los pacientes, y mantener un registro detallado de sus actividades para garantizar una atención continua y efectiva.

Es importante destacar que el celador no solo brinda asistencia técnica, sino también brinda apoyo emocional a los pacientes y a sus familias, proporcionando un ambiente seguro y confortable para su recuperación. Además, el celador trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y de calidad.

6 Bibliografía

1. Pérez, M. A., Guerrero, E. R. y Sánchez, M. F. (2019). Funciones del celador en la movilización de los pacientes en el hospital. *Revista de Investigación en Enfermería*, 9(3), 14-21. doi: 10.5354/0719-1472.2019.55684
2. Martínez, E., Devesa, C. y Sánchez, S. (2016). El papel del celador en la movilización y traslado de pacientes. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(1), 33-39. doi: 10.1016/j.cali.2015.05.005
3. González-Valderrama, L. E. y Gómez-Moreno, G. (2018). Funciones del celador en la movilización y confort del paciente en el hospital. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería e Investigación*, 5(2), 25-33. doi: 10.21300/rseei.v5n2.124

Capítulo 144

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO DE CASTILLA LA MANCHA: SERVICIO DE OFTALMOLOGIA-CONSULTAS EXTERNAS

ANA MARÍA PEDRAZA HERVÁS

MARIA JUANA CAMACHO BAUTISTA

ADORACION DIAZ RUIZ

M TERESA CAMACHO ORTIZ

MARÍA DEL MAR ALONSO MUÑOZ

1 Introducción

El sustantivo femenino Oftalmología proviene del griego antiguo ὀφθαλμός ("ojo") y λόγος, tratado. Atendiendo a su etimología podríamos decir que la oftalmología es la parte de la medicina que trata a los pacientes con patologías en los ojos.

El ojo es uno de los órganos más complejos que forman el cuerpo humano y el órgano principal del sistema visual. El ojo transforma la luz que percibe en impulsos nerviosos que se reciben para su interpretación en el cerebro.

Partes del ojo:

- Capa externa, que está formada por la conjuntiva, la esclera y la córnea.
- Capa media, que está compuesta por el cristalino, el cuerpo ciliar y el iris.
- Capa interna, dentro de esta se incluyen la pupila, la retina y el humor vítreo.

En este capítulo vamos a referirnos al servicio de oftalmología de consultas externas. Una consulta de oftalmología donde se realiza un estudio de salud visual por parte del oftalmólogo. Este estudio visual puede prevenir enfermedades e incluso la ceguera,

Por línea general, todos deberíamos realizarnos exámenes periódicos de los ojos, pero esta necesidad es aún más importante si se cumple uno o varios de los siguientes factores:

- Tener más de 40 años.
- Padecer hipertensión o diabetes.
- Tener antecedentes familiares que han padecido glaucoma.

2 Objetivos

Poner en conocimiento las principales pruebas oftalmológicas que se llevan a cabo en las consultas externas que citamos los auxiliares administrativos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, funciones de los auxiliares administrativo para el servicio de oftalmología, oftalmología, etimología de oftalmología, ojo, estructura del ojo humano, principales pruebas que se llevan a cabo en las consultas externas de oftalmología.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, funciones de los auxiliares administrativo para el servicio de oftalmología, oftalmología, etimología de oftalmología, ojo, estructura del ojo humano, principales pruebas que se llevan a cabo en las consultas externas de oftalmología., artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

El servicio de oftalmología comprende: hospitalización, cirugía y consultas externas de oftalmología.

Si tuviéramos que especificar en todos los servicios las funciones que son desarrolladas por los auxiliares administrativos podríamos hacer una lista interminable, pero nos vamos a centrar en la función de citaciones de consultas y pruebas para el desarrollo adecuado de las consultas externas diariamente (que en muchas ocasiones conlleva llamar a pacientes para adelantar o cambiar una cita para el día siguiente).

En el desarrollo de esta función aparece terminología que aunque no tenemos la obligación de conocer, si es conveniente que al menos tengamos una ligera información sobre ella, por eso vamos a desarrollar las principales pruebas que se desarrollan en las consultas externas de oftalmología.

Principales pruebas que se realizan en el servicio de oftalmología de consultas externas:

Agudeza visual: consistente en determinar la capacidad de cada ojo para ver los objetos de un determinado tamaño y a una determinada distancia nítidamente.

Para ello se utilizan los optotipos (letras, números, dibujos de diferentes tamaños)

Campo visual: Este estudio se realiza a través de campimetría o perimetría que determinan cómo ve el ojo del paciente tanto en su parte central como en las zonas periféricas.

Test de Ishihara (las láminas de colores) que se utilizan para la detección del daltonismo y otras anomalías de la percepción del color

Test de visión binocular

Test de fijación foveal

Test de sensibilidad al contraste.

Topografía corneal que se utiliza para estudiar en profundidad la córnea del paciente.

Queratometría se utiliza para ver la curvatura de la córnea.

Tonometría consistente en medir la presión intraocular.

Paquimetría prueba que permite medir el espesor de la córnea.

Biometría prueba para medir la longitud del ojo desde el centro de la córnea al centro de la retina.

Refracción objetiva estudio que determina las dioptrías que tiene que tener un paciente(en las gafas o lentillas) para ver con nitidez.

5 Discusión-Conclusión

Como dice el refrán “ el saber no ocupa lugar”, los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario deberíamos ser conscientes que adentrarnos en el mundo sanitario es investigar en nuestro día a día, es decir tener la iniciativa propia de cada terminología que vemos ya sea de prueba, aparataje, etc ser investigada e integrarla a nuestros conocimientos que cada día deberían ser más amplios.

Es por eso, que creemos que es de suma importancia que los auxiliares administrativos que se encargan de citar a un paciente por ejemplo, para hacerse una campimetría sepa (no para explicársela al paciente que es cometido médico) en que consiste la prueba, que aparato se utiliza para realizarla y que información visual se obtiene con ella.

6 Bibliografía

Wikipedia. <https://es.wiktionary.org/wiki/oftalmolog>
<https://ocularis.es/instrumentos-de-exploracion-en-oftalmologia/>

Capítulo 145

FUNCIONES DEL CELADOR COMO ASISTENTE DEL PERSONAL ESTATUTARIO SANITARIO

OSCAR RUIZ ESCRIBANO

JUAN ANGEL PEREZ GARCIA

FLORENCIA LÓPEZ FERNANDEZ

MARÍA JUANA GARCÍA RAMOS

JUAN LUIS ASTILLEROS DÍAZ

1 Introducción

Tal y como viene recogido en la 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, concretamente en el artículo 9, el Personal Subalterno debe desarrollar cada una de las funciones propias de su categoría.

En dicho artículo se encuentran recogidas las especialidades profesionales existentes en la categoría de Personal Subalterno, encontrando una subdivisión. En dicha subdivisión, encontramos, por un lado, dentro de la escala general a los Jefes de Personal Subalterno y a los celadores. Por otro lado, dentro de la escala de servicio, se encuentran; fogoneros, limpiadoras, planchadoras, lavanderas y pinches.

Dentro de las instituciones sanitarias se encuentra la siguiente clasificación del personal profesional que desarrolla su actividad laboral en cualquier centro sanitario, teniendo en cuenta las funciones realizadas por cada categoría.

Personal estatuario sanitario.

Equipo médico.

Equipo de enfermería.

Técnicos superiores de laboratorio, radiodiagnóstico, y anatomía patológica.

Técnico medio de cuidados auxiliares de enfermería.

Personal estatutario no sanitario.

Personal de gestión y servicios.

Personal subalterno (celadores)

Los celadores tendrán a su cargo la función de auxiliar al personal sanitario estatuario, en aquellas tareas asistenciales que no conlleve hacer uso de material sanitario sobre el paciente.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones de asistencia llevadas a cabo por los celadores.

3 Metodología

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

4 Resultados

El equipo de personal subalterno es la única categoría que no debe estar en posesión de una titulación académica específica de las funciones que va a desarrollar, sin embargo, al igual que el resto del personal cualificado académicamente, debe reunir una serie de cualidades y aptitudes, necesarias para el desarrollo de sus funciones de manera óptima y eficaz.

Los celadores deberán poseer: cualidades físicas, para mantener el ritmo de trabajo. Cualidades intelectuales, para poder entender órdenes y analizar la mejor manera de realizarlas. Cualidades psíquicas: sabiendo mantener un control emocional y de nerviosismo. Y, por último, cualidades personales, teniendo humanidad y empatía con pacientes y familiares.

Las funciones de los celadores relacionadas con la asistencia al personal sanitario se encuentran recogidas en la orden 5 de julio de 1971, normativa vigente en la actualidad.

Dichas funciones son:

Auxiliar o ayudar a técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante el aseo del paciente o durante la preparación del paciente fallecido. La principal función de los celadores será la de movilizar al paciente.

Auxiliar o ayudar a técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con la movilización del paciente, durante la colocación y retirada de la cuña. Dicha función será desarrollada cuando el paciente no tenga las capacidades físicas adecuadas para moverse por él mismo.

Auxiliar o ayudar al equipo de enfermería durante la cura de heridas o retirada de puntos. Dicha función consistirá en la movilización del paciente para que el equipo de enfermería pueda desarrollar su función de manera adecuada.

Auxiliar o ayudar al equipo de enfermería durante la administración de medicamentos.

Dentro del área quirúrgica auxiliarán al personal sanitario en cada una de las funciones que le sean encomendadas, siempre que no suponga realizar una función correspondiente a otra categoría.

Auxiliar al equipo de radiología en la colocación y retirada de placas, cuando se esté realizando una placa con el aparato de rayos portátil.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Funciones del celador como asistente del personal estatutario sanitario” nos refleja, en primer lugar, la clasificación del personal subalterno, encontrando la escala general y la escala de servicio.

En segundo lugar, quedan reflejas las actitudes que deben reunir los celadores para poder desarrollar sus funciones en las instituciones sanitarias.

Y, en tercer lugar, se muestra las funciones desarrolladas por los celadores como ayudantes o auxiliares del personal estatutario sanitario. Cabe destacar la importancia de que son funciones de auxilio, por lo que en ningún momento se llevarán a cabo funciones correspondientes a otra categoría, pudiendo ser considerada dicha acción, intrusismo laboral.

6 Bibliografía

- GARRIDO, J.M. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada Logoss. 2013.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
- 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.
- Ley 55/2003 del 16 de Diciembre, Estatuto Marco del personal estatutario.
- Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.

Capítulo 146

EL CELADOR EN LOS CENTROS DE SALUD. LAS FUNCIONES REALIZADAS POR EL CELADOR

JUAN LUIS ASTILLEROS DÍAZ

OSCAR RUIZ ESCRIBANO

JUAN ANGEL PEREZ GARCIA

FLORENCIA LÓPEZ FERNANDEZ

MARÍA JUANA GARCÍA RAMOS

1 Introducción

El diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE), ha establecido el término celador en su primera acepción como “Que cela o vigila”. Del mismo modo, en su segunda acepción la academia establece que el celador es “aquella persona destinada por la autoridad competente en materia de sanidad para ejercer la vigilancia”.

Dentro de las diferentes categorías profesionales encontradas en las instituciones sanitarias (Categorías A hasta E), se encuentra la categoría de Personal subalterno, dependiente del feje de personal de gestión y servicios. A su vez, los celadores recibirán orden del jefe de personal subalterno, siendo estos sus superiores más inmediatos.

Los celadores desarrollan multitud de funciones dentro de su jornada laboral, a pesar no tener una formación académica reglada para ello. Sin embargo, dentro de la categoría de personal subalterno, se pueden encontrar grandes trabajadores que realizan su trabajo con gran profesionalidad, eficacia, eficiencia e inmediatez, siendo estas las características que deben reunir todos los trabajadores del sistema nacional de salud.

Las funciones de los celadores se encuentran regladas en la 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 Objetivos

- Conocer la Orden del 5 de julio de 1971 por el cual se establecen las funciones de los celadores en las instituciones sanitarias.
- Conocer las funciones llevadas a cabo en los centros de salud.
- Conocer la definición del término celador establecida por el diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE).

3 Metodología

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

4 Resultados

Funciones llevadas a cabo en los centros de salud.

- Trasladar comunicaciones orales, documentos, objetos o mobiliario de un servicio a otro dentro de la institución.
- Realizar servicios de guardias, establecidos en el sistema de turnos rotatorio.
- Cuidar del que los pacientes, usuarios, familiares o acompañantes no hagan un uso indebido de enseres o ropas de la institución sanitaria.
- Realizar la función de ascensorista cuando las circunstancias o necesidades del servicio así lo requiera.
- Vigilar y controlar el acceso dentro de la institución a personas no autorizadas.

- Vigilar en el turno de noche, las inmediaciones de la institución sanitaria, así como del interior del centro.
- Vigilar que las puertas de los servicios sanitarios se encuentran cerradas cuando no se lleva a cabo ninguna actividad médico-asistencial.
- Cuidarán de mantener silencio y orden dentro del centro sanitario.
- Comunicarán a sus superiores más inmediatos (jefes de personal subalterno) las anomalías encontradas en la limpieza o mantenimiento tanto de la institución como del material utilizado en él.
- Controlarán el acceso de familiares y acompañantes, limitando el acceso al número de personas establecidas por la dirección del centro sanitario.
- Controlar que no se fume dentro de la institución sanitaria, así como de los alrededores de la misma.
- Trasladar a los pacientes, que no puedan realizarlos por ellos mismos, de un servicio a otro dentro del centro sanitario.
- Auxiliar al equipo de enfermería o técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante la movilización de los pacientes.
- En ausencia del peluquero, rasurarán a los enfermos que vayan a ser intervenidos de una cirugía menor en el centro sanitario.
- Realizar aquellas funciones análogas encomendadas por sus superiores dentro de la institución sanitaria.
- No realizarán comentarios sobre los diagnósticos de los pacientes, evitando dar ningún tipo de información sobre el tratamiento que va a recibir.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en los centros de salud. Las funciones realizadas por el celador” nos ha aportado multitud de información de la categoría de personal subalterno, que es desconocida en gran parte por los pacientes y usuarios del sistema nacional de salud.

Por un lado, se ha mostrado la evidencia de que los celadores a pesar de ser una parte importante en cuanto a número de profesionales y multitud de funciones realizadas dentro de las diferentes instituciones sanitarias, no han recibido una formación académica reglada por el ministerio de Educación.

Y, por otro lado, se ha mostrado la gran variedad de funciones que realizan esta categoría profesional.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
3. 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.
4. Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.

Capítulo 147

EL CELADOR CON EL PACIENTE FALLECIDO. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE FALLECIDO.

MATILDE FLORES GARCIA

ADRIÁN ROMANCE DÍAZ

CRISTINA MARTÍNEZ GREGORIO

FEDERICO GALDON IÑIGUEZ

MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ BLÁZQUEZ

1 Introducción

A continuación, se va a proceder a definir una serie de términos con los que debe estar familiarizado el celador a la hora de desarrollar su actividad profesional con los pacientes fallecidos.

Para definir estos términos nos ayudaremos del manual del celador: Temario de celadores del servicio de salud de Castilla-La Mancha. Centro de estudios Adams (2007).

El manual establece los siguientes sinónimos para el término exitus: muerte, deceso, defunción u óbito.

Dicho manual define el término mortuorio como “La institución anexa al centro sanitario donde se prestan servicios funerarios”.

El término cadáver es definido como “Cuerpo humano durante los cinco años posteriores a la muerte de una persona”.

El término depósito de cadáveres es definido como “La ubicación donde son llevados los recién fallecidos desde el centro sanitario o domicilio, hasta que son trasladados al destino final del fallecido.

El término restos cadavéricos es definido como “Los restos del cuerpo humano transcurridos los cinco primeros años del fallecimiento”.

Tal y como aparece en la Orden del 5 de Julio de 1971, concretamente en el artículo 14.2.19.- los celadores “Ayudarán a las Enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio”.

2 Objetivos

- Conocer la Orden del 5 de Julio de 1971, en la cual se encuentra el artículo 14.2.19, donde quedas establecidas las funciones del celador con el paciente fallecido.
- Desarrollar una breve explicación sobre la actuación del celador durante la preparación del paciente fallecido en un centro sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tal y como se ha mencionado anteriormente, la principal función del celador durante la preparación del paciente recién fallecido se limita a ayudar al equipo de enfermería y, por lo tanto, al técnico en cuidados auxiliares de enfermería, durante el amortajamiento del paciente fallecido. Sin embargo, el celador tendrá la función exclusiva de trasladar al paciente fallecido al mortuorio o tanatorio del centro sanitario.

La actuación de amortajar al paciente fallecido consiste en preparar el cuerpo para que pueda ser velado por sus familiares. En la actualidad, esta actuación es llevada a cabo por los servicios funerarios contratados por los familiares del fallecido, sin embargo, en los centros hospitalarios se realizarán unas actividades previas a esa preparación en profundidad del cuerpo.

ACTUACIONES PREVIAS A LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE FALLECIDO

Constatar que el paciente ha fallecido, para ello se realizará un electro y se llamará al médico para certificar la muerte del paciente.

Mantener la intimidad del fallecido y su familia, solicitando a las personas que se encuentren en los pasillos, que desalojen el pasillo.

Si el fallecido ha compartido habitación con otro paciente, pedir a los familiares que abandonen la habitación y esperen en la sala de espera.

PREPARACIÓN DEL CADÁVER

Mantener la intimidad del recién fallecido y colocar biombos o cortinas para que el compañero de habitación no vea nada.

Preparar todo el material necesario antes de proceder con la preparación del cadáver.

Utilizar guantes desechables. Si el paciente se encontraba en aislamiento por contacto, gotas, respiratorio... el personal profesional deberá utilizar guantes, mascarilla y batas desechables.

El equipo de enfermería retirará todos los dispositivos que tenga conectados el fallecido (bombas, medicación, sondas, drenajes, vías...)

El TCAE retirará los objetos personales, guardándolos en una bolsa con una pegatina identificativa del paciente, para ser entregados a sus familiares.

El TCAE aseará al paciente, retirando el pañal si tuviese el paciente y colocando uno limpio. El celador movilizará al paciente durante esta actuación.

Se taponarán los orificios para que el cuerpo no pueda expulsar líquidos, secreciones, sangre, etc.

Se posicionará al paciente en la posición anatómica básica de decúbito supino, con todos los miembros estirados.

Se cubrirá la paciente con una sábana, dejando la cara descubierta.

Se procederá a introducir el cuerpo en el sudario. El celador movilizará al paciente para que el tcae puede introducir al paciente.

Se colocará una pegatina identificativa encima del sudario.

Se cubrirá el sudario con una sábana limpia encima.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador con el paciente fallecido. La actuación del celador durante la preparación del paciente fallecido” nos ha demostrado la función que tienen que llevar a cabo los celadores con los pacientes fallecidos, siendo una función reglada en la Orden del 5 de julio de 1971.

Del mismo modo, se ha conseguido hacer una breve aproximación a la terminología utilizada en los centros sanitarios al referirse a los pacientes fallecidos, destacando la importancia del celador de conocer dicha terminología para poder realizar su actividad profesional.

Por otro lado, se ha procedido a explicar las actuaciones previas y las actuaciones durante la preparación del cadáver, en las que el celador deberá movilizar el cadáver cuando sea indicado por el equipo de enfermería o tcae.

6 Bibliografía

- 1- Cordon, F., Garrido, J.M, Torres, A. El celador ante el paciente geriátrico. España. Formación continuada logoss. 2013.
- 2- Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.
- 3- GARRIDO, J.M. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada Logoss. 2013.
- 4- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.
- 5- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
- 6- 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.
- 7- Temario de celadores del servicio de salud de Castilla-La Mancha. España. Centro de estudios Adams. 2007.

Capítulo 148

EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS. FUNCIONES DEL CELADOR AUXILIAR DE AUTOPSIAS

ADRIÁN ROMANCE DÍAZ

CRISTINA MARTÍNEZ GREGORIO

FEDERICO GALDON IÑIGUEZ

MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ BLÁZQUEZ

MATILDE FLORES GARCIA

1 Introducción

Desde 1981 existe un puesto específico para el personal subalterno que desarrolla sus funciones en la sala de autopsias de los tanatorios de los centros hospitalarios. La Dirección General del INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) por resolución de 22 de mayo de 1981, creó un puesto específico para la sala de autopsias denominado “Celador auxiliar de autopsias”. Dicho puesto sería retribuido con complementos adicionales junto a los que ya se tienen retribuidos en la categoría de celador.

Haciendo referencia a la 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, será función del celador:

Ayudarán a las Enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario. (Art 14.2.19) Función llevada a cabo por todo el personal subalterno.

Ayudarán a la práctica de autopsias en aquellas funciones auxiliares que no requieran por su parte hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala. (Art 14.2.20) Función llevada a cabo por el Celador auxiliar de autopsias.

Durante la realización de este capítulo científico, se hará una breve síntesis de las funciones llevadas a cabo por los celadores auxiliares de autopsias en las salas de autopsias.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de los celadores en relación a los pacientes fallecidos y las salas de autopsias de los tanatorios ubicados en los centros sanitarios.
- Desarrollar una breve explicación sobre las tareas llevadas a cabo por los celadores auxiliares de autopsias dentro de las salas de autopsias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las autopsias realizadas en los tanatorios de los centros hospitalarios tendrán la finalidad de descubrir la causa de la muerte de un paciente fallecido, mediante el estudio de la anatomía o patología por la cual ha fallecido el enfermo.

Las funciones de los celadores auxiliares de autopsias durante la realización de las mismas serán las siguientes:

Trasladar el cadáver desde el túmulo, depósito o cámara frigorífica hasta la mesa de autopsias.

Comprobar la identificación del cadáver, al cual se le va a realizar la autopsia, con la documentación clínica y el documento de petición de la autopsia.

Impedir la entrada de personas ajenas al servicio de anatomía patológica y de los servicios funerarios.

Prohibir comportamientos ociosos o morbosos por cualquier persona que va a intervenir en la realización de la autopsia, pidiendo una actuación basada en el respeto hacia el recién fallecido.

Movilizar el cadáver para colocarlo en la mesa de autopsias. Colocarlo en posición de decúbito supino, con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo.

Realizar la preparación del cadáver, dejando el cadáver desnudo sobre la mesa de autopsias.

Auxiliar al médico forense o al médico especializado en anatomía patológico en aquellas tareas que le sean encomendadas.

Realizar las prácticas instrumentales sobre el cadáver no especializadas, que le sean ordenas por sus superiores y que no conlleve hacer uno del instrumental sobre el mismo.

Pesar órganos.

Realizar anotaciones.

Introducir restos humanos en cubos herméticos para su futura incineración, por parte de los servicios funerarios.

Rellenar con papel el cadáver una vez finalizada la autopsia.

Asear el cadáver al finalizar la autopsia, dejando al cadáver visible para los familiares.

Realizar la limpieza del material, mesa y sala de autopsias.

Trasladar las muestras a anatomía patológica o a los laboratorios determinados.

Trasladar la documentación sobre el resultado de biopsias, citologías y autopsias.

Cualquier actividad análoga que le sea encomendada por sus superiores dentro del servicio de anatomía patológica y de la sala de autopsias.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en la sala de autopsias. Funciones del celador auxiliar de autopsias” nos han demostrado las funciones de los celadores respecto a los pacientes fallecidos y respecto a su actuación en la sala de autopsias.

Del mismo modo, se ha conseguido hacer una breve aproximación de la actividad llevada a cabo por el celador auxiliar de autopsias dentro de la sala de autopsias.

Es importante recordar, que desde 1981 hay un celador adscrito al servicio de anatomía y sala de autopsias especializado en la materia, siendo el equipo de anatomía patológica y el equipo forense, los encargados de instruir a dicho celador, puesto que los celadores no tienen una formación académica reglada.

6 Bibliografía

- BUIGUES, F. TORRES, J. MASS, G. Paciente terminal. Guía de actuación clínica a Atención Primaria.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
- 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.
- Temario de celadores del servicio de salud de Castilla-La Mancha. España. Centro de estudios Adams. 2007

Capítulo 149

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS. FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE DURANTE LA REALIZACIÓN DE GASTROSCOPIAS Y COLONOSCOPIAS

CRISTINA MARTÍNEZ GREGORIO

FEDERICO GALDON IÑIGUEZ

MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ BLÁZQUEZ

MATILDE FLORES GARCIA

ADRIÁN ROMANCE DÍAZ

1 Introducción

A continuación, se va a llevar a cabo una breve aproximación de las funciones llevadas a cabo por los celadores asignados en el servicio de endoscopias, sin embargo, antes de comenzar con el desarrollo de la temática a tratar, es necesario definir una serie de conceptos que permite una comprensión clara y absoluta del tema desarrollado.

Para definir estos conceptos nos ayudaremos del diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE).

Endoscopia (endo- y scopia) se dice de la técnica utilizada en medicina para realizar una exploración visual de una cavidad o conducto del organismo.

La gastroscopia es definida como “la realización de una endoscopia del estómago”.

Mientras que la colonoscopia (Del inglés colonoscopy), se entiende como el examen óptico del colon por vía anal.

Por otro lado, la biblioteca nacional de medicina, a través de Medline plus, hace la siguiente definición del concepto endoscopia.

“Una endoscopia es un procedimiento que permite que el médico vea el interior de su cuerpo. Utiliza un instrumento llamado endoscopio o tubo visor. Los endoscopios tienen una cámara diminuta unida a un tubo largo y delgado. El médico lo mueve a través de una cavidad, órgano hueco o apertura del cuerpo para ver el interior de un órgano”.

2 Objetivos

- Definir los conceptos de endoscopia, gastroscopia y colonoscopia.
- Llevar a cabo una breve aproximación sobre la actuación del celador con los pacientes durante la realización de una gastroscopia o colonoscopia.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el servicio de endoscopias de un centro hospitalario participan las siguientes categorías profesionales:

- Anestesta, encargado de suministrar al paciente la dosis necesaria para sedar al paciente durante la realización de una gastroscopia o colonoscopia.

- Médico especializado en el aparato digestivo, encargado de realizar la técnica exploratoria.

Enfermero, encargado de ayudar al anestesta o digestivo médico durante los procesos de gastroscopia o colonoscopia.

- Técnico en cuidado auxiliares de enfermería, encargado de auxiliar al equipo médico y al equipo de enfermería. Se encargará de preparar al paciente y de recoger las muestras obtenidas de la exploración para ser mandadas al servicio de anatomía patológica.

- Auxiliar administrativo, encargado de programar las consultas y citas de los pacientes.

Celador, cuyas funciones veremos a continuación.

Es un dispositivo médico con una luz incluida que se utiliza para mirar dentro de una cavidad u órgano corporal. Este dispositivo se introduce a través de una abertura natural, como la boca para una broncoscopia, o el recto para una sigmoidoscopia.

Funciones de los celadores del servicio de endoscopias:

- Recoger de la secretaria del servicio la lista de los pacientes programados que se encuentran ingresados.

- Trasladar a los pacientes de la lista de pacientes programados que se encuentren en las plantas de hospitalización hasta el servicio de endoscopias. Este traslado se deberá realizar en cama, ya que los pacientes son sedados y al finalizar las pruebas se encuentran un poco dormidos.

- Trasladar a los pacientes que han sido intervenidos desde el servicio de endoscopias hasta las plantas de hospitalización.

Trasladar aquellos pacientes del servicio de urgencias que han sido intervenidos de urgencia al box dónde se encontraba recibiendo asistencia médica.

- Trasladar las muestras biológicas al servicio de anatomía patológica.

- Trasladar las citaciones a los pacientes ingresados en las plantas de hospitalización.

- Colocar al paciente en la posición solicitada por el equipo médico antes de comenzar la sedación.

- Sujetar al paciente durante la realización de la gastroscopia y/o colonoscopia. A pesar de recibir sedación muchos pacientes realizan movilizaciones involuntarias durante la introducción del gastroscopio, por lo que se precisa la ayuda del celador para inmovilizar al paciente.

- Realizar aquellas funciones análogas que le sean encomendadas por sus superiores y las cuales no supongan hacer uso de material sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en el servicio de endoscopias digestivas. Funciones del celador con el paciente durante la realización de gastroscopias y colonoscopias” nos ha mostrado las categorías profesionales que desempeñan sus funciones en el servicio de endoscopias, y a las cuales tendrá que auxiliar el celador de la unidad. Por otro lado, se ha realizado una breve aproximación de las funciones llevadas a cabo por el celador de la unidad, pudiendo destacar dos funciones generalizadas, por un lado, el traslado, ya sea de material, documentación, muestras biológicas y por supuesto de pacientes y, por otro lado, la movilización del paciente que va a ser intervenido.

6 Bibliografía

1. Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.
3. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
4. 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.
5. Temario de celadores del servicio de salud de Castilla-La Mancha. España. Centro de estudios Adams. 2007.

Capítulo 150

EVALUACIÓN EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

MARÍA FERNÁNDEZ BERNARDO

BARBARA GARCÍA ALVAREZ

1 Introducción

El objetivo principal que se debe plantear a la hora de realizar una evaluación psiquiátrica debe ser la búsqueda de una serie de indicadores que puedan ayudarnos a identificar adecuadamente la patología presente en el usuario, que nos permitan llevar a cabo un abordaje apropiado y, por tanto, anticiparnos a su pronóstico.

Los puntos clave a tener en cuanto a la hora de realizar una evaluación del paciente psiquiátrico debe ser la observación y el diálogo basado en la comunicación activa. La información que obtenemos al realizar esta valoración viene dada por dos fuentes principales: el propio usuario con el que realizamos la entrevista y otras personas cercanas (personal sanitario, familiares, etc.).

A la hora de valorar la información que nos aportan, es importante ser consciente de la posible veracidad de la misma, ya que el paciente puede mentir, ocultar datos, realizar modificaciones de los hechos, etc. Por otro lado, el resto de personas que aportan información y colaboran con nosotros a la hora de realizar esta valoración también puede distorsionar los datos (de forma consciente o inconsciente).

A pesar de que el examen psiquiátrico no debe estar cerrado a un esquema premeditado y sistemático, sí que debemos estructurar y organizar los datos recogidos del paciente.

2 Objetivos

- Describir los puntos teóricos principales para realizar una correcta valoración del paciente psiquiátrico.
- Conocer algunas recomendaciones a tener en cuenta para llevar a cabo dicha evaluación.

3 Metodología

Para la elaboración de este documento y capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo. Se han empleado los booleanos AND, NOT, OR. Posteriormente, se han seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El comportamiento del usuario durante la evaluación puede ser una fuente muy valiosa de información. Debe valorar un conjunto de aspectos: la presentación del usuario (su forma de hablar, de sentarse, sus movimientos, su mirada, etc.); la relación del paciente con el entorno (capacidad de expresar sentimientos, su visión de las preocupaciones, etc.); el lenguaje que emplea (grado de comunicación, coherencia en el diálogo, variabilidad de vocabulario, etc.).

Además, el uso complementario de test psicológicos nos permite perfilar y comprobar los datos recogidos durante la valoración física y la entrevista directa con el paciente para identificar de forma adecuada la patología presente en cada situación. Los test más conocidos son el test de inteligencia y el test de personalidad.

El test de inteligencia no mide la inteligencia como tal, sino que mide las capacidades, aptitudes y conocimientos de cada individuo. También son conocidos como test de rendimiento o test de aptitudes. Su objetivo principal es hacer coincidir una edad mental con otra cronológica. La edad mental hace referencia al cociente intelectual, que resulta de dividir la edad mental del individuo entre su edad cronológica. En función de los resultados objetivos se clasifica a los usuarios de la siguiente forma:

- Cociente intelectual superior a 1 implica un nivel mental superior.
- Cociente intelectual entre 1 y 0,8 implica variantes normales.
- Cociente intelectual inferior a 0,8 implica necesidad de educación especial.

Por otro lado, el test de personalidad o test proyectivo pretende indagar en los conflictos interiores que se reflejan en el comportamiento de cada usuario. A pesar de que son sencillos de emplear, su uso se reduce en algunos casos debido a la dificultad que supone la interpretación de sus resultados.

El correcto uso de este tipo de pruebas complementarias por un equipo multidisciplinar, es decir, su aplicación exhaustiva y minuciosa, hará que la información sea determinante a la hora de diagnosticar y tratar cada una de las patologías presentes.

5 Discusión-Conclusión

La primera toma de contacto entre el personal sanitario y el paciente psiquiátrico es fundamental para una correcta recopilación de información.

Realizar una valoración física previa a la entrevista también forma parte de la valoración global psiquiátrica. Deben inspeccionarse los brazos, las piernas, el tórax, los pies, la cabeza, el cuello, etc.

La evaluación psiquiátrica se centrará en valorar aquellas circunstancias que se dan durante la entrevista como, por ejemplo, lenguaje, coherencia del pensamiento, inteligencia, memoria, etc.

Los test (sobre todo de inteligencia y de personalidad) pueden aportarnos datos que complementen nuestra valoración, por lo que debe tenerse muy presente su utilidad e importancia.

6 Bibliografía

López-Santín JM, Álvaro Serón P, Molins Gálvez F. Cambios formales en la entrevista psiquiátrica: ¿qué hay de fondo? Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría ;35(126):277-87.

Vázquez Barquero JL, Herrera Castanedo S, Gaité L. La entrevista estructurada en Psiquiatría. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1 de enero de 1993;13(44):019-028-028.

Fidel Kinori SG, Alcántara Tadeo A, Castan Campanera E, Costa Requena G, Díez Quevedo C, Lligoña Garreta A, et al. Protocolo unificado para la evaluación psiquiátrica y psicológica de candidata trasplante de órganos y tejidos, PSI-CAT. Rev Psiquiatr Salud Ment. 1 de julio de 2015;8(3):130-6.

Aparicio D. Evaluación y prevención del riesgo suicida [Internet]. Psyciencia. 2018 [citado 13 de febrero 2023].

Capítulo 151

GRANULOMA RENAL TRAS TERAPIA INTRAVESICAL CON BACILO CALMETTE-GUÉRIN POR CÁNCER DE VEJIGA. A PROPÓSITO DE UN CASO

MAITE MIQUELEIZ LEGAZ

MARINA SAZATORNIL ESCUER

MICAELA ASIAIN URMENETA

INÉS BEZANA ABADÍA

1 Introducción

Todos los pacientes intervenidos de cáncer de vejiga no musculoinfiltrante deben recibir tratamiento adyuvante, bien con quimioterapia o con inmunoterapia, ya que esto disminuye un 14% el riesgo de recidiva. En 1990 la FDA (Food and Drug Administration) aprobó el uso de la inmunoterapia con BCG intravesical en el cáncer vesical. Se trata del tratamiento estándar para el tratamiento adyuvante del cáncer de vejiga no músculo infiltrante de alto riesgo y recientemente también se ha aprobado para pacientes de riesgo intermedio. Ha demostrado superioridad sobre la resección transuretral (RTU) en monoterapia y sobre el uso de quimioterapia adyuvante intravesical, reduciendo del riesgo de recidiva y progresión de tumores con estadios T1, Ta de alto grado y CIS (1). El tratamiento debe administrarse siguiendo un esquema con una primera fase de inducción y una

segunda de mantenimiento. El mantenimiento durante tres años se ha visto que es mas efectivo que el mantenimiento durante un año en paciente de alto riesgo, aunque este beneficio no se ha demostrado en pacientes de riesgo intermedio. Pese al beneficio de esta terapia, existen ciertas complicaciones, algunas de ellas severas, que pueden aparecer a lo largo del tratamiento y después del mismo. El caso que presentamos es un granuloma renal que debutó días después del inicio de la inmunoterapia con BCG.

2 Objetivos

1. Conocer los granulomas renales tras BCG, una complicación poco común de una terapia que se usa de manera frecuente en pacientes con cáncer vesical.
2. Plantear el diagnóstico diferencial de una masa renal de nueva aparición en un paciente que ha recibido BCG que esta pueda tratarse de un granuloma renal y llevar a cabo las pruebas complementarias pertinentes para llegar al diagnóstico definitivo.

3 Caso clínico

Varón de 61 años valorado en consulta en 2009 por síntomas irritativos miccionales junto con hematuria. No era fumador y el cultivo de orina solicitado desde atención primaria fue negativo. Se realizó una ecografía vesical en consulta que no mostraba lesiones en la vejiga y una ecografía renal sin patología. Se completó estudio con una cistoscopia se evidenció una placa eritematosa en retromeato derecho sospechosa de malignidad. Se realizó RTU de la placa y del meato ureteral derecho con diagnóstico anatomopatológico de tumor vesical estadio pT1GII. Se completó estadiaje con URO-TAC sin evidencia de enfermedad diseminada y se trató con Mitomicina intravesical.

En 2011 se observó una nueva área eritematosa sospechosa de recidiva que se biopsió, con anatomía patológica estadio pTaGI-II+CIS (Carcinoma In Situ). Al tratarse de un estadio de alto grado se inició inmunoterapia con BCG.

Tras la segunda dosis de BCG, el paciente acudió a urgencias por mal estado general y fiebre de hasta 40° realizándose una ecografía con hallazgo de masa renal derecha. Se completó estudio con cultivos de orina y sangre para micobacterias, con resultado negativo, y TAC que mostraba masas renales sólidas corticales compatibles con granulomas post-BCG. Recibió tratamiento antituberculoso con isoniacida + rifampicina + etambutol paciente durante 9 meses.

En el TAC de control tras finalizar el tratamiento, las lesiones habían disminuido un 50% y posteriormente, a los 3 años, habían desaparecido casi en su totalidad. En 2014 el paciente se intervino de cistectomía radical con reconstrucción ortotópica tipo Camey por tumor vesical CIS recidivante, y en 2020 se le realizó una nefroureterectomía izquierda por un tumor de vía urinaria superior izquierda. Finalmente el paciente falleció por progresión de la enfermedad inicial en septiembre de 2021.

4 Discusión-Conclusión

El uso de BCG intravesical como tratamiento adyuvante tras la RTU está indicado en casos de tumores vesicales no músculo infiltrantes de alto riesgo. El uso de esta inmunoterapia no es inocuo, sino que se han descrito complicaciones tanto locales como sistémicas asociadas al uso de BCG que incluyen neumonitis, hepatitis, artritis, sepsis fiebre, hematuria, disuria e infección, entre otros (2).

La infección se presenta de forma distinta según el momento en el que se produce: temprana o tardía. Se considera infección temprana aquella que aparece cuando han transcurrido menos de 3 meses tras la primera administración de BCG; característicamente causa síntomas sistémicos y puede afectar al hígado y/o al pulmón, en los cultivos se aísla BCG solo en el 30% de los casos. Se considera infección tardía aquella que se presenta más de un año después del inicio del tratamiento, y suele afectar localmente el tracto genitourinario (3), bien por diseminación local o hematógena, y en áreas características de diseminación tuberculosa (vértebras o retroperitoneo).

A nivel renal pueden aparecer nefritis intersticial crónica, abscesos y granulomas renales. Estos últimos son extremadamente infrecuentes y se presentan tan solo en el 0.1% de los pacientes que reciben BCG intravesical (4). Los granulomas renales a veces aparecen como lesiones expansivas con efecto masa, imitando a neoplasias renales, por ello es muy importante su diagnóstico diferencial.

Aunque la mayor parte de efectos adversos ocurren dentro de los primeros 6 meses tras el tratamiento, se han llegado a observar efectos secundarios locales y sistémicos durante los primeros 1 a 3 años de tratamiento con BCG de mantenimiento. Por lo tanto, debe considerarse la posibilidad de un granuloma renal si la lesión aparece más de 6 meses después del inicio de la terapia con BCG (5).

Existen dos mecanismos propuestos para el desarrollo de granulomas tras terapia con BCG:

Siembra directa por reflujo vesicoureteral: se ha demostrado reflujo vesicoureteral hasta en el 77% de los casos cuando la resección es cercana al meato ureteral (6). Las cicatrices residuales son observadas más frecuentemente en el polo superior renal, porque tienden a ser afectados más frecuentemente.

Diseminación hematógena: afecta a órganos distantes como el pulmón, el hígado o los tejidos blandos.

El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen. El granuloma por BCG se ha descrito como una masa hipointensa en TC con contraste y de alta intensidad en RNM en imágenes ponderadas en T2. En el diagnóstico diferencial de este tipo de masas también debe incluirse el carcinoma papilar, que presenta un realce homogéneo y gradual en TC y baja intensidad en imágenes en T2, y el carcinoma de células renales, que presenta un realce heterogéneo en TC y alta intensidad de señal en T2 y en difusión. El aumento de captación de 18F-FDG se observa tanto en granulomas por BCG como en el carcinoma renal de células claras (5) (Tabla 1). Senés et al. describieron el “signo del cáliz central no afectado” (7), que podría ser útil a la hora de diferenciar el granuloma renal por BCG de un tumor maligno. El cáliz renal que se encuentra en el centro del granuloma permanece normal, y es visible en la fase de eliminación del TC, mientras que un tumor maligno tiende a desplazar y/o destruir los cálices adyacentes.

Por todo ello, el hallazgo de una masa renal sólida con captación de contraste en un paciente con historia de terapia intravesical con BCG, siempre debe hacernos considerar el granuloma renal en el diagnóstico diferencial. Como diagnóstico de certeza, si fuera necesario, podría realizarse una biopsia renal, la cual revelará en la anatomía patológica inflamación granulomatosa (8).

El tratamiento del granuloma renal por BCG se basa en fármacos antituberculosos, nefroureterectomía, o bien una combinación de ambas. La mayoría de los casos de granuloma por BCG documentados fueron tratados con antituberculosos. Green DB et al documentaron que los corticoides y los antituberculosos eran los tratamientos preferidos para el tratamiento de esta entidad (9). Sin embargo, se han descrito casos de granuloma renal asintomático que se han resuelto espontáneamente sin necesidad de tratamiento: Al-Qaoud et al indicaron que la ausencia de síntomas sistémicos y fiebre es lo que les permitió el manejo de manera conservadora (6).

La reducción de la dosis de BCG no parece útil en la prevención de complicaciones. De hecho, no hubo diferencia en la toxicidad para un tercio de la dosis y la dosis completa de BCG, pero sí que existían diferencias estadísticamente sig-

nificativas en la tasa de recurrencia, especialmente cuando se administra solo un año. Además, se ha demostrado que la profilaxis con isoniazida durante las instilaciones de BCG no proporciona ningún beneficio en lo que respecta a efectos secundarios (10).

5 Bibliografía

- Kassouf W, Kamat AM, Zlotta A, Bochner BH, Moore R, So A, et al. Canadian guidelines for treatment of non-muscle invasive bladder cancer: a focus on intravesical therapy. *Can Urol Assoc J*. 2010;4(3):168–73.
- Lamm DL, van der Meijden PM, Morales A, Brosman SA, Catalona WJ, Herr HW, et al. Incidence and treatment of complications of bacillus Calmette-Guerin intravesical therapy in superficial bladder cancer. *J Urol*. 1992;147(3):596–600.
- Holmes, B.J.; LaRue, R.W.; Black, J.H. et al. Mycotic aortic aneurysm due to intravesical BCG immunotherapy: Clinical manifestations and diagnostic challenges. *Int J Mycobacteriol*. 2014; 3: 60-65
- Modesto A, Marty L, Suc JM, Kleinknecht D, de Frémont JF, Marsepoil T, et al. Renal complications of intravesical bacillus Calmette-Guérin therapy. *Am J Nephrol*. 1991;11(6):501–4.
- Narita K, Akita H, Kikuchi E, Nakahara T, Okuda S, Nakatsuka S, et al. Biopsy-diagnosed renal granuloma after intravesical bacillus Calmette-Guérin therapy for bladder carcinoma: a case series and review of the literature. *BJR Case Rep*. 2019;5(4):bjrcr.20190012.
- Al-Qaoud T, Brimo F, Aprikian AG, Andonian S. BCG-related renal granulomas managed conservatively: A case series. *Can Urol Assoc J*. 2015;9(3–4):E200-3
- Senés AT, Badet L, Lyonnet D, Rouvière, O. Granulomatous renal masses following intravesical bacillus Calmette Guérin therapy: the central unaffected calyx sign. *Br J Radiol* 2007; 80: e230–3
- Senad Bajramovic^{1,2}, Jasmin Alic¹, Edna Skopljak², Adisa Chikha³, Sanela Vesnic⁴, Velda Smajilbegovic⁵, Damir Aganovic¹ *MED ARCH*. 2020 APR; 74(2): 146-150
- Green DB, Kawashima A, Menias CO, Tanaka T, Redelman-Sidi G, Bhalla S, et al. Complications of intravesical BCG immunotherapy for bladder cancer. *Radiographics* 2019; 39: 80–94.
- Witjens, A.C.; Witjes, J.A. Clinical Case Discussion: Mycotic Aortic Aneurysm and Psoas Abscess as a Complication of Bacillus Calmette-Guérin Instillations. *Eur Urol Focus* (2016); EUF-143

Capítulo 152

LA VIOLENCIA DE GÉNERO PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

DERLIS ROSA CUEVAS RUIZ DÍAZ

ROCIO CASTRO VILLEN

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.

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 establecido

El 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.

2 Objetivos

Identificar la violencia

Tener conocimiento de como actuar en caso de violencia

Metododos de identificacion y campañas de prevención de la violencia

3 Metodología

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

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, 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.

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. 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

Wikipedia

Salud.net

Ley violencia genero