

Manual de **Patologías y Protocolos de Urgencias Sanitarias**



**LIBRO
ELECTRÓNICO**

V Edición
Científica Libros
Electrónicos
Octubre 2022



**Respaldo y Revisión
por Sociedad Científica**



Manual de Patologías y Protocolos de Urgencias Sanitarias

1ª Edición

© Publicado por Editorial WikScience, 2022.

© Copyright de los textos: Sus autores.

Fecha de publicación: 28 de Noviembre de 2022.

ISBN: 978-84-19280-30-5

Producción editorial e impresión: WikScience.

Reservados todos los derechos. No se permite la venta ni 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 sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual de los mismo. Todos los autores han confirmado a la Editorial WikScience 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 todo tipo de opiniones, investigaciones, textos e iconografía propios de los autores y facilitados por ellos mismo bajo su exclusiva responsabilidad; no asumiendo WikScience ni SOCINMULSA ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha obra. El contenido del libro no sienta bases terapéuticas ni algoritmos diagnósticos que se deben seguir en la práctica clínica diaria y no debe usarse para tomar ninguna decisión clínica sin cotejar con el resto de la bibliografía científica existente.

El contenido de este trabajo tiene el único objetivo de promover investigaciones científicas generales, la comprensión y el debate, no debe considerarse como que recomienda o promueve un método, diagnóstico o tratamiento específico. Ni el editor ni el autor asumen responsabilidad alguna en cuanto a daños resultados de lo que aquí se ha expresado. Si bien se ha realizado todo lo posible para verificar la información provista en esta publicación, ni el autor ni el editor asumen ninguna responsabilidad por error, omisiones o interpretaciones contrarias del contenido del presente libro.

Al ser un libro electrónico, no requiere depósito legal.

Índice

Capítulos	Títulos	Páginas
1	EL TÉCNICO SUPERIOR EN RADIODIAGNÓSTICO PARA DETECTAR LA HERNIA DE HIATO	3
2	LA RADIOLOGIA DIAGNOSTICA DE LA NEUMONIA POR SARS-COV -2 (COVID 19)	5
3	CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA	8
4	DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DEL NEUMOTÓRAX Y SU APLICACIÓN	10
5	PATOLOGIA RENAL CRONICA	14
6	EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS	18
7	EL CELADOR EN EL TRANSPORTE SANITARIO	20
8	LA REPERCUSIÓN DE LA PANDEMIA SOBRE LOS TRABAJADORES HOSPITALARIOS	23
9	LA UTILIDAD DE LOS ARTEFACTOS ECOGRÁFICOS EN EL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	26
10	LA ARTRITIS REUMATOIDE Y SUS DIFERENTES INDICIOS	29
11	LA CONIZACIÓN CERVICAL EN LA MUJER	32
12	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE LAS ENFERMEDADES TIROIDEAS	35
13	SITUACIONES DE EMERGENCIA EN CENTROS SANITARIOS: CONOCER LAS MÁS HABITUALES Y CÓMO DEBE ACTUAR ANTE ELLAS EL PERSONAL NO SANITARIO	39
14	SITUACIONES DE EMERGENCIA EN CENTROS SANITARIOS: CONOCER LAS MÁS HABITUALES Y CÓMO DEBE ACTUAR ANTE ELLAS EL PERSONAL NO SANITARIO	43
15	LA ENFERMEDAD EL NOMA. CANCRUM ORIS	47
16	DEFECTOS DE CIERRE OROFACIALES: LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO	50

17	SARNA, UNA ENFERMEDAD QUE PARECÍA OLVIDADA	53
18	AMBULANCIAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO	56
19	PATOLOGÍAS DEL ÚTERO (MIOMAS UTERINOS)	59
20	SINDROME DE SAPHO (ENFERMEDAD DESCONOCIDA)	63
21	SINDROME DE BURNOUT PARA EL PERSONAL NO SANITARIO	66
22	ESTERNOTOMÍA	68
23	CUIDADOS PALIATIVOS	71
24	ROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA Y MODELO CENTRADO EN LA FAMILIA	74
25	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO	83
26	TÉCNICA DE ESTUDIO ECOGRÁFICO EN LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA	86
27	EL CORAZÓN	91
28	EL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENILES	93
29	CUIDADOS BÁSICOS EN EL DRENAJE	97
30	UN REPASO A LA REANIMACIÓN CARDIPULMONAR BÁSICA PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	101
31	EL PINCHE DE COCINA EN EL MEDIO HOSPITALARIO: ALMACENAJE DE LOS ALIMENTOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	104
32	MANEJO DE LA PRUEBA DEL TEST DE ALIENTO POR PARTE DE ENFERMERÍA	106
33	A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE HERNIA INGUINAL PEDIÁTRICA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	109
34	FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA	111

35	A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN POR HIPERACTIVIDAD POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	114
36	A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE USO DE UN CÓDIGO ICTUS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	116
37	EL DERECHO DEL USUARIO A LA INFORMACIÓN SANITARIA POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	118
38	TRATAMIENTO DEL MIELOMA MÚLTIPLE	120
39	REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	123
40	CUIDADOS DEL TUBO TRAQUEAL	125
41	REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA TUBERCULOSIS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	128
42	MEDIO DE CULTIVO TODD Y SU USO EN LOS LABORATORIOS DE MICROBIOLOGÍA	130
43	TÉCNICA DE ESTUDIO ECOGRÁFICO EN LA ARTICULACIÓN DE LA CADERA	132
44	PATOLOGÍAS DE MAMA	135
45	FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DEL CÁNCER	138
46	ENFERMERÍA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE	140
47	ENFERMERÍA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE ARTRITIS REUMATOIDE	142
48	ENFERMERÍA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE ARTROSIS POSTRAUMÁTICA	144
49	EL TRASTORNO DE POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN EL ADULTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	146

50	ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL ADULTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	148
51	ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	150
52	EL SÍNDROME DE DOWN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	152
53	EL SÍNDROME DE PRADER WILLI POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	154
54	LA PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	156
55	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE CRISIS CONVULSIVAS EN NIÑOS	158
56	ESQUIZOFRENIA EN PACIENTE JOVEN EXPUESTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	160
57	INFECCIONES URINARIAS. EL UROCULTIVO	162
58	DIAGNÓSTICO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EN EL LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO	165
59	EL PROFESIONAL DE LA SALUD NOMBRADO TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	167
60	TRIAJE DE ENFERMERÍA Y CÓDIGO ICTUS	169
61	CELADOR ANTE UN CASO CLÍNICO DE CÁNCER DE TIROIDES DETECTADO EN PRIMARIA	172
62	CELADOR EXPONE UN CASO CLÍNICO DE CÁNCER DE ENDOMETRIO	174
63	CÓMO INFLUYE EL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHADO EN EL MEDIO AMBIENTE	176
64	CELADOR EXPONE UN CASO CLÍNICO DE CÁNCER DE PÁNCREAS	178
65	APÓSITOS	180

66	URGENCIAS ONCÓLOGICAS EN RADIOTERAPIA	185
67	LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS PACIENTES CON INFECCIONES URINARIAS DE LAS VÍAS BAJAS	188
68	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE SOMETIDO A PARACENTESIS	191
69	MÉTODO DE GRAHAM PARA ESTUDIO DE PARÁSITOS (OXIURIOS)	193
70	LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS	196
71	HIGIENE DE MANOS EN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	198
72	ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL PACIENTE GERIÁTRICO CON DEMENCIA	201
73	LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS A PACIENTES CON TETRAPLEJIA	204
74	CONOCIMIENTOS BÁSICOS PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA SOBRE CAMBIOS POSTURALES	207
75	LA DEMENCIA SENIL COMO ENFERMEDAD	210
76	CRISIS COMICIAL DE ORIGEN INFECCIOSO , ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR	212
77	ENFERMEROS EXPONEN UN CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DE OPOSICIÓN DESAFIANTE	214
78	ENFERMEROS EXPONEN UN CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DE DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA	216
79	CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS	218
80	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO	221
81	INGRESO HOSPITALARIO. FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PLANTA	223

82	CONOCIMIENTOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DE LOS DISPOSITIVOS DE OXÍGENO	226
83	ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN DRENAJE VENTRICULAR	229
84	EL LAVADO DE MANOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERIA (TCAE)	232
85	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS DISTINTAS FASES DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	235
86	ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS	240
87	EL CELADOR EXPONE UN CASO CLÍNICO DE PARTO POR CESÁREA	243
88	CELADOR DESCRIBE UN CASO CLÍNICO DE PARTO PREMATURO	245
89	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR	247
90	EL PARTO Y LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA	250
91	LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	253
92	EL CELADOR DESCRIBE UN CASO CLÍNICO DE DIABETES GESTACIONAL	256
93	TIPOS DE SANGRE	258
94	PLAN DE CUIDADOS: PACIENTE AGITADO CON DEMENCIA	260
95	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA EXPLORACIÓN DEL PACIENTE	269
96	CUALIDADES Y APTITUDES QUE DEBE DE TENER LA CATEGORÍA DEL ADMINISTRATIVO	272

97	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO	274
98	EL CELADOR Y EL PACIENTE PALIATIVO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	277
99	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA. EFICACIA DE LA SACAROSA ORAL EN RECIÉN NACIDOS DURANTE PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS.	280
100	ANSIEDAD POR SEPARACIÓN ESTUDIO DE CASO CLÍNICO POR TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	282
101	PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO	284
102	EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	286
103	EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS	288
104	INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA ANTE LA LUMBALGIA CRÓNICA	291
105	INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA ANTE LA ESCOLIOSIS IDEOPÁTICA	293
106	EL FISIOTERAPEUTA EXPONE LA ARTRITIS REUMATOIDE	295
107	CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON SONDA VESICAL	297
108	PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE HEMORRAGIA UTERINA	300
109	ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN REFERENCIA A LA HISTORIA CLÍNICA	302
110	UN REPASO PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SOBRE LA HIPERGLUCEMIA	304
111	CASO CLÍNICO DE ENFERMERÍA SOBRE EL VIH	306
112	PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	308
113	INTERVENCIÓN EN PACIENTE CON GLOBO VESICAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y EXTRAHOSPITALARIO	311

114	LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUA (ETS) Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	313
115	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: IDENTIFICACIÓN INICIAL DE LESIONES POR AGENTES QUÍMICOS Y BIOLÓGICOS PARA TÉCNICOS DE LABORATORIO Y OTROS TÉCNICOS SANITARIOS	315
116	EFFECTO SOBRE EL DOLOR DE LA COMBINACIÓN TIAMINA, PIRIDOXINA Y CIANOCOBALAMINA (TPC)	318
117	VALORACIÓN DE PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	321
118	LA PRESENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS	323
119	LA COLABORACIÓN ENTRE EL PROFESIONAL DE MANTENIMIENTO Y OTRAS CATEGORÍAS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO	326
120	LA FUNDAMENTAL E IMPRESCINDIBLE UTILIZACIÓN DE LA MASCARILLA POR EL CELADOR EN EL ENTORNO SANITARIO	329
121	LA FIGURA DEL CELADOR: HISTORIA, EVOLUCIÓN, FORMACIÓN Y FUNCIONES	332
122	EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO Y SU INFLUENCIA EN LA CONFIABILIDAD DE LOS SISTEMAS Y EQUIPOS SANITARIOS	335
123	LAS ÁREAS ORGANIZATIVAS DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHADO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	338
124	ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	340
125	NUTRICIÓN Y CARIES. EL PAPEL DE LA HIGIENISTA DENTAL	343
126	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS FACTORES QUE AFECTAN AL CUIDADO DE LA PIEL DEL PACIENTE	345

127	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA IMPORTANCIA DEL FUNCIONAMIENTO DEL PÁNCREAS	347
128	ERGONOMÍA PARA EL PERSONAL DEL CENTRO HOSPITALARIO	349
129	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL LAVADO Y CORTE DE UÑAS	351
130	LAVANDERÍA: SELECCIÓN DE DETERGENTES Y PRODUCTOS DE LAVADO	353
131	LOS DIFERENTES TIPOS DE MANTENIMIENTO QUE PUEDE REALIZAR EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO DE UN CENTRO HOSPITALARIO	355
132	ACTUACIÓN DEL CELADOR Y EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CON BALA DE OXÍGENO	357
133	LA FIGURA DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE TERMINAL	360
134	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL	363
135	AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: DOMINIOS DE CORREO ELECTRÓNICO	365
136	BANCO DE SANGRE. PROTOCOLO DE TRANSFUSION MASIVA PARA TECNICOS DE LABORATORIO	368
137	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL CONTROL DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN	370
138	LA ACTUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL	372
139	ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN	374
140	CASO CLÍNICO DE ENFERMERÍA SOBRE EL SÍNDROME ISQUIOFEMORAL. ACTUACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS	377

141	PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE CASO CLÍNICO DE POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE Y MODIFICACIÓN HIDRO-ELECTROLÍTICA	380
142	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LA INFANCIA	382
143	LOS PACIENTES CON CUIDADOS PALIATIVOS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	385
144	LA GANGRENA DE FOURNIER Y SU AFECTACIÓN PARA EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA	388
145	ESTADO DE LA CUESTIÓN DE PROCESOS URGENTES EN LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA. HOSPITALES DE SANGRE	391
146	PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: ALTERACIONES DE LOS ALIMENTOS	394
147	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): LIMPIEZA MANUAL DEL MATERIAL SANITARIO	397
148	EL DUE Y EL EFECTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS EN EL PACIENTE	399
149	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES EN LA SALA DE URGENCIAS DEL MEDIO HOSPITALARIO	402
150	EL DUE Y LAS OSTOMÍAS: TIPOS, COMPLICACIONES, CUIDADOS	404
151	LA ERGOFOBIA	406
152	LA ASTENOPIA EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	409

Capítulo 1

1 EL TÉCNICO SUPERIOR EN RADIODIAGNÓSTICO PARA DETECTAR LA HERNIA DE HIATO

ELENA GARCIA CHAPARRO

SEBASTIAN JAVIER ABAD REUS

1.1 Introducción

La hernia de hiato es una enfermedad en la que la parte superior del estómago se agranda mediante la apertura del diafragma.

El diafragma es un músculo liso que separa el estómago del tórax y su función es impedir que el ácido pase hacia el esófago.

Las medidas de cuidado son los medicamentos para aliviar los síntomas y la intervención quirúrgica.

La hernia de hiato aparece cuando el tejido muscular debilitado permite que el estómago forme una protuberancia a través del diafragma.

Las causas pueden ser: traumatismos, cirugía, presión preexistente, como toser, vomitar, levantar objetos pesados o la edad.

1.2 Objetivos

Conocer el papel del técnico superior en radiodiagnóstico para detectar la hernia de hiato.

1.3 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.

1.4 Resultados

Para detectar una hernia de hiato una de las pruebas más precisas es la de esofagogastroduodenal con contraste baritado ya que es la que permite ver por fluoroscopia el duodeno proximal, el estómago y esófago distal. Esta prueba hace que el estómago haga presión con el diafragma y mientras va entrando el contraste, se verán mejor los órganos,

se hará con radioscopia para ver mejor el contraste.

El procedimiento de la prueba consiste, cuando llega el paciente, primero firma el consentimiento informado cuando le haya contado el técnico, el proceso de la prueba, las contraindicaciones, etc.

El paciente se tumba en la camilla de radiografías, y se le da el contraste, en este caso sulfato de bario. Cada vez que el técnico le diga que beba, el paciente tiene que beber, y conforme va entrando por el esófago es cuando se les van tomando las imágenes, que se van a ir quedando grabadas en el ordenador.

Durante la prueba el paciente va a ir cambiando de posición cada vez que se lo diga el técnico, y le informará de la posición que es, para ir tomando las imágenes oportunas.

Las posiciones que son recomendables que adopte el paciente, para que la prueba salga en perfectas condiciones son: oblicua anterior derecha, decúbito supino, oblicua posterior izquierda, decúbito lateral izquierda, oblicua anterior izquierda y decúbito prono.

El paciente irá eliminando el contraste. Se le recomienda al paciente que beba abundante agua para eliminarlo.

1.5 Discusión

Para detectar una hernia de hiato debemos realizar una prueba que se llama esofagogastroduodenal con contraste baritado. Se realiza en la sala del servicio de radiodiagnóstico donde se encuentra el telemando, en el caso que no se pudiera realizar la prueba por contraindicaciones, en ese caso se podría realizar una endoscopia.

El sulfato de bario pertenece a un tipo de medicamentos que son medios de contraste radiopaco. Su función es recubrir el esófago, estómago e intestinos con un material que no se absorbe el cuerpo y permite ver las áreas que están dañadas o enfermas mediante Rayos una película radiográfica.

1.6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/transito-esofagogastroduodenal/>.
2. <https://www.cigna.com/es-us/individuals-families/health-wellness/hw/pruebas-mdicas/trnsito-esofagogastroduodenal-hw235227>.
3. Libro Manual para técnico superior imagen para el diagnóstico y medicina nuclear de panamericana.

Capítulo 2

2 LA RADIOLOGIA DIAGNOSTICA DE LA NEUMONIA POR SARS-COV -2 (COVID 19)

ELENA GARCIA CHAPARRO

SEBASTIAN JAVIER ABAD REUS

2.1 Introducción

¿Qué es el Covid-19? El Covid-19 es un grupo de virus que causan enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como neumonía, síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y síndrome respiratorio agudo grave (SARS). La Covid-19 es la enfermedad muy infecciosa causada por el coronavirus.

Apareció 31 de diciembre de 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recibió noticias de la presencia de neumonía, de origen desconocido, en la ciudad de Wuhan, en China. A principios de enero, identificaron la causa como una nueva cepa de coronavirus (SARS-COV -2). Una enfermedad que ha ido expandiéndose hacia otros continentes como Asia, Europa y América. En Marzo del 2019 se declara Pandemia Mundial.

En Diciembre de 2020 se empiezan a poner las primeras vacunas para el Covid-19 de los laboratorios Pfizer.

2.2 Objetivos

- Explicar la enfermedad neumonía SARS-COV -2 (Covid-19) con su sintomatología y factores de riesgo.
- Exponer el proceso diagnóstico de la misma con el uso de pruebas de imagen para el diagnóstico.

2.3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos. La búsqueda de estos artículos se llevó a cabo en las siguientes bases de datos científicas: Medline y Google Académico. Además, se han consultado diversos libros, artículos científicos y revistas.

2.4 Resultados

La neumonía SARS-COV -2 (Covid-19) es una infección que causa una inflamación de los sacos aéreos de uno o ambos pulmones. Los sacos aéreos se pueden llenar de líquido o pus, esto provoca tos con mocos o pus, fiebre alta, escalofríos, dolor muscular y dificultad para respirar.

En los primeros días, presentan una neumonía linfocítica viral. Posteriormente, entra en un estado pro inflamatorio, que ocasiona un daño pulmonar agudo que puede causar la muerte.

La transmisión de la Neumonía por Covid-19 es por vía aérea como el virus de la gripe, a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias.

Síntomas de la Neumonía por Covid-19 que nos podemos encontrar, pero estos síntomas, puede variar de una persona u otra.

- Insuficiencia respiratoria.
- Fiebre muy alta.
- Dolor Corporal.
- Falta de aliento.
- Síntomas de un Resfriado.
- Anosmia (perdida de olfato).
- Perdía del gusto.
- Diarrea.
- Tos Seca.
- Dolor de cabeza.
- Dolor de garganta.
- Cansancio.

Factor de Riesgo:

- Fumar y beber en exceso.
- Enfermedad crónica.
- Sistema inmune débil.
- Estar hospitalizado (infección nosocomial).
- Edad Avanzada, (personas mayores).

Para el diagnóstico de la Neumonía por Covid-19 realizaremos una radiografía del tórax para determinar la extensión y la ubicación de la infección. También realizaremos un estudio de TAC de Tórax, para poder ver el interior de la cavidad torácica en 3D.

Las pruebas diagnósticas del Covid-19 son:

- PCR y Serología.
- Radiografía de Tórax Es la prueba principal que indica la sospecha o la presencia de Neumonía por Covid-19 en los pacientes. La principal ventaja es que se puede realizar con el Portátil, así los pacientes no se deben trasladar a la sala de radiología.
- La TAC: Es una prueba rápida y muy sensible para poder detectar la Neumonía por Covid-19. La TAC tiene la capacidad de poder observar la anatomía de la cavidad torá-

cica en su interior con alta resolución y sin tener problemas de superposición de las estructuras.

- Pruebas para ver si tenemos inmunidad celular (serología).

2.5 Discusión

Las pruebas de imagen para el diagnóstico constituyen un elemento fundamental a la hora de poder detectar enfermedades, patologías y poder llevar un seguimiento.

La radiografía de Tórax puede mostrar alteraciones de la Neumonía por el Covid-19, pero no es suficiente para poder descartar infección. Para poder observar la anatomía del interior del tórax y poder ver la evolución, se realiza un estudio de TAC de tórax, para poder observar su anatomía y evolución del interior con imágenes en 3D, sin que estas se superpongan.

Una vez el paciente salga de la sala del servicio de radiodiagnóstico o bien se haga una radiografía con el portátil en la habitación del hospital o en la UCI, estos se deben desinfectar a fondo.

2.6 Bibliografía

1. <https://evacenter.com/blog/estudios-de-imagen-covid-19/>.
2. <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-avance-resumen-aspectos-radiologicos-neumonia-covid-19-evolucion-S0033833820301661>
3. <https://www.bupasalud.com/salud/coronavirus>.

Capítulo 3

3 CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

ELENA GARCIA CHAPARRO

3.1 Introducción

La anorexia nerviosa es un trastorno mental grave de la conducta alimentaria. Se caracteriza por una restricción de la ingesta de alimentos. Se caracteriza por el peso corporal anormalmente bajo, el temor intenso a aumentar de peso y la percepción distorsionada del peso.

3.2 Objetivos

Conocer los cuidados del auxiliar de enfermería en los pacientes con anorexia nerviosa.

3.3 Caso clínico

Una adolescente de 15 años acude a urgencias acompañada de sus padres. Refieren estar preocupados por ella, desde hace 8 meses ha perdido mucho peso, come muy poco y no sale de casa. Hablamos con cada uno por separado y nos confirman que su hija tiene miedo de engordar. No come mucho y hace ejercicio muy intenso en su habitación. Controla todo lo que come pesando la comida.

La paciente refiere miedo a engordar, necesidad de realizar ejercicio intenso en su habitación, con conducta purgativa tras las ingestas. Amenorrea desde hace 3 meses, falta de concentración y caída de pelo.

Ayudamos al médico a realizar una exploración física:

- Talla: 160 cm, peso: 40 kg.
- Índice de masa corporal (IMC): 15,625.
- Consciente y orientado.
- Amenorrea desde hace tres meses.
- Signo Russell (callosidades en el dorso de la mano tras provocación de vómito).
- Escala Scoff: 4.
- Apgar familiar: 18.
- Se solicita analítica de sangre y orina.

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente m/p incapacidad subjetiva para ingerir los alimentos, IMC disminuido.

Se ingresa en la unidad de trastornos de la conducta pediátrica para Corregir, evaluar y

controlar el trastorno alimenticio de la menor.

Se solicita a la psicóloga visite a esta familia y le haga el seguimiento a la menor.

3.4 Discusión-Conclusión

Aproximadamente el 70 % de las personas con anorexia se recuperan en cinco años. La recuperación del trastorno obsesivo- compulsivo es menos clara y su recuperación oscila entre un 20 % a un 60 %. La anorexia aumentan el riesgo de muerte.

Durante la estancia del paciente en la unidad de trastornos de la alimentación, la figura del auxiliar de Enfermería es muy importante, al ser la persona que junto a la enfermera está más tiempo con el enfermo, manteniendo una relación estrecha y constante.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) acompañará a la enfermera en las diferentes terapias grupales, como son la relajación, taller de autoestima, habilidades sociales etc, animando a que todos los miembros de grupo intervengan, compartan sus experiencias, e intentando que se abandone el aislamiento que suelen presentar.

El auxiliar de Enfermería le ofrecerá acudir al baño antes de la comida, la acompañará durante la misma y posteriormente anotará en su historia los porcentajes que haya ingerido, para que los diferentes profesionales de la unidad tengan acceso a la información. Observaremos y anotaremos cualquier cambio que notemos en el paciente.

3.5 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anorexia-nervosa/symptoms-causes/syc-20353591>.

Capítulo 4

4 DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DEL NEUMOTÓRAX Y SU APLICACIÓN

SEBASTIAN JAVIER ABAD REUS

ELENA GARCIA CHAPARRO

4.1 Introducción

El neumotórax se produce cuando se filtra aire de los pulmones hacia el espacio pleural. La puerta de entrada de esta filtración puede ser a través de la pleura parietal (origen externo) a través de una abertura en la pared del tórax o bien desde la pleura visceral (origen interno) cuya naturaleza puede ser desencadenada por una enfermedad congénita, adquirida o una perforación desde el interior debido a métodos invasivos.

En ambos casos da lugar a una compresión pulmonar completa o parcial según el grado que contempla el mismo. La clasificación del neumotórax en cuanto a su metodología de cuantificación se agrupa en parcial, completo o total.

Entre los signos presentes en la exploración física, encontramos la ausencia de huecos intercostales, movilidad limitada y abultamiento en la pared torácica entre otros.

Los síntomas de carácter general que revisan los pacientes son disnea (dificultad para respirar) y dolor en el costal afectado con carácter general.

La inserción de un tubo torácico como la aspiración de aire a través de una aguja fina o catéter pequeño sigue siendo la práctica terapéutica utilizada a día de hoy, tanto para drenar el aire de la cavidad pleural como para lograr la reexpansión pulmonar.

Para lograr un diagnóstico veraz y confiable se requiere junto a la exploración física, llevar a cabo estudios radiológicos.

4.2 Objetivos

Dar a conocer cómo se realiza el diagnóstico por imagen del neumotórax.

4.3 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.

4.4 Resultados

Para valorar la presencia del neumotórax, el diagnóstico para descartar dicha patología lo aportan las pruebas de imagen.

Los estudios radiológicos simples de tórax, la tomografía computarizada (TC) y la ecografía son las diferentes opciones según la necesidad que requiera el caso y la disponibilidad de los mismos que nos encontremos en el servicio.

El neumotórax espontáneo se trata de una patología común que con frecuencia se debe recurrir a una intervención quirúrgica. Una adecuada evaluación del estado clínico del paciente junto a la valoración de los hallazgos radiográficos es un enfoque clave para abordar el diagnóstico y establecer el marco de actuación que el caso requiera.

Estudios por imagen.

Las técnicas de exploración que se emplean para valorar la presencia de neumotórax comprende el estudio radiológico de tórax en proyección estándar, la tomografía computarizada (TC) y la ecografía (US).

Estudios radiológicos simples (posteroanterior, bipedestación, inspiración y espiración forzada)

En estas proyecciones podemos identificar la línea de la pleura visceral y la ausencia de trazados pulmonares distal a ella.

Puede identificar:

- Enfisema subcutáneo.
- Neumomediastino.

Ventajas:

- Fácil accesibilidad.
- Ideal en pacientes traumatizados con poca movilidad.

Desventajas:

- No se puede utilizar como evidencia diagnóstica para descartar el enfisema bulloso, ya que pudiera acarrear la aplicación de un tratamiento erróneo.
- Al ser una imagen bidimensional no estima adecuadamente el tamaño del neumotórax.

Aplicación:

- En pacientes traumatizados con movilidad limitada o nula, que no puedan mantenerse en una posición erguida.
- Se utiliza como herramienta para valorar la reexpansión pulmonar para una vez así finalizar la hospitalización y dar el alta.

El TAC (Tomografía Axial Computarizada).

Esta técnica de exploración nos ayuda a desvelar lesiones fisiopatológicas de pequeño tamaño como el enfisema bulloso, además de ser la más idónea para identificar neumotórax ocultos, tabicados, de pequeño tamaño y con una ubicación anterior al pulmón.

Puede identificar:

- Enfisema bulloso.
- Fugas de aire persistentes.
- Lesiones asociadas a la patología.
- Posición de drenajes.

Ventajas:

- Determina mejor el tamaño de la patología.

- Mejor estimación de su magnitud.

Desventajas:

- No es de fácil acceso.
- Mala relación coste {= beneficio.

Aplicación:

- Se recomienda cuando haya dificultad para diferenciar un neumotórax de una enfermedad pulmonar bullosa.
- Cuando se sospeche colocación anómala del tubo torácico.
- Cuando resulte difícil interpretar la radiografía simple de tórax por la existencia de enfisema subcutáneo.
- Planificar la intervención quirúrgica.

La ecografía.

El diagnóstico ecográfico para diagnosticar el neumotórax se basa en la interpretación de artefactos.

Puede identificar:

- El deslizamiento pulmonar.
- La presencia de un neumotórax.

Ventajas:

- Fácil acceso ante la presencia de pacientes críticos en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Inconvenientes:

- Debe utilizarse junto a otras pruebas diagnósticas para valorar la presencia del neumotórax.

Aplicación:

La ecografía torácica es una técnica alternativa a la radiografía simple y la TC sobre todo enfocado a pacientes críticos para valorar su extensión y hacer un seguimiento de su evolución.

Los pacientes con antecedentes pulmonares son más propensos a desarrollar este tipo de patología aunque tampoco podemos descartar que se pueda tratar de un neumotórax espontáneo primario en pacientes sin un historial previo.

4.5 Discusión

Los estudios radiográficos simples de tórax pueden detectar la anormalidad del espacio pleural como primera prueba diagnóstica pero sin embargo no puede cuantificar el tamaño y el volumen con exactitud ya que se requiere tener en cuenta la estructura tridimensional de la cavidad pleural, característica de la cual carece este tipo de estudio. El TC muestra mejor su magnitud además de aportar pruebas fehacientes para detectar lesiones de pequeño tamaño, enfermedades asociadas y obtener una planificación adecuada para realizar una intervención quirúrgica, si la situación lo requiere.

Las radiografías simples de tórax serán adecuadas para hacer una evaluación inicial, realizar controles posteriores y como técnica para valorar la colocación de drenajes o comprobar la evolución favorable del paciente.

La ecografía será una excelente prueba para diagnosticar a los pacientes críticos en UCI.

El TC será adecuado para descartar lesiones de las cuales no son fáciles de interpretar mediante radiografías simples sin embargo ponerla en práctica nos permite estar mejor preparados ante pacientes con recidivas, identificar el tamaño real que abarca la patología y plantear intervenciones quirúrgicas.

4.6 Bibliografía

1. Izcue AL, Melado JN, Rodríguez GB, González IF, Blanco JP. Diagnóstico ecográfico del neumotórax. 2014;56(3):229-34.
2. Saíenz Menéndez Benito Andrés. Actualización sobre Neumotórax. Rev Cubana Cir [Internet]. 2013 Mar [citado 2022 Ago 08]; 52(1): 63-77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932013000100009&lng=es.
3. Leal Mursulí Armando, Adefna Pérez Radamés Isaac, Izquierdo Lara Francoise T, Ramos Díaz Nélida, Castellanos González Juan A. Neumotórax espontáneo:: resultados del tratamiento quirúrgico. Rev Cubana Cir [Internet]. 2005 Mar [citado 2022 Ago 08]; 44(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000100005&lng=es.
4. Knörr JE, Uranga AB, Huarte IV, Senosiain LI, Ivelti MB, Ortiz CH, et al. Neumotórax espontáneo idiopático: tratamiento basado en la aspiración con catéter fino frente a drenaje torácico. 1999;35(4):179-82.
5. De Andrésa JJR, Lópezb MFJ, López-Rodó LM, Trullénd AP, Lanzase JT. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del neumotórax espontáneo. 2008;44(8):437-48.
6. Vallecillo TA. Diagnóstico radiográfico de neumotórax. Rev Med Cos Cen. 2011;68(598):283-286.
7. Lasarte Izcue, A., Navasa Melado, J. M., Blanco Rodríguez, G., Fidalgo González, I., & Parra Blanco, J. A. (2014). Diagnóstico ecográfico del neumotórax. Radiología, 56(3), 229-234.
8. <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-pulmonares/trastornos-mediast%C3%A1licos-y-pleurales/neumot%C3%B3rax>

Capítulo 5

5 PATOLOGIA RENAL CRONICA

SONIA DA RESURRECCION GARCIA

5.1 Introducción

Los riñones se sitúan a ambos lados de la columna vertebral en la parte inferior de la espalda. Cada uno de ellos pesa unos 150 g y tiene aproximadamente el tamaño de una naranja.

El riñón consta de tres capas: la corteza (capa exterior), la médula y la pelvis renal. La sangre fluye a la corteza y la médula a través de la arteria renal, que se ramifica en arterias cada vez más pequeñas.

El riñón humano es un órgano complejo cuya función consiste en filtrar los productos residuales de la sangre y producir orina. Además, otras funciones vitales, como el mantenimiento de la homeostasia y la regulación de la presión arterial, la presión osmótica y el equilibrio ácido básico.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) está considerada como un importante problema de Salud Pública que requiere de un abordaje multidisciplinar y de estrategias que permitan la prevención, la detección precoz, sobre todo en pacientes con Factores de Riesgo como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, implicados en el desarrollo y progresión de esta Enfermedad, así como, que permitan su correcto control y seguimiento.

Se asocia a una alta morbilidad cardiovascular y a altos costes sociales y económicos y frecuentemente, al cursar durante años de manera asintomática, se suele encontrar en los primeros estadios sin diagnosticar (ERC oculta).

5.2 Introducción

El riñón humano es un órgano complejo cuya función consiste en filtrar los productos residuales de la sangre y producir orina. Además, otras funciones vitales, como el mantenimiento de la homeostasia y la regulación de la presión arterial, la presión osmótica y el equilibrio ácido básico.

Los riñones se sitúan a ambos lados de la columna vertebral en la parte inferior de la espalda. Cada uno de ellos pesa unos 150 g y tiene aproximadamente el tamaño de una naranja.

El riñón consta de tres capas: la corteza (capa exterior), la médula y la pelvis renal. La sangre fluye a la corteza y la médula a través de la arteria renal, que se ramifica en arterias cada vez más pequeñas.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) está considerada como un importante problema de Salud Pública que requiere de un abordaje multidisciplinar y de estrategias que permitan

la prevención, la detección precoz, sobre todo en pacientes con Factores de Riesgo como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, implicados en el desarrollo y progresión de esta Enfermedad, así como, que permitan su correcto control y seguimiento.

Se asocia a una alta morbilidad cardiovascular y a altos costes sociales y económicos y frecuentemente, al cursar durante años de manera asintomática, se suele encontrar en los primeros estadios sin diagnosticar (ERC oculta).

El estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España) diseñado para conocer la prevalencia de esta enfermedad en nuestro país, pone de manifiesto que cerca de un 10% de la población sufre algún grado de ERC, siendo este porcentaje de un 20% en personas mayores de 60 años.

En los últimos años, la incidencia y prevalencia de pacientes con Enfermedad Renal Crónica avanzada, que llegan a necesitar tratamiento sustitutivo, no ha dejado de crecer. La prevención que aún siendo más costosa pero a la vez más efectiva, consiste en detectar y tratar a los pacientes hipertensos y diabéticos, consiguiendo que sufran menos problemas cardiovasculares. Por lo tanto estos controles iniciales deben realizarse en el servicio de atención primaria. El tratamiento en la insuficiencia renal precoz es: control dietético, fármacos (protectores de la función renal), correctores electrolíticos y correctores hormonales. El tratamiento en los casos avanzados son la diálisis y el trasplante.

Se valora que un 10% de la población presentan enfermedad renal crónica. En la última dos décadas se ha observado un aumento de los pacientes con tratamiento de diálisis o trasplante. Los pacientes con diálisis crónica se han incrementado 30 veces más en los últimos 25 años.

5.3 Objetivos

Determinar la prevalencia y las diferentes pruebas para diagnosticar a los enfermos renales crónicos.

5.4 Objetivos

Detención precoz , Determinar la prevalencia y las diferentes pruebas para diagnosticar a los enfermos renales crónicos.

5.5 Metodología

Para detectar la ERC hacen falta tres pruebas sencillas: toma de presión arterial, búsqueda de proteína y albúmina en orina, evaluación del funcionamiento renal, valorando sexo, edad, raza,... Estos pacientes pueden ser atendidos por diferentes especialistas médicos, como son: atención primaria, medicina interna, cardiología, geriatría, endocrinología y la especialidad de salud renal (Nefrología). Es una enfermedad que si se detecta a tiempo puede tratarse, aunque suele tardar en detectarse y por este motivo, es por lo que puede acarrear otras complicaciones más importantes, como son problemas cardiovasculares y la muerte a causa de ello.

5.6 Metodología

Se han analizado para esta revisión bibliográfica, diferentes artículos sobre la enfermedad renal crónica, su evolución y tratamientos de diferentes bases de datos como Cuiden, PubMed y SciELO.

También se ha recogido información en distintas bases de datos y buscadores como Google académico, utilizando palabras clave antes mencionadas. No obstante, también se ha buscado Información en otras fuentes, como libros, revistas científicas, etc.

5.7 Resultados

El estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España) diseñado para conocer la prevalencia de esta enfermedad en nuestro país, pone de manifiesto que cerca de un 10 % de la población sufre algún grado de ERC, siendo este porcentaje de un 20 % en personas mayores de 60 años.

En los últimos años, la incidencia y prevalencia de pacientes con Enfermedad Renal Crónica avanzada, que llegan a necesitar tratamiento sustitutivo, no ha dejado de crecer. En la última dos décadas se ha observado un aumento de los pacientes con tratamiento de diálisis o trasplante. Los pacientes con diálisis crónica se han incrementado 30 veces más en los últimos 25 años. Para detectarla hacen falta tres pruebas sencillas: toma de presión arterial, búsqueda de proteína y albúmina en orina, evaluación del funcionamiento renal, valorando sexo, edad, raza,... Estos pacientes pueden ser atendidos por diferentes especialistas médicos, como son: atención primaria, medicina interna, cardiología, geriatría, endocrinología y la especialidad de salud renal (Nefrología). Es una enfermedad que si se detecta a tiempo puede tratarse, aunque suele tardar en detectarse y por este motivo, es por lo que puede acarrear otras complicaciones más importantes, como son problemas cardiovasculares y la muerte a causa de ello.

Por todo ello es muy importante recalcar la importancia que tiene una detección precoz .

5.8 Bibliografía

<https://salud.nih.gov/articulo/prevencion-de-la-enfermedad-renal/>

<https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/presion-arterial-insuficiencia-renal>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000300008&lang=es

5.9 Discusión

Se valora que un 10 % de la población presentan enfermedad renal crónica.

La prevención que aún siendo más costosa pero a la vez más efectiva, consiste en detectar y tratar a los pacientes hipertensos y diabéticos, consiguiendo que sufran menos problemas cardiovasculares. Por lo tanto estos controles iniciales deben realizarse en el servicio de atención primaria. El tratamiento en la insuficiencia renal precoz es: control

dietético, fármacos (protectores de la función renal), correctores electrolíticos y correctores hormonales. El tratamiento en los casos avanzados son la diálisis y el trasplante.

5.10 Bibliografía

1. <https://salud.nih.gov/articulo/prevencion-de-la-enfermedad-renal/>.
2. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/presion-arterial-insuficiencia-renal>.
3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000300008&lang=es.

Capítulo 6

6 EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS

JUAN FRANCISCO MONTIEL GARCÍA

6.1 Introducción

URGENCIA es la situación en la que el paciente cree que necesita asistencia sanitaria y EMERGENCIA sería la situación en la que el paciente puede perder la vida o que se le produzcan secuelas irreversibles si no es atendido con rapidez. Así pues una emergencia ante un diagnóstico evidente que exigen una actuación terapéutica inmediata para salvar la vida del enfermo, por ejemplo una parada cardiorespiratoria, infartos o incluso una colisión frontal de dos vehículos.

En estos casos hay que actuar de manera rápida y hacer lo antes posible un diagnóstico basado en la etiología para descartar esas causas mortales.

Todo el personal que trabaja en el servicio de urgencias es fundamental para la determinación del enfermo que acude a este servicio de manera urgente su recepción, clasificación, tratamiento, sea el más adecuado para el paciente. Para ello es necesario unificar criterios que faciliten el aprendizaje, agilicen la estancia del enfermo, eviten olvidos de los profesionales, una coordinación mutua que garantice el servicio.

La idea es proporcionar al paciente una actuación rápida y eficaz ante cualquier urgencia.

6.2 Objetivos

Exponer la importancia de la formación y el trabajo en equipo en el servicio de urgencias.

6.3 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.

6.4 Resultados

La formación del personal es algo fundamental. La complejidad técnica de los servicios sanitarios y la necesidad de proporcionar unos cuidados de calidad, de acuerdo al derecho a la protección de la población avalada por la Constitución Española art.43 y la ley

general de sanidad implican una formación integral y continuada, El trabajo en equipo es fundamental para los profesionales sanitarios como los no sanitarios y debe haber un respeto mutuo entre los distintos profesionales que lo integran. Muchos son los riesgos espuestos estos profesionales que en otras dependencias no los están o se dan con menor frecuencia. Así dependiendo del nivel de categoría el riesgo es variable llenando desde trivial a intolerable. Tenemos diferentes tipos de riesgos ya sean agresiones de pacientes o familiares y riesgos producidos en el entorno de trabajo ya sean ruidos, radiaciones, sobrecargas físicas, exposición de contaminantes. La formación continuada al profesional es constante para evitar sobrecargas de peso, resolución de problemas en distintas situaciones, etc.

En los últimos años, se ha producido un incremento de la demanda de este servicio como método para saltarse la asistencia al médico de familia o evitar las listas de espera. Así que sería necesario realizar una buena información a la población de la importancia de este servicio única y exclusivamente para tal fin y no como un régimen de consultas las cuales podrían ser atendidas en otro centro y descongestionar el servicio de urgencias.

6.5 Discusión

El profesional debe estar muy implicado en su trabajo, ayudar a compañeros, aportar nuevas ideas para mejorar el servicio, pues no serviría de nada si toda la formación que se le aporta por medio de la administración, cursos, congresos, etc., esta no es aplicada de forma correcta el eslabón del servicio no iría en la línea correcta y no se ofrecería el servicio adecuado por la mala actuación de un celador, enfermero o administración.

Y desde el punto de vista del paciente, este debe colaborar con el profesional pues el no colaborar, mentir o fingir una situación no se le daría una correcta atención.

6.6 Bibliografía

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

Capítulo 7

7 EL CELADOR EN EL TRANSPORTE SANITARIO

JUAN FRANCISCO MONTIEL GARCÍA

7.1 Introducción

Definimos como transporte sanitario aquel que se realiza para el desplazamiento de personas enfermas, accidentadas o por otra razón sanitaria, en vehículos especialmente adaptados para ello.

El transporte sanitario podrá realizarse en traslado individual incluso adaptado para pacientes en silla de ruedas, colectivo (varios pacientes) tanto en recogida como dejada en hogares, por ello este medio es algo indispensable se la asistencia sanitaria, ya que facilita el acceso al ciudadano al sistema sanitario.

Podemos clasificar el transporte sanitario en:

Terrestre: es el medio mas utilizado y dependiendo de la urgencia lleva adherida una prioridad, según la necesidad.

Aéreo: el helicóptero esta siendo utilizado cada vez con mas frecuencia, pues es un medio muy rápido en distancias largas, incluso viajan en horario nocturno.

Marítimo: este medio es de poca transcendencia en nuestro entorno.

A lo largo de los últimos años el transporte sanitario a evolucionado de manera positiva aumentando las garantías de pacientes que presentan patologías que ponían en riesgo su vida.

A lo largo de este capitulo vamos a ver como estos cambios afectan al mantenimiento y uso.

7.2 Objetivos

Describir aspectos básicos a tener en cuenta por el celador en relación con el transporte sanitario.

7.3 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.

7.4 Resultados

El celador debe de tener unos conocimientos básicos y apoyar al personal de enfermería en algunas funciones que les son propias, pues el habitáculo es algo similar a una habitación pero algo mas reducido en espacio pero algo mas de conexión entre ambos. En el mantenimiento del habitáculo, transporte de materiales pesados al vehículo así como revisan de camilla el celador debe de estar cualificado para ello.

La cabina de conducción tiene capacidad para tres personas, el asiento del conductor y un asiento corrido a la derecha de este para dos personas los cuales están equipados con todos los elementos de seguridad activa como pasiva.

Separado de la cabina del conductor tenemos el habitáculo sanitario en el que se comunican por medio de una ventana acristalada y algunos casos la comunicación por interfono. El celador conductor debe de estar lo suficiente instruido para saber preparar al paciente para su traslado al hospital de destino en las mejores condiciones, así como poder hacer frente a los posibles cambios en el estado general del paciente que puedan suceder por el camino, este debe de ir siempre en estado de guardia. Ej.: traslado de un paciente critico a otro hospital y en el traslado empeora su estado de salud.

El conductor de un vehículo de urgencias o emergencias tiene una misión muy importante, la cual es llevar al lugar donde se acaba de producir un accidente, o donde hay una persona enferma a un equipo de profesionales que están perfectamente preparados para salvar vidas y que desde el momento que nos avisan están necesitando de nuestra ayuda y además no poner en peligro la integridad física del equipo ni de ninguno de los demás usuarios de la vía.

Debemos de tener presente lo importante llegar al lugar lo antes posible pero en las mejores condiciones, diferenciando si la conducción es en carretera o vía urbana, pues a continuación vamos a enumerar una serie de recomendaciones:

No hacer alardes innecesarios.

No ponerse nervioso.

No cruzar las intersecciones de manera innecesaria.

No frenazos, giros inesperados, indecisiones en las maniobras.

Hacernos ver y asegurarnos que nos han visto.

También tenemos en nuestra contra los factores meteorología:

El sol, la niebla, lluvia, viento o nieve.

No vamos a dejar a un lado las diferentes responsabilidades que tiene el celador, así como la obligación a la intimidad del paciente y mantener su secreto profesional de hechos y documentos.

7.5 Discusión

Como en todos los ámbitos una diferencia es la teoría y otra sería la practica, pues en situaciones de emergencia habrá labores que se compartan y no correspondan a algunos de los profesionales, por ejemplo ante una emergencia si el medico tiene que mover el vehículo lo haría, al igual que el celador tuviese que realizar un torniquete, siempre bajo

las indicaciones del profesional adecuado.

Siempre se trabaja para que el celador sea personal sanitario en todos los ámbitos y en esta labor es aun mas importante su reconocimiento, ya que acarrea una serie de responsabilidades tanto civil como penal, ya que en situaciones de emergencia ya sea omisión de socorro u otra causa posible de evitar.

7.6 Bibliografía

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

Capítulo 8

8 LA REPERCUSIÓN DE LA PANDEMIA SOBRE LOS TRABAJADORES HOSPITALARIOS

MARIA DEL PILAR PÉREZ VÁZQUEZ

JOSUÉ LESTÓN HUERTA

ANA MARIA GÓMEZ MORENO

ANA TEJÓN MENÉNDEZ

SERGIO SÁNCHEZ GARCÍA

8.1 Introducción

A primeros de este año, un equipo de la OMS se trasladó a la urbe de Wuhan, en China, con la tarea de averiguar la causa y los principios de la enfermedad pandémica que nos asola. Tras estar 2 semanas en el territorio e ir al laboratorio en el instituto de Virología de Wuhan, se alcanzó la conclusión de que la teoría de la fuga de laboratorio era bastante improbable, y que las razones del origen de este virus se debía más a razones naturales. Dichos años se podría mencionar que son los años de los trabajadores que hacen tareas en el área de la sanidad, debido a que a partir de que nació este virus son nuestros propios expertos los que permanecen luchando al pie del cañón. Al principio de esta enfermedad pandémica, se creía que en nuestra región iba a tener menor consecuencia, debido a que al tratarse de un territorio tan lejano se pensó que a nuestro estado llegaría de una forma más débil, además aquí poseemos un sistema de salud y unos expertos de un grado admirable. Mientras ha sido pasando la era la verdad ha ido cambiando y con ello nuestro modo de ver las cosas. Este virus se ha hecho profundo con diversos tipos de versiones.

8.2 Objetivos

Examinar los efectos psicológicos que la presente enfermedad pandémica está teniendo a grado emocional, cognitivo, conductual y físico en los expertos del entorno sanitario.

8.3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente, una revisión bibliográfica 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.

8.4 Resultados

Actualmente, no cabe duda alguna de que los trabajadores de los centros hospitalarios, pertenecen a los conjuntos de expertos que padece un más grande grado de estrés gremial a lo largo de este lapso de enfermedad pandémica. Nuestros propios expertos padecen un profundo estrés, en ocasiones de tipo crónico, y con unas implicaciones como el nombrado "síndrome de Burnout" o del quemado, donde el trabajador ve un cansancio tanto a grado físico como emocional, una reacción gélida con los otros, y una baja autoestima por una reliación de una baja ejecución personal. Este caso provoca que el profesional posea un estrés más grande al que venía teniendo antecedente de la enfermedad pandémica y que se debería a cada una de aquellas situaciones que le superan y a las cuales no puede darles una adecuada solución. Dicha frustración perjudica, como es obvio, a su trabajo e, inclusive, a su vida diaria. Se debe considerar que el estrés es una contestación adaptativa que tenemos los individuos y que sirve como preparación para el trabajo. En este sentido, si se conserva dicha situación de estrés a lo largo de una época bastante prolongado, tienen la posibilidad de surgir efectos que son nocivos para la salud. En este tiempo de enfermedad pandémica (casi 2 años) la mayor parte de los centros de salud y nosocomios de nuestra región permanecen plenamente colapsados, poseen escasez de materiales y más que nada falta de personal y el que está disponible se hallan con un grado de estrés bastante elevado por la sobrecarga de trabajo y los turnos de periodos bastante largos. Se debe considerar otro aspecto negativo como la proporción de expertos que padecen periodos de baja, así sea por ofrecer positivo en Coronavirus o por el estrés que sufren en sus puestos laborales.

8.5 Discusión

Como hemos observado y citado antes, se puede explicar que los trabajadores de los nosocomios a lo largo de esta enfermedad pandémica permanecen bastante activos y con una reacción adecuada para derrotar al Coronavirus 19, y en varios casos arriesgando no únicamente su salud, sino además la de sus seres queridos. Dichos trabajadores saben que, en caso de infección, tienen la posibilidad de transmitirla a sus seres más queridos. La mayor parte de las situaciones, dichos trabajadores hacen las labores que les son encomendadas para cubrir unas necesidades y velar por la estabilidad de toda la población; Por esta razón se ha de proteger a estos trabajadores para que logren hacer su trabajo en óptimas condiciones.

8.6 Bibliografía

1. Muñoz-Fernández, S. I., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., Sánchez-Guerrero, O., & Esquivel-Acevedo, J. A. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por Covid-19. *Acta Pediátrica de México*, 41(S1), 127-136.
2. Mendoza-Popoca, C. Ú., & Suárez-Morales, M. (2020). Reconversión hospitalaria ante la pandemia de Covid-19. *Revista mexicana de anestesiología*, 43(2), 151-156.

3. Martínez, F., Azkoul, M., Rangel, C., Sandia, I., & Pinto, S. (2020). Artículos originales Efectos de la pandemia por Covid-19 en la salud mental de trabajadores sanitarios del estado mérida, venezuela. Covid-19, 5(e2), 77-88.

Capítulo 9

9 LA UTILIDAD DE LOS ARTEFACTOS ECOGRÁFICOS EN EL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

SEBASTIAN JAVIER ABAD REUS

ELENA GARCIA CHAPARRO

9.1 Introducción

La ultrasonografía o ecografía se puede definir como la técnica por imagen en el campo de la radiología que utiliza ondas de alta frecuencia de tipo mecánico junto a una computadora para obtener imágenes de determinadas estructuras anatómicas ya sean normales o no y cuya finalidad es obtener un diagnóstico.

Los artefactos son imágenes que no corresponden con las estructuras anatómicas reales. Aparecen con frecuencia en la práctica clínica y en ocasiones pueden presentar una utilidad diagnóstica.

El conocimiento de los hallazgos que no guardan concordancia con las estructuras al realizar la técnica es de crucial importancia para la interpretación y posterior diagnóstico del paciente y que no dé lugar a fallas en su lectura.

Conocer la existencia de dicho fenómeno y cuál es la naturaleza de su aparición, capacita al técnico o al radiólogo a un mejor manejo de la técnica, además de un menor porcentaje de falsos positivos y negativos o errores diagnósticos en su interpretación.

En algunos casos limitan la exploración, mientras que en otros nos aportan una valiosa información acerca de la composición y la estructura del tejido explorado.

Aunque en la mayoría de ocasiones no representa una prueba fehaciente de carácter diagnóstico, en determinadas circunstancias, los artefactos, sí que pueden ser útiles para tal fin.

9.2 Objetivos

Dar a conocer los artefactos de utilidad diagnóstica, resaltando la importancia de la buena práctica en la técnica ecográfica a la hora de reportar un diagnóstico tras la exploración.

9.3 Metodología

Para elaborar el presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación que reside 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.

9.4 Resultados

Para identificar los artefactos en una prueba ecográfica, es de crucial importancia ser conocedor de la técnica y reconocer sus bases físicas, ya que al realizarla, dichos fenómenos podrán ser evitados gracias a un adecuado manejo de la técnica y en ocasiones dichos artefactos serán intrínsecos a la misma.

Para proceder adecuadamente, en primer lugar, el tipo de sonda o transductor a utilizar debe cumplir la función y adaptarse al estudio en cuestión ya que la frecuencia de la sonda debe tener concordancia con las estructuras y la ubicación del estudio.

Las sondas se pueden clasificar atendiendo a su frecuencia y su morfología.

Según su frecuencia se clasifican en:

- Transductores de alta frecuencia: se utilizan en exploraciones superficiales y pequeñas.
- Transductores de baja frecuencia: se emplean en ecografías que necesitan mucha penetración como el abdomen.

Según su morfología:

- Sonda convex (curva): se emplean en exploraciones de abdomen, pelvis y otras estructuras profundas.
- Sonda lineal: se utilizan para estudios de mama y otras estructuras superficiales.
- Sonda intracavitaria o endocavitarias: sirven para exploraciones internas, como por ejemplo los estudios transvaginales.

Los ecógrafos pueden llevar a cabo diferentes tipos de estudios, en los cuales nos podemos encontrar artefactos que según la naturaleza de la exploración y las propiedades físicas de la onda del ultrasonido, ayudan a interpretar y diagnosticar determinados hallazgos patológicos.

Los artefactos que se encuentran en exploraciones y representan un hallazgo diagnóstico son:

Artefacto Twinkling: signo ecográfico que puede ser un hallazgo asociado a calcificaciones mamarias de naturaleza benigna además de caracterizarla en situaciones donde su interpretación en mamografía sea dudosa.

Artefacto de Centelleo (artefacto ecográfico de flujo en color): dicho signo podría ser de utilidad diagnóstica a la hora de detectar piedras en el riñón y dilucidar su composición química según la presencia o ausencia de dicho artefacto.

Artefacto de reverberación (líneas A): hallando líneas paralelas a intervalos regulares a la línea pleural en ecografías pulmonares junto a la ausencia del signo de deslizamiento pulmonar ayuda a diagnosticar el neumotórax.

Artefacto en cola de cometa (líneas B): se produce entre el pulmón normalmente aireado y la pleura visceral, llamada línea pleural. En el caso del pulmón normal se encuentran aisladas mientras que en el patológico incrementan en número como resultado de una afección alveolar o intersticial a la hora de diagnosticar un neumotórax.

9.5 Discusión

Los artefactos en la mayoría de ocasiones se consideran una error intrínseco de la práctica o cuya naturaleza es evitable si se es un buen conocedor de dicha técnica.

Los pilares de una buena práctica ecográfica toman como base, el conocimiento de la fisiología y anatomía normales y de las modificaciones como producto de diferentes enfermedades.

El conocimiento de los diferentes componentes del ecógrafo, su función y su posterior interacción física de las ondas de ultrasonido con las estructuras a su paso es de crucial importancia a la hora de realizar la exploración.

El descubrimiento, los fundamentos y la comprensión de los artefactos, no solo ha permitido eludir una falla en la práctica de la técnica o del ultrasonido sino que ha concedido la aparición de un cisne negro en el campo del diagnóstico por imagen, concediendo una ventana de oportunidad para las exploraciones, atendiendo a su objetivo final, obtener un buen diagnóstico y mejorar la calidad de los estudios ecográficos.

9.6 Bibliografía

1. Sánchez- Serrano I, Santa-Olalla González M, Francisco Jiménez Sánchez A, Navarro Baño A, Francisco Martínez Martínez J, Ibáñez Caturla S. Artefactos en ecografía: todo lo que el residente debe saber.
2. Páramo M, Zalazar LR, Cantera JE, Roblero PS, Insausti LP, Elizalde A. Artefacto Twinkling: signo sugestivo de benignidad en ecografía mamaria. In European Congress of Radiology-SERAM 2014; 2014.
3. Alan C, Koçoglu H, Kosar S, Karatag O, Resit Ersay A, Erhan A. El artefacto de centelleo en la caracterización de los cálculos urinarios. 2011;35(7):396-402.
4. Lasarte Izcue A, Navasa Melado JM, Blanco Rodríguez G, Fidalgo González I, Parra Blanco JA. Diagnóstico ecográfico del neumotórax. 2014;229-34.
5. Ruiz MM, Barona CFV, Adame EM. Artefactos en ultrasonido ocular. 2016;90(4):153-8.

Capítulo 10

10 LA ARTRITIS REUMATOIDE Y SUS DIFERENTES INDICIOS

NATALIA SUÁREZ GUZMÁN

RAQUEL DEL RIVERO SOLARES

JAIRO MOLPECERES BLANCO

ÁNGELA GARCÍA DÍAZ

ALEX LORENZO GONZÁLEZ

10.1 Introducción

La artritis reumatoide tiene una causa desconocida, es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por un proceso autoinflamatorio, crónico, sistémico y progresivo. Afecta así al tejido sinovial de las articulaciones llevando a la destrucción articular. Es una patología poliarticular y simétrica que afecta más a las articulaciones periféricas. Tiene una prevalencia del 1 % de la población, con una incidencia del sexo femenino superior 3 a 1 al varonil. Crea una alta discapacidad con los años en las actividades de la vida diaria y tiene un monumental impacto en la calidad de vida. Por esta patología se ve afectada un alto índice de la población. La artritis reumatoide es una enfermedad en la que se inflaman las articulaciones, produciéndose dolor, deformidad y dificultad para el movimiento.

10.2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer la artritis reumatoide.

Objetivos secundarios:

- Difundir su prevalencia y su epidemiología.
- Explicar y conocer los indicios de la artritis reumatoide.

10.3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se ha llevado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos, como son: Scielo, Medline, Scopus, etc. Hemos utilizado palabras clave como: paciente encamado, higiene personal, aseo, etc. También se ha buscado información en diversas revistas científicas y artículos relacionados con el tema.

10.4 Resultados

No se conoce la causa estricta de la artritis reumatoide y el por qué numerosas células de sistema inmunológico invaden el tejido articular provocando inflamación, acabando dañando la articulación. Las prótesis clínica más representativas de esta enfermedad es la afectación articular, aunque además las hay extra articulares al ser una enfermedad multiorgánica. Su síntoma fundamental es el dolor articular, la tumefacción y sensibilidad son muy usuales, además la rigidez matutina es bastante característica en esta enfermedad. La enfermedad va evolucionando creando una profunda discapacidad, empieza con la reducción del movimiento y evoluciona en deformidad de las articulaciones. Como manifestaciones extra articulares son usuales la anemia, anorexia, cansancio y la fiebre. La depresión no es una manifestación clínica de la enfermedad, sin embargo es bastante común en estos pacientes debido a la disminución de la calidad de vida. El fundamental método de diagnóstico es la clínica del paciente, aunque los estudios radiológicos y los estudios de laboratorio ayudan en el diagnóstico. Los estudios de sangre pueden detectar, por ejemplo, la realidad de un anticuerpo nombrado elemento reumatoide, aunque no siempre es determinante. Los rayos x pueden mostrar la destrucción del hueso y del cartílago. Además la biopsia de nódulos o la aspiración articular que se fundamenta en el análisis de líquido articular puede ser de ayuda en el diagnóstico. Este diagnóstico puede verse retrasado al principio por la clínica inespecífica que acostumbran exponer los pacientes. El método fundamental está indicado a aliviar la sintomatología como por ejemplo el dolor, inflamación articular y retrasar el mal articular, ya que la artritis no tiene cura. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y los inhibidores de ciclooxigenasa son el método de elección. Cuanto previamente se comience el método mejor es la evolución de la enfermedad, evitando así el mal persistente prematuro.

10.5 Discusión

Hay una información creciente sobre las enfermedades reumáticas debido a lo común que es a día presente, aunque aún de origen desconocido. Es importante el saber de la sintomatología y un buen diagnóstico, puesto que intentar y detectar la enfermedad a tiempo incide de forma directa en el bienestar del paciente y reduce además el costo sociosanitario. La artritis reumatoide ocupa uno de los primeros puestos de enfermedad incapacitante tanto en hombres como mujeres en los países desarrollados, aunque a lo largo de los años su pronóstico ha evolucionado favorablemente gracias a los nuevos tratamientos y terapias.

10.6 Bibliografía

1. Méx, M. I. (2016). Manifestaciones extraarticulares de artritis reumatoide. Medicina Interna de México, 32(6).
2. López, A. M. (2013). Artritis reumatoide. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 70(607), 523-528.
3. González P, O., Miranda A, M., & Vargas Catalán, N. (1995). Artritis reumatoídea

juvenil y espondiloartropatías: estudio comparativo. Rev. chil. pediatr, 241-5.

Capítulo 11

11 LA CONIZACIÓN CERVICAL EN LA MUJER

NURIA PÉREZ ALVAREZ

11.1 Introducción

Llamamos conización cervical al procedimiento quirúrgico para extirpar una parte del cuello del útero en mujeres que se le diagnostica una lesión precancerosa o premaligna en el cuello del útero.

Estas lesiones aparecen a consecuencia de una infección del virus del papiloma humano (VPH) el cual se adquiere cuando mantenemos relaciones sexuales.

La conización está indicada cuando hay presencia de lesión precancerosa o premaligna, pero también cuando hay alteraciones anormales en los tejidos superficiales del útero.

Esta intervención se realiza con un alambre con forma de asa, llamada asa de diatermia, con la que se realiza una extirpación en forma de cono.

Su duración es de 20 a 30 minutos.

11.2 Objetivos

Objetivo principal:

- Entender los procedimientos que se llevan a cabo en el proceso de la conización.

Objetivos secundarios:

- Determinar pautas para el proceso después de la intervención.
- Conocer cómo se realiza el diagnóstico del proceso de conización.

11.3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica de este tema.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y principales bases de datos , tales como Scielo, Medline y Pubmed.

Se han tomado datos sobre diferentes revistas científicas relacionadas con la materia.

11.4 Resultados

El término de conización significa extirpación de la parte externa del cuello y una interna del canal endocervix.

Encontramos después de los datos analizados que:

- Se trata de un procedimiento indoloro.
- Se usará anestesia local.
- Se trata de una técnica no invasiva, siendo ambulatoria, aunque se necesita la ayuda de un anestesista y se realizará en un quirófano.

Las complicaciones pueden ser:

- Hemorragias, generalmente sin importancia y de serlo se requiere asistencia médica.
- Lesiones en las paredes vaginales provocadas por instrumentos utilizados en la intervención.
- Reacciones a algún fármaco.
- Infecciones de la herida, las cuales serán tratadas mediante antibióticos pautados por el médico.

Del mismo modo, pueden ocurrir otros problemas derivados de la operación que tienen que ver con el estrechamiento del canal cervical, siendo estos:

- Dificultades con la menstruación.
- Dificultades para quedarse embarazada.
- También, aunque en menor medida, se han descrito casos de abortos en mujeres, después de someterse a dicha intervención, como también han ocurrido partos prematuros.
- No se han encontrado efectos adversos sobre lo que se refiere a la vida sexual. El tratamiento de las lesiones pueden ocasionar riesgos y desarrollar en cáncer de cuello de útero. Pero con un tratamiento y diagnóstico médico se podrá descartar la existencia de un cáncer en el cuello del útero.

Se realizan diferentes pruebas y seguimientos médicos antes, durante y después de la intervención de conización cervical. Donde se realiza un estudio preoperatorio con una serie de medidas como:

- No asistir solo a la consulta a la hora de realizar la prueba.
- No se necesita ir en ayunas.

El procedimiento y tratamiento esta marcado en todo caso por la buena praxis de médicos y personal sanitario.

Se dan unas pautas muy concretas que están determinadas por la ginecóloga y que el paciente debe llevar a cabo, en el que se pide un reposo entre tres y cuatro días después de la intervención, limitar la actividad física durante 10 días, no sumergirse en agua, pudiendo tomar duchas, no usar tampones vaginales y evitar tener relaciones sexuales en las tres y cuatro semanas posteriores.

El tratamiento que se marca ante el VPH es la vacunación, la cual reduce el porcentaje entre el 60 % y 80 %.

También se marcan unas recomendaciones, como el uso de preservativo durante seis meses, si se es fumador, dejarlo, ya que interfiere en el sistema inmune para defenderse del VPH.

11.5 Discusión

Como conclusión final de este capítulo podemos indicar que la vacunación puede prevenir las infecciones por distintos tipos de VPH que causan el cáncer de cuello de útero. Es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería quien en estos casos acompaña a la

paciente, proporcionándole ayuda y bienestar, así como ayudando en las necesidades básicas y fundamentales de la intervención ambulatoria, que se realiza en centros hospitalarios.

Es aconsejable contar con el apoyo familiar y tener una buena relación con el médico y equipo disciplinar para su seguimiento, así como para resolver todo tipo de dudas y preguntas.

11.6 Bibliografía

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

Capítulo 12

12 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE LAS ENFERMEDADES TIROIDEAS

SEBASTIAN JAVIER ABAD REUS

ELENA GARCIA CHAPARRO

12.1 Introducción

La glándula tiroidea es un órgano endocrino que en condiciones normales tiene forma de mariposa, se ubica por delante de la tráquea cervical cuya función es la de sintetizar las hormonas tiroideas que son las encargadas de controlar el metabolismo del cuerpo humano.

La producción de hormonas tiroideas tiene un papel fundamental, ya que son las únicas encargadas de llevar yodo en su estructura al no poder ser sintetizado por el cuerpo. La fuente de yodo depende exclusivamente de la ingesta y se incorpora en nuestro organismo a través de la alimentación.

Las hormonas tiroideas son las responsables de muchas actividades de nuestro cuerpo y un mal desempeño conllevaría una irregularidad en los ciclos metabólicos acarreando problemas para la salud.

Las patologías tiroideas más comunes son: bocio, hipertiroidismo, hipotiroidismo, cáncer de tiroides, nódulos y tiroiditis.

Las enfermedades del tiroides puede deberse a muchos factores como pueden ser: enfermedad autoinmune, respuesta al tratamiento para el hipertiroidismo, cirugía de tiroides, radioterapia, medicamentos, enfermedad congénita, trastornos de la glándula hipófisis, embarazo y deficiencia de yodo.

Un adecuado seguimiento clínico junto con la evolución de los hallazgos sean o no susceptibles de malignidad permitirán un marco de actuación apropiado para tomar las decisiones diagnósticas y terapéuticas más idóneas en cada caso.

12.2 Objetivos

Proporcionar las medidas diagnósticas y terapéuticas en la detección de las patologías tiroideas estableciendo su marco de actuación.

12.3 Metodología

La elaboración del capítulo se ha llevado a cabo mediante una revisión bibliográfica de esta temática a través de la consulta de varias bases de datos científicas como Scielo,

pubmed, Google académico. Además, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, consultado artículos científicos y revistas sanitarias de interés.

12.4 Resultados

La glándula tiroides tiene un importante aporte vascular de dos sistemas arteriales, un sistema venoso y un sistema linfático, matiz que ha ganado interés con el desarrollo del diagnóstico por imagen.

El tiroides aumenta de tamaño por condiciones patológicas o fisiológicas debido a su estimulación, este suceso solo tenía interés desde el punto de vista del cirujano, hasta llegar la ecografía doppler con su patrón vascular ecográfico ganando importancia en el campo del diagnóstico.

La ultrasonografía permite identificar de una forma fácil los posibles focos patológicos en el interior de la glándula. Los patrones ecográficos de la glándula tiroidea en modo doppler color se ajustan a las necesidades del estudio.

Estos patrones vasculares se clasifican en cuatro tipos:

- Nódulos sin vascularización perinodular o interna.
- Nódulos con vascularización confinada al tejido extranodular.
- Nódulos con importante vascularización intra y perinodular.
- Aumento de la vascularización (Infierno tiroideo).

Los nódulos de tiroides a su vez, los podemos dividir en cinco grupos según su ecoestructura:

- Solido hipoecoico.
- Solido isoecoico.
- Solido hiperecoico.
- Mixto.
- Líquido.

La sonda que permitirá realizar una exploración acorde a las necesidades del estudio en este caso será una sonda de alta frecuencia (7,5 {- 10MHz).

Los nódulos que presenten una importante vascularización intra y perinodular (tipo 3) tienen un especial punto de mira debido a que estos hallazgos tienen un alto porcentaje de malignidad (90 %) representando en la gran mayoría de los casos un carcinoma de tiroides.

Por ello es importante realizar un seguimiento rutinario mediante ecografías y estudios doppler color junto con una punción por aspiración con aguja fina (PAAF) y su posterior análisis citológico para descartar la existencia de dicha patología.

La biopsia con aspiración de aguja fina o PAAF es una prueba diagnóstica que consiste en la extracción parcial o total de tejido sospechoso por parte del radiólogo mediante ecografía, para extraer la muestra y ser examinada mediante microscopio por un citopatólogo.

Es recomendable tomar muestras de los nódulos mayores o iguales a 1 cm, sean palpables o no para evaluarlos mediante esta técnica diagnóstica.

Una vez comprobado el resultado de la citología y en el caso de obtener un resultado positivo en alguna patología tiroidea, daríamos paso a un nuevo ciclo terapéutico y diagnóstico empleando estudios de medicina nuclear.

La Medicina Nuclear es la especialidad médica que emplea isótopos radiactivos para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la patología.

En los estudios de medicina nuclear se administra un radiofármaco (fuente radioactiva) al paciente, por vía intravenosa. Este compuesto se fija al órgano diana (tiroides), este trazador se fija al órgano y emite radiación, recogiendo esta información por equipos denominados gammacámaras. Con esta radioactividad recogida en los equipos se forma una imagen que refleja la distribución del radiofármaco en el tiroides. Se denomina a esta imagen gammagrafía y puede ser tomográfica o planar.

Este estudio ayudara tanto a la planificación de la cirugía, aplicar la terapéutica necesaria o recoger las imágenes que nos aporten el diagnóstico y seguimiento adecuado para valorar y descartar la patología existente del paciente explorado.

12.5 Discusión

La implementación de la ecografía doppler ha resultado un avance de gran interés médico en el diagnóstico del tiroides, esta técnica nos brinda información útil relacionada con el flujo sanguíneo y en consecuencia sobre la morfología y fisiología de la glándula tiroidea. La ecografía doppler es, por tanto, la exploración adecuada para valorar y diagnosticar un tiroides normofuncional o en caso contrario detectar indicios patológicos cuyo recorrido diagnóstico y terapéutico debe ser ampliado.

El descubrimiento de un hallazgo patológico en el tiroides como puede ser un nódulo con indicio de malignidad será evaluado mediante una biopsia con aspiración por aguja fina (PAAF), recogiendo partes del tejido de interés para posteriormente descartar una masa tumoral. Es el método inicial para determinar la malignidad o benignidad del nódulo tiroideo. Esta técnica terapéutica ahorra tener que evaluar la patología dentro del quirófano, haciendo este método no tan invasivo. Aun así hay que tener especial interés en realizar un buen diagnóstico ecográfico para evitar realizar punciones innecesarias en pacientes cuyos nódulos tienen características benignas.

La medicina nuclear es el método diagnóstico y terapéutico para valorar la fisiología de la glándula en profundidad y seguir su evolución. Esta técnica nos acerca a un correcto tratamiento seguido de una evaluación y seguimiento de los pacientes.

12.6 Bibliografía

1. Martín-Almendra MÁ. Estructura y función de la glándula tiroides. 2016;7{=16.
2. Gimondo P, Mirk P, Messina G, Pizzi G, Tomei A. The role of ultrasonography in thyroid disease. 1993;84(12): 671{=80.
3. Messina G, Viceconti N, Trinti B. Echotomography and color-Doppler in the diagnosis of thyroid carcinoma. 1996;11(4):263{=7.
4. Garzón Cubides JG, Nieto Córdoba SJ, Cruz Cruz LR. Utilidad de la ecografía-doppler en el diagnóstico de benignidad-malignidad del nódulo tiroideo.

5. Martín-Almendra MÁ. Estructura y función de la glándula tiroides. 2016;7{=16.
6. Gimondo P, Mirk P, Messina G, Pizzi G, Tomei A. The role of ultrasonography in thyroid disease. 1993;84(12):671{=80.
7. Messina G, Viceconti N, Trinti B. Echotomography and color-Doppler in the diagnosis of thyroid carcinoma. 1996;11(4):263{=7.
8. Angelillis L, Urso M, Ambrosio GB. The use of color Doppler sonography in the diagnosis of thyroid pathology. 1995;20(4):225{=32.
9. Ruiz MM, Barona CFV, Adame EM. Artefactos en ultrasonido ocular. 2016;90(4):153{=8.
10. Saleh A, Santen R, Malms J, Feldkamp J, Fürst G, Scherbaum WA, et al. B-mode ultrasound and modern Doppler ultrasound methods in diseases of the thyroid gland and parathyroid glands. 1998;38(5):344{=54.
11. Medina-Ornelas S, García-Pérez F, Granados-García M. Impacto de la medicina nuclear en el diagnóstico y tratamiento del cáncer diferenciado de tiroides. 2018;154(4):509{=19.

Capítulo 13

13 SITUACIONES DE EMERGENCIA EN CENTROS SANITARIOS: CONOCER LAS MÁS HABITUALES Y CÓMO DEBE ACTUAR ANTE EL- LAS EL PERSONAL NO SANITARIO

MARÍA CARMEN LAGUNA TORRALBO

ELIA BORBOLLA DÍAZ

MARTA SUSANA APARICIO ROBLES

13.1 Introducción

Como sabemos, y aunque no habitualmente, pueden producirse diversas situaciones de emergencia en los centros hospitalarios o centros de salud que requieren de una correcta actuación del personal, tanto sanitario como no sanitario, que pueda evitar tanto daños personales como materiales.

Para ello son fundamentales los planes de emergencia y autoprotección que obligatoriamente deben de tener los centros sanitarios. Una serie de acciones programadas que todo el personal del centro tiene que ejecutar para poder minimizar al máximo los daños que se puedan producir, tanto para las personas como para las instalaciones.

Todo el personal, incluido el no sanitario, desempeña un papel fundamental en una situación de emergencia. No sólo deben cumplir fielmente las pautas que les indiquen los planes de emergencia o actuar de manera coordinada entre ellos, sino que es imprescindible que actúen de manera tranquila y serena para transmitir seguridad a todas las personas implicadas.

Considerando que una situación de emergencia es un suceso que ocurre de manera inesperada y que conlleva riesgos importantes, que puede producir lesiones en las personas o daños en las instalaciones y que por fuerza requiere de una actuación inmediata, podemos deducir que se pueden producir inevitablemente situaciones de pánico si se actúa con precipitación, que sólo podremos evitar con una actuación coordinada y previamente organizada por parte del personal.

Es muy importante también que todos los trabajadores, incluido el personal no sanitario, conozcan las normas básicas de actuación ante cualquier emergencia como puede ser un incendio, una inundación, derrames de productos químicos o un accidente o enfermedad repentina, entre otras.

13.2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las situaciones de emergencia más habituales a las que puede enfrentarse el

personal no sanitario en hospitales o centros de salud.

Objetivos secundarios:

- Exponer de manera sencilla las pautas de comportamiento del personal no sanitario ante dichas emergencias.
- Informar de una manera clara todo lo que debe saber dicho personal para poder actuar de forma correcta.

13.3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se han consultado varios artículos en la base de datos Scielo, en Google y Google Académico y se ha hecho una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han usado varias palabras clave y su combinación para la búsqueda de artículos en bases científicas:

- Emergencias.
- Plan de emergencias.
- Ámbito sanitario.
- Plan Autoprotección.
- Comportamientos ante emergencias.

13.4 Resultados

Durante el desarrollo de su jornada laboral diaria el personal no sanitario, tanto en hospitales como en los centros de salud, puede encontrarse inesperadamente con cualquier situación de emergencia. Para poder solventar de manera adecuada dicha emergencia es fundamental que esté preparado con antelación y así poder seguir y ejecutar de manera eficiente todas las acciones contempladas en los planes de emergencia, bien del hospital o del centro de salud.

Deben de conocer de manera clara la estructura jerárquica del personal autorizado a intervenir, cómo se van a utilizar los recursos y todas las medidas que se hayan establecido previamente, para poder actuar de manera correcta. Todos deberán estar correctamente identificados y atentos constantemente a todo lo que les indique la persona encargada de dirigir la situación.

Deben saber así mismo, por ejemplo, donde están ubicadas las salidas de emergencia, dónde encontrar los extintores y conocer su funcionamiento o saber identificar los sonidos de las posibles alarmas.

Podemos enumerar algunas situaciones de emergencia más habituales:

- Incendio.
- Inundación, movimiento sísmico u otros fenómenos de la naturaleza.
- Accidente externo que pueda afectar a las instalaciones.
- Amenaza de bomba.
- Detección de paquete sospechoso.

Ante cualquiera de estas emergencias, podemos también enumerar algunas normas generales que el personal no sanitario debería seguir en caso de que se requiera una evac-

uación, como son:

- Intentar mantener la calma en todo momento.
- Intentar eliminar cualquier obstáculo en el camino.
- Evacuar con rapidez llevando sólo lo imprescindible.
- No volver atrás para recuperar objetos olvidados.
- Intentar ayudarse unos a otros, con orden y serenidad.
- Cerrar puertas y ventanas o desconectar enchufes.
- Dejar libres en la medida de lo posible las líneas de teléfono.
- Acudir lo más rápido posible al punto de reunión establecido.

Existen varios protocolos a seguir: el protocolo denominado PAS, (proteger, avisar, socorrer), nos indica los pasos a seguir ante cualquier emergencia. Proteger, por ejemplo, señalizando la zona afectada o desconectando la electricidad. Avisar a los responsables de emergencias facilitando toda la información que nos sea posible. Y socorrer primero a los más graves, sin moverles, a no ser que estén en peligro de muerte. Abrigarles y evitar darles comida o bebida. También podemos destacar el protocolo RACE (rescatar, dar la alarma, controlar y extinguir) en caso de incendio.

Por último, según su gravedad, podemos distinguir:

- Conatos de emergencia: se puede neutralizar con los medios disponibles en el lugar de los hechos.
- Emergencia parcial: se necesita solicitar ayuda de otros más preparados y con más medios.
- Emergencia general: es necesario solicitar ayuda exterior y el desalojo total o parcial del centro.

13.5 Discusión

Para poder minimizar al máximo, por parte del personal no sanitario en un hospital o centro de salud, los daños personales y materiales que se producen en una situación de emergencia, es necesario y fundamental el conocimiento previo, por parte de dicho personal, de todas las pautas y protocolos establecidos en los planes de emergencia.

Así mismo, es muy importante conocer de antemano los tipos de emergencia que se pueden dar en nuestro puesto de trabajo. Saber dónde se encuentran las salidas de emergencia en el edificio, la ubicación de los extintores o los puntos de encuentro en el exterior en caso de evacuación, es también imprescindible para evitar que se actúe de manera errónea o ineficaz.

Mantener la calma en todo momento, conocer las obligaciones y los procedimientos, seguir sin dudar las órdenes dadas por los equipos de emergencia, ayudará al personal no sanitario del centro a evitar situaciones potencialmente peligrosas, con resultados negativos no deseados.

13.6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/planes-evacuacion-centros-hospitalarios/>.
2. https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/4258-plan_emergencia_evacuacion.pdf.

3. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-6237>- Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.
4. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000300002.
5. Acinas Acinas M.^a Patricia. Información a la población en situaciones de emergencia y riesgo colectivo. Psychosocial Intervention [Internet]. 2007 [citado 2022 Sep 21]; 16(3): 303-321. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000300002&lng=es.
6. https://www.seguridad-laboral.es/actualidad/mutuas-servicios-prevencion/como-actuar-ante-situaciones-de-emergencia_20211130.html.

Capítulo 14

14 SITUACIONES DE EMERGENCIA EN CENTROS SANITARIOS: CONOCER LAS MÁS HABITUALES Y CÓMO DEBE ACTUAR ANTE EL- LAS EL PERSONAL NO SANITARIO

ELIA BORBOLLA DÍAZ

MARÍA CARMEN LAGUNA TORRALBO

MARTA SUSANA APARICIO ROBLES

14.1 Introducción

Como sabemos, y aunque no habitualmente, pueden producirse diversas situaciones de emergencia en los centros hospitalarios o centros de salud que requieren de una correcta actuación del personal, tanto sanitario como no sanitario, que pueda evitar tanto daños personales como materiales.

Para ello son fundamentales los planes de emergencia y autoprotección que obligatoriamente deben de tener los centros sanitarios. Una serie de acciones programadas que todo el personal del centro tiene que ejecutar para poder minimizar al máximo los daños que se puedan producir, tanto para las personas como para las instalaciones.

Todo el personal, incluido el no sanitario, desempeña un papel fundamental en una situación de emergencia. No solo deben cumplir fielmente las pautas que les indiquen los planes de emergencia o actuar de manera coordinada entre ellos, sino que es imprescindible que actúen de manera tranquila y serena para transmitir seguridad a todas las personas implicadas.

Considerando que una situación de emergencia es un suceso que ocurre de manera inesperada y que conlleva riesgos importantes, que puede producir lesiones en las personas o daños en las instalaciones y que por fuerza requiere de una actuación inmediata, podemos deducir que se pueden producir inevitablemente situaciones de pánico si se actúa con precipitación, que solo podremos evitar con una actuación coordinada y previamente organizada por parte del personal.

Es muy importante también que todos los trabajadores, incluido el personal no sanitario, conozcan las normas básicas de actuación ante cualquier emergencia como puede ser un incendio, una inundación, derrames de productos químicos o un accidente o enfermedad repentina, entre otras.

14.2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer las situaciones de emergencia más habituales a las que puede enfrentarse el personal no sanitario en hospitales o centros de salud.

Objetivos secundarios:

- Exponer de manera sencilla las pautas de comportamiento del personal no sanitario ante dichas emergencias.
- Informar de una manera clara todo lo que debe saber dicho personal para poder actuar de forma correcta.

14.3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se han consultado varios artículos en la base de datos Scielo, en Google y Google Académico y se ha hecho una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han usado varias palabras clave y su combinación para la búsqueda de artículos en bases científicas:

- Emergencias.
- Plan de emergencias.
- Ámbito sanitario.
- Plan Autoprotección.
- Comportamientos ante emergencias.

14.4 Resultados

Durante el desarrollo de su jornada laboral diaria el personal no sanitario, tanto en hospitales como en los centros de salud, puede encontrarse inesperadamente con cualquier situación de emergencia. Para poder solventar de manera adecuada dicha emergencia es fundamental que esté preparado con antelación y así poder seguir y ejecutar de manera eficiente todas las acciones contempladas en los planes de emergencia, bien del hospital o del centro de salud.

Deben de conocer de manera clara la estructura jerárquica del personal autorizado a intervenir, cómo se van a utilizar los recursos y todas las medidas que se hayan establecido previamente, para poder actuar de manera correcta. Todos deberán estar correctamente identificados y atentos constantemente a todo lo que les indique la persona encargada de dirigir la situación.

Deben saber así mismo, por ejemplo, donde están ubicadas las salidas de emergencia, dónde encontrar los extintores y conocer su funcionamiento o saber identificar los sonidos de las posibles alarmas.

Podemos enumerar algunas situaciones de emergencia más habituales:

1. Incendio.
2. Inundación, movimiento sísmico u otros fenómenos de la naturaleza.
3. Accidente externo que pueda afectar a las instalaciones.

4. Amenaza de bomba.

5. Detección de paquete sospechoso.

Ante cualquiera de estas emergencias, podemos también enumerar algunas normas generales que el personal no sanitario debería seguir en caso de que se requiera una evacuación, como son:

- Intentar mantener la calma en todo momento.
- Intentar eliminar cualquier obstáculo en el camino.
- Evacuar con rapidez llevando sólo lo imprescindible.
- No volver atrás para recuperar objetos olvidados.
- Intentar ayudarse unos a otros, con orden y serenidad.
- Cerrar puertas y ventanas o desconectar enchufes.
- Dejar libres en la medida de lo posible las líneas de teléfono.
- Acudir lo más rápido posible al punto de reunión establecido.

Existen varios protocolos a seguir: el protocolo denominado PAS, (proteger, avisar, socorrer), nos indica los pasos a seguir ante cualquier emergencia. Proteger, por ejemplo, señalizando la zona afectada o desconectando la electricidad. Avisar a los responsables de emergencias facilitando toda la información que nos sea posible. Y socorrer primero a los más graves, sin moverles, a no ser que estén en peligro de muerte. Abrigarles y evitar dales comida o bebida. También podemos destacar el protocolo RACE, (rescatar, dar la alarma, controlar y extinguir), en caso de incendio.

Por último, según su gravedad, podemos distinguir:

- Contactos de emergencia:

Se puede neutralizar con los medios disponibles en el lugar de los hechos.

- Emergencia parcial:

Se necesita solicitar ayuda de otros más preparados y con más medios.

- Emergencia general:

Es necesario solicitar ayuda exterior y el desalojo total o parcial del centro.

14.5 Discusión

Para poder minimizar al máximo, por parte del personal no sanitario en un hospital o centro de salud, los daños personales y materiales que se producen en una situación de emergencia, es necesario y fundamental el conocimiento previo, por parte de dicho personal, de todas las pautas y protocolos establecidos en los planes de emergencia.

Asimismo es muy importante conocer de antemano los tipos de emergencia que se pueden dar en nuestro puesto de trabajo. Saber donde se encuentran las salidas de emergencia en el edificio, la ubicación de los extintores o los puntos de encuentro en el exterior en caso de evacuación, es también imprescindible para evitar que se actúe de manera errónea o ineficaz.

Mantener la calma en todo momento, conocer las obligaciones y los procedimientos, seguir sin dudar las órdenes dadas por los equipos de emergencia, ayudará al personal no sanitario del centro a evitar situaciones potencialmente peligrosas, con resultados negativos no deseados.

14.6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/planes-evacuacion-centros-hospitalarios/>
2. https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/4258-plan_emergencia_evacuacion.pdf
3. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-6237>- Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.
4. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000300002
Acinas Acinas M.^a Patricia. Información a la población en situaciones de emergencia y riesgo colectivo. Psychosocial Intervention [Internet]. 2007 [citado 2022 Sep 21]; 16(3): 303-321. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000300002&lng=es.
5. https://www.seguridad-laboral.es/actualidad/mutuas-servicios-prevencion/como-actuar-ante-situaciones-de-emergencia_20211130.html
6. https://www.chospab.es/plan_emergencias/intro.htm

Capítulo 15

15 LA ENFERMEDAD EL NOMA. CANCRUM ORIS

BEGOÑA IBAÑEZ DIAZ

15.1 Introducción

El noma es una enfermedad autoinmune, es una patología gangrenosa que destruye de manera muy agresiva los tejidos orofaciales y provoca grandes infecciones y deformidades en el rostro.

Afecta principalmente a niños menores de 7 años, desnutridos que residen en áreas en las que la sanidad y la higiene son deficientes, de no recibir tratamiento, concluye casi siempre en un fatal desenlace.

Ha permanecido en todo el planeta desde el inicio de los tiempos hasta hoy, en el que, ha desaparecido prácticamente del mundo desarrollado la enfermedad, salvo algunos casos en pacientes con SIDA/VIH y terapia inmunosupresora o en otros con Síndrome de Inmunodeficiencia Combinada Severa, los cuales han sido comunicados a finales del siglo XX.

No obstante, los sitios más desfavorecidos desde la perspectiva de abundancia, es decir, los lugares más pobres donde destaca África, continua acentuándose como un problema de salud arduo y abandonado donde prevalece en la franja infantil.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), unas 140.000 personas la sufren cada año.

15.2 Objetivos

Procurar un conocimiento más elevado sobre la enfermedad de Noma con una población más consciente teniendo unos datos uniformados es la finalidad de esta revisión.

15.3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se realizará una búsqueda bibliográfica sistemática donde se tendrán en cuenta criterios de artículos científicos de acuerdo a esta temática.

Consultando artículos en las principales bases de datos: Medline, Scielo, Scopus, CDC, PubMed, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Las páginas web oficiales como OMS, National Cancer Institute, American Cancer Society, también han sido consultadas para la elaboración de este capítulo.

15.4 Resultados

Empieza la enfermedad infectando e inflamando las encías, y podría abordarse con un simple antibiótico. Si no es tratada, se extiende muy rápido corroyendo tejidos y huesos en poco tiempo. El porcentaje de fallecimientos de los individuos que han contraído la enfermedad, ha sido del 90% durante las 2 semanas iniciales.

Las causas que lo producen no son concretas, donde se piensa que son factores que se intercalan como la nutrición incorrecta, infecciones intra-orales y enfermedades como inmunodepresión unida al VIH e infecciones víricas o sistémicas bacterianas etc..., que destacan como enfermedades debilitantes. Es un desarrollo que no se puede transmitir y no es reiterativo.

El noma se puede prevenir y tratar porque en la acción de dejadez del mismo, tarda muy poco tiempo en ser letal, y dándose el caso de que algún ciudadano llegue a sobrevivir, quedará con unas secuelas muy duras como tener dificultad para respirar, hablar o comer en las que solo mediante la técnica de cirugía reconstructiva puede ser tratado. por lo que las personas que logran sobrevivir a ello, frecuentemente abordan huellas aterradoras.

Varios factores de riesgo se asocian a la patogenesia del noma. El factor más vital es desnutrición severa, especialmente desnutrición de la proteína-caloría. Otros factores que contribuyen importante a la patogenesia del noma incluyen:

- Vida en países subdesarrollados.
- Saneamiento ambiental pobre.
- Higiene oral pobre.
- Exposición frecuente a las heces humanas/animales.
- Historia anterior de la infección viral o bacteriana.

Es indispensable tomar medidas idóneas para prever la enfermedad, ya que las consecuencias son terribles desarrollando el noma, aunque el porcentaje de desarrollarlo es diminuto. Las medidas que se pueden tomar para prevenir muchas patologías infecciosas dentro de las que estaría el noma, pueden ser: Tomar una buena alimentación, una correcta higiene bucodental, tener suministro para poder ingerir agua potable, y evadirse lo máximo posible de tener contacto con los animales. Ya que los lugares que tienen más incidencia en esta enfermedad no tienen una economía abundante como para poder llevar a cabo las medidas, ni tienen una cultura para ayudar en ello, donde eliminar la pobreza que influye notablemente en esto, es un ideal inalcanzable.

15.5 Discusión

El Noma, se puede prevenir, manteniendo medidas higiénicas adecuadas, y una alimentación completa y equilibrada. Sin tratamiento es letal, pero el noma se puede prevenir y tratar. Sin embargo, en países donde aún existe pobreza (África) en la mayoría de los casos, no existe ni la cultura, ni recursos económicos para poder llevar a cabo estas condiciones.

No cabe duda, que el Noma es una enfermedad que ha pasado a formar parte del olvido, y de la que sigue sin esclarecerse su causa.

Los sobrevivientes presentan dificultades en su vida y sus relaciones interpersonales, por las graves secuelas que les ha dejado esta olvidada enfermedad.

15.6 Bibliografía

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión Web-Bibliográfica, sobre la literatura científica existente.

1. www.funsepa.net.
2. www.coeg.eu.
3. www.cuidateplus.com.
4. www.statista.com.
5. www.medigraphic.com.
6. www.cdc.gov.
7. www.medlineplus.com.
8. www.scielo.org.
9. www.news-medical.net.
10. <https://medlineplus.gov/ency/article/001342.htm>.
11. <https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-71/issue-10/757.pdf>.
12. <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/noma-disease>.
13. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69004-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69004-1/fulltext).
14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12002813>.

Capítulo 16

16 DEFECTOS DE CIERRE OROFACIALES: LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO

BEGOÑA IBAÑEZ DIAZ

16.1 Introducción

La deficiencia cráneo-facial más común al nacer, es el defecto de cierre oro-facial, prevalente en un total en nacidos vivos 1/700.

El labio leporino y el paladar hendido son defectos congénitos, los cuales no se unieron en el útero materno las partes de la cara del lactante.

Cuando no progresan adecuadamente, la formación facial de un feto, se engendra una fisura en el paladar y el belfo leporino.

Ello se produce previamente en el primer trimestre de gestación.

Un bebé puede tener labio leporino o paladar hendido o ambos.

Los niños con labio leporino o paladar hendido pueden tener problemas para comer hablar y/o respirar. Esto va a depender del tamaño de las aberturas. Los niños que tienen labio leporino o paladar hendido también son más propensos a tener infecciones de oídos, pérdida de la audición o problemas dentales.

Un porcentaje muy alto de niños, con fisuras oro-faciales, tienen una vida saludable, y buen pronóstico con terapia.

16.2 Objetivos

Hacer una descripción sobre los defectos de cierre orofaciales: labio leporino y paladar hendido.

16.3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión Web-Bibliográfica, sobre la literatura científica existente. Realizando una búsqueda sistemática consultando artículos en las principales bases de datos: Medline, Scielo, Scopus, CDC, PubMed, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Además se consultaron las páginas web oficiales como National Cancer Institute, American Cancer Society, OMS.

16.4 Resultados

El labio leporino es uno de los defectos de nacimiento más frecuentes. En la elaboración del embrión es creada por la unión incompleta del desarrollo maxilar y nasomedial.

Cuando una mujer está embarazada, mediante una ecografía de rutina, se puede diagnosticar esta afectación.

En un % muy elevado, en el primer reconocimiento del bebé se observa, teniendo la dificultad de que algún paladar hendido, no se aprecia fácilmente, lo que conlleva a una posibilidad de diagnóstico más futura.

Cuando nace el bebé, es cuando inmediatamente, se puede observar físicamente en su rostro una separación en su paladar o belfo.

Puede ser en el lado derecho o izquierdo del labio, o en el medio del labio con menor frecuencia. Pudiendo desplegarse a la nariz y las hendiduras pueden verse como muescas diminutas.

Un paladar hendido, es un agujero en la parte superior de la boca y puede ser menos obvio que un labio leporino. A veces por el revestimiento del propio paladar hendido, esta afección pueden quedar oculta. Pueden variar en tamaño.

Hasta que se realiza la intervención quirúrgica los defectos oro-faciales pueden derivar en variables contingencias,:

- Nutrición: ya que el niño no puede sellar su boca, puede dificultarse la alimentación mediante un dispositivo (biberón) o la lactancia materna.
- Problemas dentales: los dientes del niño pueden no desarrollarse correctamente y puede tener un riesgo superior al promedio de caries dental.
- Problemas de habla: si el labio leporino y el paladar hendido no se arreglan con la cirugía, pueden afectar al habla cuando el niño es mayor.
- Problemas auditivos: algunos bebés con labio leporino o paladar hendido tienen un mayor riesgo de infecciones de oído y oído pegajoso (acumulación de líquido en el oído), lo que puede afectar la audición.

A veces, una cirugía puede cerrar el labio y el paladar. Generalmente antes de los 18 meses se realiza la cirugía para el paladar hendido y para el belfo leporino se inicia antes de que cumpla un año de vida. Varios pacientes pueden tener otras dificultades, necesitando de otras especialidades como ortodoncia, logopedia, cuidado dental o incluso otras intervenciones quirúrgicas cuando se desarrollen.

Aunque, algunas veces la afección no será obvia en la gammagrafía y es posible que no se note hasta que nazca el bebé. Los médicos no siempre saben por qué un bebé ha desarrollado esta anomalía, pero se relaciona con factores genéticos. Así mismo, durante el embarazo, pudiendo ampliar los problemas, factores ambientales diversos:

- Ingesta de fármacos en el periodo gestante.
- Exposición a sustancias químicas en la gestación.
- Tabaco, drogas y/o alcohol durante el embarazo.
- Obesidad en el periodo gestante.
- Deficiencia de ingesta durante el embarazo de ácido fólico.

16.5 Discusión

A mitad del embarazo durante la exploración de anomalías la mayoría son detectables. Con tratamiento, la mayoría de los niños con hendiduras orofaciales tienen buenos resultados y una vida saludable.

Gran parte de los pacientes con esta enfermedad, son tratados con éxito, y sin problemas.

En cuanto a la fonación y la nutrición hay que señalar los hechos concurrentes característicos del niño y adolescente del paladar hendido y el labio leporino.

Seguir el curso psicológico de la autoestima del menor, tanto como su personalidad con estos defectos oro-faciales.

En el desarrollo social del niño y adolescente con labio leporino y/o paladar hendido, hay que reconocer la importancia que tiene el apoyo y actitud de la familia.

16.6 Bibliografía

Para la elaboración del siguiente trabajo, se ha consultado diferente información científica y artículos en diferentes webs:

1. www.mayoclinic.org.
2. www.coeg.eu.
3. www.cuidateplus.com.
4. www.statista.com.
5. www.ugr.es.
6. www.medigraphic.com.
7. www.iSanidad.com.
8. www.consalud.es.
9. www.cdc.gov.
10. www.medlineplus.com.
11. www.javeriana.edu.co.
12. www.directorioodontologico.info.
13. www.tn.com.ar.
14. www.scielo.org.
15. www.infosalud.com.
16. www.sespo.es.
17. www.sehop.org.
18. www.actasanitaria.com.
19. www.medicinaoral.com.
20. www.medlineplus.gov.
21. www.cdc.gov.
22. www.nidcr.nih.gov.

Capítulo 17

17 SARNA, UNA ENFERMEDAD QUE PARECÍA OLVIDADA

RAUL ÁNGEL BRUNO FERNÁNDEZ

LUCIA RAMOS MUÑOZ

MARIA ISABEL SANZ JIMENEZ

17.1 Introducción

En la práctica diaria se está observando un aumento de casos de sarna en los servicios sanitarios en los últimos años, especialmente desde la pandemia por SARS-CoV2. Esto podría ser debido al confinamiento domiciliario y al retraso en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes durante este periodo, provocado tanto por el miedo en la población a ser contagiado en los centros sanitarios, como a la saturación de los mismos.

La sarna es una enfermedad que no veíamos habitualmente y vemos conveniente mejorar el conocimiento sobre ella para poder detectarla precozmente y así poder ser tratada con rapidez, y también evitar su contagio al resto de la población.

Existe la idea errónea de que se trata de una enfermedad que desapareció ya en el siglo pasado, pero la realidad es que su incidencia es de 300 millones de afectados en todo el mundo al año.

La sarna, era la dermatosis parasitaria más frecuente en el mundo occidental hasta los años 50, después fue disminuyendo hasta casi desaparecer de Europa y América, pero desde 1970 se observa un incremento del número de casos.

Por lo tanto, se trata de una enfermedad muy actual pero que se encuentra olvidada, como consecuencia de la persistente creencia de su erradicación.

17.2 Objetivos

- Actualizar el conocimiento sobre esta enfermedad.
- Exponer de forma concreta las características de las lesiones y de la enfermedad, para así poder detectarla precozmente en los pacientes y poder evitar que continúe propagándose.

17.3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, sobre la literatura científica existente acerca de las características de la enfermedad, su mecanismo de transmisión, su diagnóstico y tratamiento.

17.4 Resultados

El parásito *Sarcoptes scabiei* es el causante de la escabiosis o sarna.

El ácaro excava un surco en la epidermis. Después la hembra profundiza el surco e inicia la puesta de huevos en su interior.

El periodo de incubación es de 2 a 6 semanas.

El síntoma más frecuente es el prurito, especialmente por la noche, que es el momento en que las hembras ponen los huevos, y unas lesiones con forma de surcos lineales que terminan en una vesícula, que contienen los ácaros y los huevos del parásito.

Las zonas donde aparecen preferentemente son: entre los dedos de las manos, en las muñecas y los codos. También en las axilas, la cintura, abdomen, los muslos, glúteos, los órganos genitales externos masculinos y mamas femeninas.

Dos tipos según su clínica.

Sarna clásica.

Los ácaros aparecen en número pequeño, el prurito comienza a las 2-6 semanas de la parasitación. Esta forma se da en personas con sistema inmunitario sin alteración.

Sarna noruega, costrosa o hiperqueratósica.

Esta variedad es más contagiosa y es más complicado el tratamiento que la escabiosis de presentación clásica. Las lesiones pueden contener miles de parásitos y huevos.

Es más frecuente en personas con procesos patológicos como enfermedades crónicas, problemas neurológicos, alteraciones del sistema inmune, etc.

Es característico de esta presentación la disminución o incluso ausencia de prurito, descamación y engrosamiento de la piel, que puede simular psoriasis. Frecuentemente aparecen brotes en instituciones cerradas como residencias de ancianos.

Los síntomas se atribuyen a una reacción alérgica al ácaro y a sus excreciones.

El diagnóstico se basa en la clínica, no es necesaria la confirmación microscópica para comenzar el tratamiento del paciente afectado y la exploración de las zonas donde se encuentran más frecuentemente las lesiones:

- Prurito intenso, especialmente durante la noche.
- Una erupción simétrica sin causa aparente.
- Aparición de los surcos característicos en las zonas donde se encuentran más frecuentemente las lesiones.

El principal modo de transmisión es el contacto prolongado de piel con piel.

La transmisión mediada por fómites es poco común, aunque puede ser importante en la sarna costrosa.

Las personas afectadas son contagiosas desde el periodo de incubación y hasta la eliminación de los huevos y ácaros tras el tratamiento, por lo que se puede alargar varias semanas

Tratamiento:

Consiste en la utilización de escabicidas, el medicamento recomendado es tópico con crema de permetrina al 5 %. Se realiza una primera aplicación y se repite a los 7 días. Pasadas 24 h tras la primera aplicación, el paciente deja de ser contagioso.

Medidas higiénicas:

Correcta profilaxis en los convivientes con el afectado, que consisten en una aplicación del mismo tratamiento, sin necesidad de repetir a los 7 días, pero de manera coordinada

con el caso para evitar la reinfestación.

17.5 Discusión

El conocimiento de esta enfermedad, aparentemente olvidada, nos ayudará a establecer las estrategias preventivas

Parece importante, por lo tanto, volver a prestarle la importancia que realmente esta enfermedad tiene en la actualidad y continuar así detectando los casos precozmente y actuar con rapidez y precisión y así evitar brotes y epidemias contribuyendo a la disminución de la prevalencia mundial.

Se trata de una patología con un porcentaje de curación del 100%, si se trata mediante un tratamiento adecuado, que es simple, lo cual implica la importancia de su correcto diagnóstico y manejo por el personal que lo atiende en el primer momento.

Tan importante es el manejo de las personas que han estado en contacto directo con los afectados, ya que si no son tratados adecuadamente sufrirán la enfermedad y continuará así la cadena de transmisión.

17.6 Bibliografía

1. Campillos Páez MT, Causín Serrano S, Duro Mota E, Agudo Polo S, Martínez Ramírez MO, Sánchez de la Nieta Martín JM. Escabiosis: revisión y actualización. Medifam [Internet]. 2002 [citado el 28 de agosto de 2022];12(7):40-54. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1136-90752002000700004>.
2. Sarna LA, ¿una H, Emergente E. Idus.us.es. [citado el 28 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/92020/BOUJELBANE%2c%20LAILA.pdf?sequence=1>
3. De P, Frente A, Escabiosis A. Carm.es. [citado el 28 de agosto de 2022]. Disponible en: https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/8523/Protocolo%20escabiosis%20DEF_2022.pdf
4. Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica - Escabiosis: una revisión [Internet]. Com.mx. [citado el 28 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://dcmq.com.mx/edici%C3%B3n-julio-septiembre-2013-volumen-11-n%C3%BAmero-3/177-escabiosis-una-revisi%C3%B3n>
5. Morgado-Carrasco D, Piquero-Casals J, Podlipnik S. Treatment of scabies. Aten Primaria [Internet]. 2022;54(3):102231. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214139522000685>
6. Lluch Galcerá JJ, Carrascosa Carrillo JM, Boada García A. Epidemic scabies: New treatment challenges in an ancient disease. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2022; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731022006858>
7. De P, Frente A, Escabiosis A. Carm.es. [citado el 28 de agosto de 2022]. Disponible en: https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/8523/Protocolo%20escabiosis%20DEF_2022.pdf

Capítulo 18

18 AMBULANCIAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO

MARIA SANCHEZ ROCES

18.1 Introducción

Es un hecho que la demanda en los servicios de urgencia extrahospitalaria en los países desarrollados cada vez es mayor.

Esta demanda continua exige una ampliación de los sistemas de atención sanitaria y reclama constantemente una reforma y actualización continua.

En los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarios españoles este hecho no es muy diferente y la adaptación continua a las nuevas necesidades de la población, así como la demanda socioeconómica que ésta provoca están en continuo movimiento.

Pero no olvidemos que este crecimiento puede comprometer los costos, la calidad de la asistencia y los resultados de la actuación. Por eso es necesario la formación y ampliación de nuevos servicios y una vigilancia persistente de los procedimientos que se llevan a cabo.

En la actualidad nos encontramos con la reciente implantación de las ambulancias de tipo C o Soporte Vital Avanzado Enfermero (SVAE), un modelo de atención a la urgencia que, implantado en Cataluña en el año 1989, se ha ido expandiendo por otras regiones.

Con una progresión paulatina, es un servicio más en ocho de las diecisiete comunidades autónomas de España (Andalucía, 1999; Canarias, 2003; País Vasco, 2007; Castilla y la Mancha, 2013; Madrid, 2014; Comunidad Valenciana, 2017; Castilla y León, 2021).

Pero no es un servicio exclusivo nuestro, ya que este tipo de asistencia también es llevado a cabo en otros países con sistemas de salud equiparables.

En Países Bajos, este modelo de atención extrahospitalaria proporcionada regularmente por enfermeras registradas en ambulancia, es una práctica también ya interiorizada en la actualidad, cuyos dos objetivos principales son proporcionar crecimiento y desarrollo individual al profesional enfermero y tratar y evaluar al paciente en toda su integridad. Esta práctica puede llevarse a cabo a través de un modelo muy similar al desarrollado en nuestro país, porque no hay estándares definidos de la EMS holandesa para la atención médica exclusivamente, si no una serie de diagramas, protocolos y estrategias para la toma de decisiones que capacita de forma autónoma también la actuación enfermera.

De esta manera y haciendo hincapié en esta forma de actuación, debemos señalar que no sólo encontramos líneas de estrategias establecidas por las organizaciones de emergencias, sino que además en mayo de 2012 en España, se publica el Real Decreto 836/2012, donde quedan especificadas las características técnicas, el equipamiento sanitario y los perfiles de los profesionales que deben ir en cada tipo de unidad móvil, estableciendo las ambulancias tipo C como aquellas que proporcionan Soporte Vital Avanzado (SVA) y que su dotación puede ir compuesta por un técnico/a de emergencias sanitarias y un diplomado/a o graduado/a en enfermería, dejando a un lado y sólo en casos donde la asistencia lo requiera, la presencia de un licenciado/a en medicina.

Se implanta de esta forma, una legalidad en estas unidades con personal enfermero cómo máximo responsable del equipo que trabaja de forma autónoma y garantiza una asistencia de calidad.

Por consiguiente, las líneas futuras nos guían hacia una atención extrahospitalaria no exclusivamente médica más destinada a la atención primaria y a los servicios de urgencias hospitalarios, si no a un ahondamiento de la formación enfermera en este ámbito.

Conocer la efectividad de este modelo de ambulancia frente al modelo más tradicional de SVA en España nos ayudará a terminar de expandirlo por el resto de las zonas sanitarias o a perfeccionarlo en aquellas en las que ya esté implementado.

El auge de estas ambulancias debido a su versatilidad, rentabilidad y a la escasez de médicos en el ámbito extrahospitalario nos sugieren que pueden ser la mejor alternativa y/o complemento de las unidades ya existentes.

La sociedad nos reta constantemente para dar solución a los problemas generados, nos exige una calidad en la asistencia recibida y este ámbito tan novedoso e inusitado, implantado en un corto periodo de tiempo en el sistema sanitario español, en el que aún no se han realizado cuantiosos análisis e investigaciones, requiere una mayor atención por nuestra parte.

Conocer la calidad asistencial proporcionada por estos modelos en el ámbito extrahospitalario parece evidente, parece necesario para terminar de asegurar que este modelo puede ser una de las mejores alternativas que actualmente tenemos para hacer frente a todos los retos que la sociedad continuamente nos demanda.

18.2 Objetivos

Determinar si existen diferencia entre la calidad asistencial proporcionada por las ambulancias tipo C lideradas por enfermeras (SVAE) y las lideradas por médicos (SVA) en las urgencias y emergencias extrahospitalarias.

18.3 Metodología

Tipo de estudio: estudio de cohortes

Población a estudio:

Pacientes de código ictus y código infarto atendidos por el SUMMA Madrid.

Población accesible:

Aquellos de los que exista registro de actuación protocolizada

Población elegible:

- Criterios de inclusión: actuaciones del año 2019

- Criterios de exclusión: embarazadas, pacientes pediátricos

Muestra y participantes:

Igual que población a estudio.

Variables a estudio:

La recogida de información se hará a través de los datos disponibles sobre las diferentes actuaciones de los servicios de urgencia extrahospitalaria del SUMMA Madrid disponibles en el Portal de Transparencia del SUMMA.

18.4 Bibliografía

1. Bloemhoff A, Schoonhoven L, de Kreek AJ, van Grunsven PM, Laurant MG, Berben SA. Solo emergency care by a physician assistant versus an ambulance nurse: a cross-sectional document study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016 Jun 29; 24:86.
2. Gea IA, Martínez MC. Situación actual de las unidades de soporte vital con Enfermería en España. *Ciberrevista*. 2015; 4 (44).
3. Casto E, Figueras I, Jiménez X, Olivé M, Sánchez. P. Guia d'actuació infermera d'urgències i emergències prehospitalàries. 1ª ed. Catalunya: Sistema d'Emergències Mèdiques; 2015.

Capítulo 19

19 PATOLOGÍAS DEL ÚTERO (MIOMAS UTERINOS)

DEYANIRA MORÁN MENÉNDEZ

19.1 Introducción

El útero es un órgano con forma de pera que nos encontramos en la pelvis de las mujeres y, en él, es donde se desarrolla el feto. Está formado por el cuerpo uterino y el cérvix o cuello uterino y, su pared, está compuesta por tres capas (capa serosa, miometrio y endometrio).

El útero es un órgano propenso a infecciones, entre las que podemos encontrar:

- Endometriosis: eso sucede cuando un tejido igual que el del endometrio crece fuera del útero.
- Adenomiosis: engrosamiento de las paredes del útero.
- Hemorragias.
- Hiperplasias: aumento de la producción de células.
- Cáncer.

En este artículo vamos a centrarnos principalmente en los miomas uterinos.

19.2 Introducción

El útero es un órgano con forma de pera que nos encontramos en la pelvis de las mujeres y, en él, es donde se desarrolla el feto. Está formado por el cuerpo uterino y el cérvix o cuello uterino y, su pared, está compuesta por tres capas (capa serosa, miometrio y endometrio).

Es un órgano propenso a infecciones, entre las que podemos encontrar endometriosis, adenomiosis, hemorragias, hiperplasias, cáncer...

En este artículo vamos a centrarnos principalmente en los miomas uterinos.

19.3 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir los miomas uterinos y sus características.

Objetivos secundarios:

- Indicar tipos de diagnóstico.
- Describir los tipos de tratamientos que existen para tratar este tipo de patología.
- Exponer posibles complicaciones de los miomas.

19.4 Objetivos

Describir los miomas uterinos y sus características.

Indicar tipos de diagnóstico.

Describir los tipos de tratamientos que existen para tratar este tipo de patología.

Posibles complicaciones de los miomas.

19.5 Metodología

Para realizar este artículo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de diferentes artículos y publicaciones principalmente en el buscador "Google", donde pudimos encontrar diferentes páginas que tratan sobre miomas uterinos y patologías uterinas, seleccionando así algunos artículos interesantes que nos han ayudado a llevar a cabo esta investigación.

19.6 Caso clínico

Los miomas uterinos son masas anormales de tejido muscular liso (tumores) que, como ya sabemos, crecen en el útero y no suelen ser tumores malignos/cancerosos. También pueden conocerse como leiomiomas o fibromas uterinos.

Los miomas suelen aparecer en el cuerpo uterino y, con menos frecuencia, en el cuello del útero. Suelen ser muy comunes, especialmente en mujeres de mediana edad y no se sabe con exactitud qué los provoca pero, se cree que están provocados por las hormonas y que podrían ser hereditarios.

Pueden crecer en varios sitios, como puede ser la pared muscular del útero (intramurales), bajo la cubierta externa del útero (subserosos), en la superficie del revestimiento uterino (submucosos)...

Podemos identificar los miomas si presentamos síntomas como puede ser el sangrado entre periodos (lo más frecuente), periodos menstruales mas largos, cólicos, presión en la parte baja del abdomen...

A la hora de diagnosticar un mioma se pueden realizar diferentes exámenes, como puede ser un examen manual, un ultrasonido, una resonancia magnética, una histeroscopia (se inserta un tubo delgado y largo por la vagina hasta el útero para observar su interior), biopsias...

Se disponen de tratamientos múltiples a la hora de tratar un mioma uterino. Los fármacos más utilizados para tratar esta patología son los que contienen gonadotropina, ya que puede ayudar a la disminución del tamaño de los miomas. También se pueden emplear procedimientos quirúrgicos como, por ejemplo, una histeroscopia, una ablación endometrial, una miomectomía (extirpando los miomas, que pueden volver a salir) o, como último recurso, una histerectomía (se trata de la extirpación completa del útero).

Como con cualquier patología, pueden existir complicaciones como dolor intenso o sangrado abundante que requiera de cirugía, retorcimiento del mioma, infecciones urinarias... En casos de mujeres embarazadas las complicaciones podrían ser que diese a luz

prematuramente, que deba realizar una cesárea o que presente un sangrado abundante justo después de dar a luz.

19.7 Discusión-Conclusión

Como ya hemos visto, los miomas son tumores benignos de tejido muscular liso que presenta la mayor parte de la población femenina y no suelen presentar complicaciones graves.

Suele ser suficiente un tratamiento con fármacos análogos de la hormona liberadora de gonadotropina, que usados de manera temporal pueden reducir el tamaño del mioma, pero no suelen hacerlos desaparecer por completo.

19.8 Resultados

Los miomas uterinos son masas anormales de tejido muscular liso (tumores) que, como ya sabemos, crecen en el útero y no suelen ser tumores malignos/cancerosos. También pueden conocerse como leiomiomas o fibromas uterinos.

Los miomas suelen aparecer en el cuerpo uterino y, con menos frecuencia, en el cuello del útero. Suelen ser muy comunes, especialmente en mujeres de mediana edad y no se sabe con exactitud qué los provoca pero, se cree que están provocados por las hormonas y que podrían ser hereditarios.

Pueden crecer en varios sitios, como puede ser la pared muscular del útero (intramurales), bajo la cubierta externa del útero (subserosos), en la superficie del revestimiento uterino (submucosos)...

Podemos identificar los miomas si presentamos síntomas como puede ser el sangrado entre periodos (lo más frecuente), periodos menstruales mas largos, cólicos, presión en la parte baja del abdomen...

A la hora de diagnosticar un mioma se pueden realizar diferentes exámenes, como puede ser un examen manual, un ultrasonido, una resonancia magnética, una histeroscopia (se inserta un tubo delgado y largo por la vagina hasta el útero para observar su interior), biopsias...

Se disponen de tratamientos múltiples a la hora de tratar un mioma uterino. Los fármacos más utilizados para tratar esta patología son los que contienen gonadotropina, ya que puede ayudar a la disminución del tamaño de los miomas. También se pueden emplear procedimientos quirúrgicos como, por ejemplo, una histeroscopia, una ablación endometrial, una miomectomía (extirpando los miomas, que pueden volver a salir) o, como último recurso, una histerectomía (se trata de la extirpación completa del útero).

Como con cualquier patología, pueden existir complicaciones como dolor intenso o sangrado abundante que requiera de cirugía, retorcimiento del mioma, infecciones urinarias... En casos de mujeres embarazadas las complicaciones podrían ser que diese a luz prematuramente, que deba realizar una cesárea o que presente un sangrado abundante justo después de dar a luz.

19.9 Bibliografía

1. <https://es.wikipedia.org/wiki/%C3%9Atero>
2. <https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2020/01/21/miomas-uterinos-multiples-opciones-tratamiento-eficaz-171771.html>
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000914.htm>
4. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/miomas-uterinos>

19.10 Discusión

Como ya hemos visto, los miomas son tumores benignos del aparato reproductor femenino, de tejido muscular liso que suele presentar la mayor parte de la población femenina y no suelen tener complicaciones graves.

Pueden aparecer en diferentes ambas partes del aparato reproductor femenino, tanto en el cuello del útero como en el cuerpo del útero.

Los síntomas más comunes que presentan las mujeres son sangrados entre periodos, dolores o presión en la parte baja del abdomen...

Suele ser suficiente un tratamiento con fármacos análogos de la hormona liberadora de gonadotropina que, usados de manera temporal, pueden reducir el tamaño del mioma, pero no suelen hacerlos desaparecer por completo.

19.11 Bibliografía

1. <https://es.wikipedia.org/wiki/%C3%9Atero>.
2. <https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2020/01/21/miomas-uterinos-multiples-opciones-tratamiento-eficaz-171771.html>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000914.htm>.
4. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/miomas-uterinos>.

Capítulo 20

20 SÍNDROME DE SAPHO (ENFERMEDAD DESCONOCIDA)

LUCIA RAMOS MUÑOZ

MARIA ISABEL SANZ JIMENEZ

RAUL ÁNGEL BRUNO FERNÁNDEZ

20.1 Introducción

En 1987, un equipo francés propuso el acrónimo SAPHO como un grupo de manifestaciones articulares, cutáneas y óseas, como:

- Sinovitis: inflamación aguda o crónica de la membrana sinovial que recubre una articulación.
 - Acné conglobata: es una forma infrecuente de acné.
 - Pustulosis: enfermedad inflamatoria crónica de la piel caracterizada por la presencia de pústulas estériles en palmas y plantas sobre una base eritematosa.
 - Hiperostosis: crecimiento excesivo del hueso.
 - Osteítis: infección ósea causada por bacterias u otros gérmenes.
- Este síndrome actualmente forma parte de las espondiloartropatías.

20.2 Objetivos

Dar a conocer esta rara enfermedad de etiología desconocida de manifestaciones articulares y dermatológicas asociadas que afecta tanto a niños como adultos de edad media y sin prevalencia de género.

20.3 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.

20.4 Resultados

Las causas del síndrome de Sapho no se conocen bien, se describe como una enfermedad autoinflamatoria desencadenado por el sistema inmune.

También se ha comentado una serie de factores ambientales ,genéticos y la desregulación inmune que contribuye a la susceptibilidad de padecer dicho síndrome.

Se han descrito casos sobre todo en Japón, pero también en Francia, Italia, Alemania, España y Escandinavia.

Las alteraciones osteoarticulares (huesos y articulaciones) son las manifestaciones principales de la enfermedad y pueden aparecer de forma aislada sin presentar manifestaciones cutáneas (acné o pustulosis palmoplantar). Aproximadamente el 60% de los casos presentan de forma concomitante las manifestaciones cutáneas.

La afectación ósea y la de la pared torácica anterior son los signos osteoarticulares más sugestivos. Las pruebas de imagen ocupan un lugar preponderante en el diagnóstico como la gammagrafía ósea que permite obtener en una sola exploración imágenes del cuerpo entero y puede emplearse para el diagnóstico diferencial de otros procesos osteoarticulares además de tener un control evolutivo de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento.

El diagnóstico de esta enfermedad puede ser muy complicado llegando a pasar años hasta tener una confirmación dada la variedad de síntomas y el poco conocimiento de dicha enfermedad ya que es un diagnóstico que requiere el conocimiento por parte del especialista y el descarte de otras enfermedades como la artritis reumatoide, infecciones o tumores óseos, etc.

No existe un tratamiento único y óptimo para esta enfermedad. Los antiinflamatorios no esteroideos son los fármacos empleados con mayor frecuencia aunque no siempre tienen el efecto deseado.

Los corticoides, el metotrexato o la sulfasalazina se han empleado en casos graves pero ningún tratamiento ha resultado eficaz en todas las situaciones, por lo que se han empleado terapias con aceptables resultados.

Los resultados preliminares con los antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa como el infliximab , etanercept, etc.; indican otra posible opción terapéutica.

20.5 Discusión

El síndrome de Sapho es una enfermedad inmunológica rara de baja frecuencia que puede parecer a cualquier edad.

Es importante dar a conocer este síndrome ya que para su correcto diagnóstico dependerá de que el médico piense en esta patología y establezca la unión entre las manifestaciones articulares y dermatológicas ya descritas sobre todo el dolor en la pared torácica anterior y la pustulosis palmoplantar ya que son signos evidentes de dicho síndrome.

Además de los síntomas específicos de la enfermedad, la gente a menudo se queja de síntomas invisibles como dolor, fatiga, y cambios en el estado de ánimo. El dolor y la fatiga se pueden convertir en una parte frecuente durante el día.

Así pues puede tener un curso estable o de recaídas y remisiones. Aunque el curso es variable, las complicaciones incapacitantes no son comunes y en muy raras ocasiones

pueden producirse alteraciones en la longitud de las extremidades.

20.6 Bibliografía

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

Capítulo 21

21 SINDROME DE BURNOUT PARA EL PERSONAL NO SANITARIO

ROSA ANA MARTINEZ GONZALEZ

21.1 Introducción

Los problemas de salud mental es uno de los grandes y más graves problemas a los que se tienen que enfrentar los trabajadores en la actualidad, el sector sanitario a sufrido mucha presión y estrés en los últimos tiempos a consecuencia de la crisis sanitaria producida por el Covid 19, que ha hecho que los profesionales se vean obligados a salir de su zona de confort y afrontar problemas graves de gestión, recursos y un sinfín de problemas más.

Como dato histórico destacamos que el término "burnout" fue usado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, en su libro "Burnout: The High Cost of High Achievement".

21.2 Objetivos

En este capítulo de libro describiremos la definición del síndrome de Burnout y la descripción de los principales tipos existentes así como de los efectos adversos y síntomas negativos para la salud del trabajador.

21.3 Metodología

En la confección de este capítulo de libro se ha buscado información en libros de psicología de la biblioteca pública de Gijón, en páginas webs con información sobre el síndrome de burnout en el entorno sanitario, en pdf formativos facilitados por el sindicato de C.C.O.O y en cursos realizados en materia de prevención de riesgos de la plataforma de FYSA.

21.4 Resultados

La Organización Mundial de La Salud, La O.M.S , describe esa síndrome del Burnout o síndrome de estar quemado, como un síndrome conceptualizado como resultado de un estrés laboral crónico que no ha sido satisfactoriamente manejado" y lo caracteriza bajo tres dimensiones:

- Sentimientos de baja energía o agotamiento.
- Mayor distancia mental del trabajo, sentimientos de negativismo o cinismo.
- Reducida eficacia profesional.

Existen principalmente dos tipos de Burnout o síndrome del trabajador quemado. Son los siguientes:

- Burnout activo: el trabajador tiene una conducta asertiva. Se relaciona con elementos externos a la profesión.
- Burnout pasivo: el trabajador suele tener sentimientos como la apatía y se relaciona con factores internos psicosociales. Destacando que este tipo de Burnout es el más negativo o dañino para la salud del trabajador.

En relación a los posibles efectos adversos y consecuencias negativas para la salud del trabajador del entorno sanitario, destacamos que son muchos y variados, en ocasiones el propio trabajador que lo sufre no es consciente de su deterioro físico o psicológico, destacamos principalmente los siguientes:

- Sentimiento de agotamiento, fracaso e impotencia.
- Baja autoestima.
- Poca o nula realización personal.
- Estado permanente de nerviosismo.
- Dificultad para mantener la concentración.
- Comportamientos agresivos.
- Ansiedad y depresión.
- Dolor de cabeza y cefaleas.
- Taquicardia.

21.5 Discusión

Nos gustaría proponer la creación de comisiones de seguimiento de ambiente laboral dentro de los centros sanitarios de España, con el fin de articular protocolos de actuación que van desde todas esas acciones que tratan de minimizar el impacto de estrés, realización de tareas no adecuadas, presión social, comportamientos de abuso o discriminación, entre otras muchas situaciones que podrían derivar a que una persona sufra Burnout; pero sin olvidar dotar de recursos para solucionar problemas existentes en la actualidad con trabajadores que lo puedan estar sufriendo en la actualidad.

Una propuesta es la de dotar a los hospitales con psicólogos que puedan atender a los trabajadores que necesiten ayuda en materia psicológica.

21.6 Bibliografía

1. <https://proyectohuci.com/es/burnout-segun-la-oms-clasificando-el-sufrimiento/>.
2. <https://www.inesem.es/revistadigital/gestion-empresarial/sindrome-de-burnout-conductas-y-patronos/>.
3. <https://segurospersonales.chubbinsured.com/sindrome-del-burnout/>.
4. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psicologicas/sindrome-burnout.html>.
5. <https://mentalmadrid.com/sindrome-de-estar-quemado-o-burnout/>.

Capítulo 22

22 ESTERNOTOMÍA

SANDRA DEL CAÑO ALONSO

AIDA LOREDO MONTES

ANDREA FERNANDEZ BERROCAL

ANDREA GONZALEZ BRAÑA

22.1 Introducción

La esternotomía media sigue siendo incisión principal para acceder al corazón. Los principales inconvenientes son la osteomielitis y mediastinitis, son las más graves, y el impacto estético de una cicatriz amplia en el centro del pecho, ya que es un lugar muy visible. También es común padecer insuficiencia respiratoria como consecuencia al dolor y a la inestabilidad del esternón. Se han ido desarrollando otro tipo de acceso para poder reducir estas complicaciones, además de poder conseguir una menor estancia en el centro hospitalario. Sin duda, la miniesternotomía en «J» es la técnica más aceptada, ya que, es más estética y reduce notoriamente las complicaciones en pacientes con algún tipo de problema pulmonar. Es una incisión más sencilla de realizar, rápida, sin destrozo muscular y que proporciona una buena exposición de todo el corazón y de los grandes vasos. Una vez se cerrada de manera correcta resulta estable y menos dolorosa.

La complicación de mayor importancia de la esternotomía media es la infección (osteomielitis y mediastinitis). Es una complicación grave, realizada por los cirujanos y que puede prolongar la estancia en el hospital de alrededor de 55 días, además puede provocar una mortalidad alta. Si se consigue superar la infección, puede quedar como secuela la inestabilidad esternal. En general, las molestias de la esternotomía desaparecen en los tres o cuatro días posteriores a la intervención. Si el separador fue colocado muy alto en la esternotomía, puede ocasionar la fractura de la primera costilla y de manera ocasional la contusión del plexo braquial. El sangrado postoperatorio es frecuente y provoca reintervenciones en el postoperatorio inmediato. La incisión de una esternotomía media suele tener unos 20 cm de longitud, está en un lugar muy visible y tarda unos años en dejar de apreciarse.

22.2 Objetivos

Determinar las pautas en los cuidados de la esternotomía tras el alta hospitalaria.

22.3 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.

22.4 Resultados

Los cuidados de la herida quirúrgica comienzan por prevenir la infección de la misma, ya que puede generar complicaciones en el periodo postoperatorio. Habitualmente se levanta el apósito quirúrgico el segundo día postoperatorio, y si no existe secreción se deja expuesta al aire y se lava una vez al día con agua y jabón. El enrojecimiento de herida o la supuración deben ser vigiladas y tratadas de manera correcta mediante cultivo, tratamiento antibiótico y curas de la herida por turnos con suero salino hipertónico. Antes de hacer nada sobre la cicatriz, hay que asegurarse de que no hay infección y de que no exude. La protección solar es recomendable en los 3-4 primeros meses de cicatrización. Si al año de intervención la cicatriz es significativamente hipertrófica, habría que valorar que factores han influido en el proceso. Esta anomalía en la cicatrización consiste en un aumento del grosor de la cicatriz con enrojecimiento y, con frecuencia, pequeñas arañas vasculares, además de picor e incluso dolor. El grado más importante de este aumento de grosor es el denominado queloide, en el que la elevación de la herida es superior a los márgenes de la propia cicatriz y se extiende hacia la piel normal.

Las personas fumadoras presentan mayor riesgo de mala cicatrización, ya que el tabaco, reduce el flujo sanguíneo local. Las personas con obesidad también presentan mayor riesgo de complicaciones.

22.5 Discusión

Las recomendaciones de enfermería y los cuidados auxiliares son de mayor importancia en el proceso de recuperación de este tipo de pacientes, ya que sus prácticas realizadas de manera correcta, evitan infecciones, complicaciones y aseguran una buena praxis. Las pautas de seguimiento de la herida quirúrgica son muy importantes para una rápida recuperación del paciente en el momento de secado de la herida y susceptible de infecciones. También es de vital importancia una buena promoción de la salud y prevención de enfermedades para evitar este tipo de complicaciones que originan hoy en día muchas complicaciones de la salud.

22.6 Bibliografía

1. Sternal wound complications after isolated coronary artery bypass grafting: early and late mortality, morbidity and cost of care. Ann Thorac Surg 1990
2. Major sternal wound infection after open heart surgery: a multivariate analysis of the

risk factors in 2579 consecutive operative procedures. Ann Thorac Surg 1987

3. Mini-T sternotomy for cardiac operations. J Thorac Cardiovasc Surg 1997 <https://www.unidaddecardiopatíascongénitas.es>

4. Incision minimal-access valve operations. Ann Thorac Surg 1998.

Capítulo 23

23 CUIDADOS PALIATIVOS

ANDREA FERNANDEZ BERROCAL

ANDREA GONZALEZ BRAÑA

SANDRA DEL CAÑO ALONSO

AIDA LOREDO MONTES

23.1 Introducción

Los cuidados paliativos son aquellos que se aplican a los pacientes en la fase terminal de su vida. El impacto que esto provoca en el conjunto familia-paciente-equipo se divide en diversas etapas de experimentación, en las cuales los días finales engloban la etapa agónica, la cual se puede presentar de forma aguda o lentamente.

Los últimos días del paciente generan un preduelo en sus familias, muy difícil emocionalmente de gestionar, para los cuales también se dispone de apoyo psicológico y moral.

Los cuidados del conjunto por parte del equipo multidisciplinar deben ser instaurados de forma protocolaria y praxis correcta para poder ofrecerles confort y tranquilidad.

Los tratamientos de analgesia serán de inmediata instauración, eliminando aquellos tratamientos anteriores que no sean necesarios y efectivos terapéuticamente y que no son trascendentes llegado un momento de este

proceso (antihipertensivos, nefrológicos, corticoides, antitrombóticos, viales...).

Mantener un tratamiento ineficaz daría paso a un encarnizamiento terapéutico, empeorando si cabe el bienestar del paciente. Los síntomas de la fase agónica son fallo renal, estertores, dolor, disfagia. El paciente debe sentirse acompañado, cuidado y comprendido, respetando sus expectativas y deseos. Si este ya no pudiera expresarse, será su familia quien tome las decisiones necesarias en su evolución.

23.2 Objetivos

Determinar los cuidados auxiliares necesarios para dispensar al paciente el bienestar y confort que necesita en los últimos momentos de su vida.

23.3 Metodología

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

en las principales bases de datos:

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

23.4 Resultados

Hay multitud de enfermedades que pueden prolongarse en el tiempo y que no tienen cura. Generalmente, a medida que la enfermedad avanza, los síntomas van variando por lo que tiene importancia ir acompañando esos cambios con los cuidados adecuados. Recibir este tipo de cuidados es un derecho del paciente.

Los cuidados paliativos no solo abarcan los dolores físicos propios de cada enfermedad, ya que los pacientes pueden tener dolor emocional al verse alejados de su hogar.

El 45% de pacientes terminales llegan a precisar la Sedación Paliativa (SP).

El equipo auxiliar y enfermero proporcionan, alivio y calidad de vida, además de calidad en el proceso agónico. Se manifiesta que la técnica de sedación controla la disnea grave y la agitación hiperactiva. Se implementan cuidados básicos de suma relevancia: higiene personal, higiene oral, frescor, cambios posturales, sensibilización del equipo con charlas pautadas alternativas con el conjunto familiar dando apoyo en todo momento, instauración de vías venosas, vía rectal, control de convulsiones con diazepam y del dolor con AINEs, vía transdérmica para parches opiáceos, vigilancia de las zonas de inserción de las VSC (eritema, inflamación), cambios del punto de inserción cada 5- 7 días.

El equipo auxiliar vigila las vías de suero (no acosamientos, no avulsión de la palomilla), mantiene al paciente en condiciones dignas (seco, acomodado) y dispensa a las familias la información y apoyo necesario que se le pueda ofrecer.

23.5 Discusión

Los cuidados auxiliares en paliativos son los más importantes para el paciente. La formación continuada en este campo de la sanidad es vital para poder impartir estos cuidados de manera empática y, a la vez, técnica.

El equipo intervencionista debe estar formado para abordar todas las incidencias que se puedan presentar en el conjunto familia-paciente. Los cuidados paliativos ni acortan ni alargan la vida. Estos cuidados se instauran para evitar el sufrimiento físico y moral del paciente que se ve sometido al final de su vida en una fase agónica indeterminada y la tarea de los sanitarios es proporcionarle bienestar y analgesia.

23.6 Bibliografía

1. Bereavement.in: Doyle D,Hanks GW,Macdonald N,editors.Oxford text book of palliative medicine.2 nd ed.Oxford:Oxford University Press,1998.
2. Bioética y cuidados paliativos en atención primaria.En: Benitez del Rosario MA, Salinas Martin A,editores.Aspectos de organización.Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 2000.

3. <https://www.secpal.com>.
4. Los tratamientos inútiles y el concepto de futilidad. Quadern CPAS 1995.

Capítulo 24

24 ROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA Y MODELO CENTRADO EN LA FAMILIA

RAQUEL ABARCA USEROS

MARIA VANESA GONZALEZ RAMOS

24.1 Introducción

La Atención Temprana, (en adelante AT), es una disciplina moderna, en constante evolución y cambio. Sus intervenciones están dirigidas a la población infantil entre 0 y 6 años, a sus familias y entornos que presenten un trastorno en su desarrollo (GAT,2000).

El desarrollo infantil es una transformación continua y compleja de las esferas biológica, psicológica y social del niño, que adquiere habilidades capacitándolo para interactuar con el medio.

Por todo esto es evidente que, el triángulo comprendido entre la familia, el niño y el profesional es clave para conseguir los objetivos principales de la Atención Temprana que son: (Mulas, 2004)

- Minimizar las consecuencias de la discapacidad, así como, evitar déficits secundarios o asociados.
- Acoger las necesidades del niño, de la familia y del entorno que le rodea.

La evolución de la Atención Temprana en nuestro país, como en el resto de Europa, ha ido dotando a la familia de la importancia que se merece. El papel que ésta tiene con respecto a la intervención con el niño es imprescindible. Sin embargo, no siempre se tuvo esta perspectiva de modelo. Al principio, cuando el término que se usaba para denominar la AT, era estimulación precoz, el centro de toda la intervención era el niño, desvinculándolo de su familia y entorno, siendo el profesional un "experto" donde la prevención primaria y secundaria no tenían lugar.

Pronto fue evidente que, ese modelo no era el adecuado, por lo que, se comenzó a incluir a la familia y al entorno del niño.

El origen de la Atención Temprana se da en la década de los 60 en Estados Unidos, en las primeras investigaciones sobre neurología evolutiva, psicología del desarrollo y del aprendizaje. La disciplina llegó a Europa unos años después, en los 70, con un enfoque exclusivamente rehabilitador centrado en el niño. A lo largo del tiempo otras disciplinas científicas han aportado a la Atención Temprana dogmatismo a su estructura teórico-conceptual. (Mulas F, 2004)

Cabe destacar que, en nuestro país, la Atención Temprana nació bajo el nombre

de Estimulación Precoz.

En el año 2000 se publica en España el Libro Blanco de la Atención Temprana, considerado el documento oficial de mayor rango de la disciplina. Éste define la Atención temprana como el "conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar." (GAT, 2000)

MODELO CENTRADO EN LA FAMILIA

Históricamente, desde el inicio de la Atención Temprana, todas las intervenciones estaban centradas en el niño y las limitaciones que presentaba, con una perspectiva meramente rehabilitadora. El profesional ejercía como único experto, dejando a la familia en segundo lugar en el proceso de intervención del niño. Es por esto que este modelo de intervención inicial fue denominado terapeuta {= experto y su principal crítica fue la dependencia que se creaba desde la familia hacia el profesional o experto.

Pronto creció la idea de entender a la familia como agente potencial y activo del desarrollo del niño, por ello se consideró que no era adecuado otorgarle un rol pasivo en las decisiones sobre el niño. De esta manera se pasó al modelo conocido como padres {= terapeutas o co-terapeutas donde la familia comenzaba su empoderamiento repitiendo la intervención rehabilitadora ejercida por un profesional. Sin embargo, las necesidades del niño y el plan de intervención seguían siendo determinadas por el profesional, apareciendo de nuevo dependencia, pero además esta nueva responsabilidad, generaba estrés en la familia y pérdida del rol parental.

Por todo esto surgió la necesidad de integrar a la familia en Atención Temprana de otra forma más apropiada, considerándose el modelo enfocado a la familia, donde se ofertan diferentes opciones, otorgando así más poder al núcleo familiar. Sin embargo, sigue siendo el profesional quién determina las necesidades y quien oferta las estrategias de intervención. Es así como nace el modelo centrado en la familia; en este caso el profesional y la familia son compañeros en la tarea de facilitar y mejorar las posibilidades de desarrollo del niño. La atención es personalizada basada en las necesidades de cada familia y niño.

Lo que busca es aprovechar cada oportunidad de aprendizaje que se produce en el ámbito real del niño. El profesional guía a las familias en las decisiones y potencia (García-Sánchez, Escorcía, Sánchez-López, Orcajada, & Hernández-Pérez, 2014).

TERAPIA OCUPACIONAL Y SU PAPEL EN EL MODELO CENTRADO EN LA FAMILIA.

La Terapia Ocupacional es definida por nuestro Marco de Trabajo como el uso terapéutico de las actividades de la vida diaria (ocupaciones) con individuos o grupos con el propósito de participar en los roles y en situaciones en el domicilio, colegio, lugar de trabajo, comunidad y otros ambientes. Los servicios de terapia ocupacional se proveen con el propósito de promover la salud y bienestar y para

aquellos que tienen o están en riesgo de desarrollar una enfermedad, lesión, trastorno, condición, deterioro, discapacidad, limitación en la actividad o restricción de su participación.

La terapia ocupacional atiende los aspectos físico, cognitivo, psicosocial, sensorial, y otros aspectos del desempeño en una variedad de contextos para apoyar el compromiso con las actividades de la vida diaria que afectan la salud, el bienestar y la calidad de vida. (Ávila A, 2010).

Dentro de los diferentes campos a los que se dedica la terapia ocupacional, entre ellos se encuentra la pediatría, donde el terapeuta realiza funciones de prevención, diagnóstico funcional, intervención e investigación de las actividades diarias y en los entornos naturales donde éstas se llevan a cabo, para incrementar la autonomía y la independencia en el desarrollo de los niños en su desempeño diario. Es importante considerar que la ocupación significativa es el canal de trabajo del terapeuta, es por esto que el juego, siendo la principal ocupación en la infancia, es la herramienta de trabajo usada en AT. (OTOEFC , 2018)

Debido a diversidad de los usuarios que son atendidos en AT, está justificado la importancia de un equipo multidisciplinar o transdisciplinar. Los profesionales que componen el equipo suelen ser: psicólogo, pedagogo, educador especial, trabajador social, fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional, entre en otros, siendo este último, el cualificado para intervenir en circunstancias de desequilibrio en el desempeño diario de una familia. (ETOLE, 2013)

24.2 Introducción

La Atención Temprana, (en adelante AT), es una disciplina moderna, en constante evolución y cambio. Sus intervenciones están dirigidas a la población infantil entre 0 y 6 años, a sus familias y entornos que presenten un trastorno en su desarrollo (GAT,2000).

El desarrollo infantil es una transformación continua y compleja de las esferas biológica, psicológica y social del niño, que adquiere habilidades capacitándolo para interactuar con el medio.

Por todo esto es evidente que, el triángulo comprendido entre la familia, el niño y el profesional es clave para conseguir los objetivos principales de la Atención Temprana que son: (Mulas, 2004).

- Minimizar las consecuencias de la discapacidad, así como, evitar déficits secundarios o asociados.

- Acoger las necesidades del niño, de la familia y del entorno que le rodea.

La evolución de la Atención Temprana en nuestro país, como en el resto de Europa, ha ido dotando a la familia de la importancia que se merece. El papel que esta tiene con respecto a la intervención con el niño es imprescindible. Sin embargo, no siempre se tuvo esta perspectiva de modelo. Al principio, cuando el término que se usaba para denominar la AT, era estimulación precoz, el centro de toda la intervención era el niño, desvinculándolo de su familia y entorno, siendo el profesional un "experto" donde la prevención primaria y secundaria no tenían

lugar.

Pronto fue evidente que, ese modelo no era el adecuado, por lo que, se comenzó a incluir a la familia y al entorno del niño.

El origen de la Atención Temprana se da en la década de los 60 en Estados Unidos, en las primeras investigaciones sobre neurología evolutiva, psicología del desarrollo y del aprendizaje. La disciplina llegó a Europa unos años después, en los 70, con un enfoque exclusivamente rehabilitador centrado en el niño. A lo largo del tiempo otras disciplinas científicas han aportado a la Atención Temprana dogmatismo a su estructura teórico-conceptual. (Mulas F, 2004)

Cabe destacar que, en nuestro país, la Atención Temprana nació bajo el nombre de Estimulación Precoz.

En el año 2000 se publica en España el Libro Blanco de la Atención Temprana, considerado el documento oficial de mayor rango de la disciplina. Este define la Atención temprana como el "conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos.

Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar." (GAT, 2000).

- Modelo centrado en la familia:

Históricamente, desde el inicio de la Atención Temprana, todas las intervenciones estaban centradas en el niño y las limitaciones que presentaba, con una perspectiva meramente rehabilitadora. El profesional ejercía como único experto, dejando a la familia en segundo lugar en el proceso de intervención del niño. Es por esto que este modelo de intervención inicial fue denominado terapeuta {= experto y su principal crítica fue la dependencia que se creaba desde la familia hacia el profesional o experto.

Pronto creció la idea de entender a la familia como agente potencial y activo del desarrollo del niño, por ello se consideró que no era adecuado otorgarle un rol pasivo en las decisiones sobre el niño. De esta manera se pasó al modelo conocido como padres {= terapeutas o co-terapeutas donde la familia comenzaba su empoderamiento repitiendo la intervención rehabilitadora ejercida por un profesional. Sin embargo, las necesidades del niño y el plan de intervención seguían siendo determinadas por el profesional, apareciendo de nuevo dependencia, pero además esta nueva responsabilidad, generaba estrés en la familia y pérdida del rol parental.

Por todo esto surgió la necesidad de integrar a la familia en Atención Temprana de otra forma más apropiada, considerándose el modelo enfocado a la familia, donde se ofertan diferentes opciones, otorgando así más poder al núcleo familiar. Sin embargo, sigue siendo el profesional quién determina las necesidades y quien oferta las estrategias de intervención. Es así como nace el modelo centrado en la familia; en este caso el profesional y la familia son compañeros en la tarea de facilitar y mejorar las posibilidades de desarrollo del niño. La atención es personalizada basada en las necesidades de cada familia y niño.

Lo que busca es aprovechar cada oportunidad de aprendizaje que se produce en el ámbito real del niño. El profesional guía a las familias en las decisiones y potencia (García-Sánchez, Escorcía, Sánchez-López, Orcajada, & Hernández-Pérez, 2014).

Terapia ocupacional y su papel en el modelo centrado en la familia.

La Terapia Ocupacional es definida por nuestro Marco de Trabajo como el uso terapéutico de las actividades de la vida diaria (ocupaciones) con individuos o grupos con el propósito de participar en los roles y en situaciones en el domicilio, colegio, lugar de trabajo, comunidad y otros ambientes. Los servicios de terapia ocupacional se proveen con el propósito de promover la salud y bienestar y para aquellos que tienen o están en riesgo de desarrollar una enfermedad, lesión, trastorno, condición, deterioro, discapacidad, limitación en la actividad o restricción de su participación.

La terapia ocupacional atiende los aspectos físico, cognitivo, psicosocial, sensorial, y otros aspectos del desempeño en una variedad de contextos para apoyar el compromiso con las actividades de la vida diaria que afectan la salud, el bienestar y la calidad de vida. (Ávila A, 2010).

Dentro de los diferentes campos a los que se dedica la terapia ocupacional, entre ellos se encuentra la pediatría, donde el terapeuta realiza funciones de prevención, diagnóstico funcional, intervención e investigación de las actividades diarias y en los entornos naturales donde estas se llevan a cabo, para incrementar

la autonomía y la independencia en el desarrollo de los niños en su desempeño diario. Es importante considerar que la ocupación significativa es el canal de trabajo del terapeuta, es por esto que el juego, siendo la principal ocupación en la infancia, es la herramienta de trabajo usada en AT. (OTOEFC , 2018)

Debido a diversidad de los usuarios que son atendidos en AT, está justificado la importancia de un equipo multidisciplinar o transdisciplinar. Los profesionales que componen el equipo suelen ser: psicólogo, pedagogo, educador especial, trabajador social, fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional, entre en otros, siendo este último, el cualificado para intervenir en circunstancias de desequilibrio en el desempeño diario de una familia. (ETOLE, 2013)

24.3 Objetivos

OBJETIVO PRINCIPAL

- Proponer un proyecto de intervención de Terapia Ocupacional, siguiendo el modelo centrado en la familia en Atención Temprana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estudiar la intervención de Terapia Ocupacional en la Atención Temprana.
- Identificar el modelo de atención centrada en la familia y su aplicación en Atención Temprana.

24.4 Objetivos

Objetivo principal:

- Proponer un proyecto de intervención de Terapia Ocupacional, siguiendo el modelo centrado en la familia en Atención Temprana.

Objetivos secundarios:

- Estudiar la intervención de Terapia Ocupacional en la Atención Temprana.
- Identificar el modelo de atención centrada en la familia y su aplicación en Atención Temprana.

24.5 Metodología

Como indica el objetivo principal de este trabajo, vamos a proponer un proyecto de intervención que llevará a cabo un terapeuta ocupacional, en el ámbito de la Atención Temprana, es decir, con niños de entre 0 a 6 años, que presentan un déficit en su desarrollo. El modelo de trabajo que se va a seguir es el modelo centrado en la familia, por ello, todas las intervenciones se van a llevar a cabo con el niño y su familia, habitualmente dentro del hogar familiar o en el entorno natural del niño, como puede ser el parque, patio del colegio, aula, etc. El proyecto consta de cuatro bloques y catorce sesiones en total. Las sesiones tendrán una duración mínima de 60 minutos y máxima de 120 minutos. La frecuencia de las sesiones será de dos por semana, es decir, el proyecto tendrá una duración de siete semanas.

El primer bloque se ha denominado Valoración, ya que la misión del terapeuta en las tres sesiones que lo componen, es conocer y valorar al niño, la familia, el entorno y el contexto que lo rodean. Se llevará a cabo en esta primera parte un Ecomapa y una entrevista semiestructurada basada en rutinas. Para finalizar este primer bloque, el terapeuta tendrá una charla con la familia, donde explicará en qué se basa el modelo centrado en la familia, con el fin de capacitarla como agente generador de oportunidades de aprendizaje para el niño.

El segundo bloque, denominado Objetivos y Planificación, tiene como finalidad conocer las necesidades y prioridades de la familia para poder redactar los objetivos que quieren conseguir y así poder elaborar el Plan de Apoyo a la Familia (PIAF) que servirá como guion. Consta de dos sesiones, pero una de ellas la lleva a cabo el terapeuta solo. Según el modelo centrado en la familia el papel del terapeuta ocupacional debe ser de guía, por lo tanto, no propone los objetivos, por lo que daremos pautas a la familia para que reconozcan qué objetivos son significativos para ellos mismos y para el niño. Es importante enmarcar los objetivos en actividades de la vida diaria, para atender las necesidades reales de la familia.

Para aumentar la motivación de la familia, resaltaremos siempre acciones positivas que generen practicas basadas en las fortalezas y recursos de la familia. El terapeuta ocupacional, escribirá los objetivos marcados por la familia en formato SMART.

El tercer bloque de nuestro proyecto, Intervención, es la atención en el domicilio en sí, comprendido por ocho sesiones, aunque este número puede variar en función del objetivo a conseguir. La intervención del terapeuta ocupacional en este bloque se debe centrar en dar las pautas necesarias a la familia para llevar a cabo

el PIAF, estableciendo un feedback sobre las prácticas rutinarias familiares. Debemos aclarar que, la intervención con el niño, la lleva a cabo la familia, entre las visitas del terapeuta, que serán dos por semana, como hemos mencionado anteriormente. Son las rutinas familiares, las que van a brindar las oportunidades de participación del niño. Si no se pueden llevar a cabo en el momento de la visita, podemos pedir a la familia que las grabe para visionarlas en ese momento. En el cuarto y último bloque, Evaluación, compuesto por una sesión, vamos a llevar a cabo la valoración de los objetivos propuestos. Llegar a este bloque, no tiene por qué significar el fin del proyecto, ya que puede haber objetivos que no se han conseguido y deberán de ser reformulados. Para medir el alcance logrado de los objetivos, proponemos usar la escala GAS (Goal Attainment Scale).

24.6 Metodología

Como indica el objetivo principal de este trabajo, vamos a proponer un proyecto de intervención que llevará a cabo un terapeuta ocupacional, en el ámbito de la Atención Temprana, es decir, con niños de entre 0 a 6 años, que presentan un déficit en su desarrollo. El modelo de trabajo que se va a seguir es el modelo centrado en la familia, por ello, todas las intervenciones se van a llevar a cabo

24.7 Resultados

con el niño y su familia, habitualmente dentro del hogar familiar o en el entorno natural del niño, como puede ser el parque, patio del colegio, aula, etc. El proyecto consta de cuatro bloques y catorce sesiones en total. Las sesiones tendrán una duración mínima de 60 minutos y máxima de 120 minutos. La frecuencia de las sesiones será de dos por semana, es decir, el proyecto tendrá una duración de siete semanas.

El primer bloque se ha denominado Valoración, ya que la misión del terapeuta en las tres sesiones que lo componen, es conocer y valorar al niño, la familia, el entorno y el contexto que lo rodean. Se llevará a cabo en esta primera parte un Ecomapa y una entrevista semiestructurada basada en rutinas. Para finalizar este primer bloque, el terapeuta tendrá una charla con la familia, donde explicará en qué se basa el modelo centrado en la familia, con el fin de capacitarla como agente generador de oportunidades de aprendizaje para el niño.

El segundo bloque, denominado Objetivos y Planificación, tiene como finalidad conocer las necesidades y prioridades de la familia para poder redactar los objetivos que quieren conseguir y así poder elaborar el Plan de Apoyo a la Familia (PIAF) que servirá como guion. Consta de dos sesiones, pero una de ellas la lleva a cabo el terapeuta solo. Según el modelo centrado en la familia el papel del terapeuta ocupacional debe ser de guía, por lo tanto, no propone los objetivos, por lo que daremos pautas a la familia para que reconozcan qué objetivos son significativos para ellos mismos y para el niño. Es importante enmarcar los objetivos en actividades de la vida diaria, para atender las necesidades reales de la familia.

Para aumentar la motivación de la familia, resaltaremos siempre acciones positivas que generen practicas basadas en las fortalezas y recursos de la familia. El terapeuta ocupacional, escribirá los objetivos marcados por la familia en formato SMART.

24.8 Bibliografía

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

24.9 Discusión

El tercer bloque de nuestro proyecto, Intervención, es la atención en el domicilio en sí, comprendido por ocho sesiones, aunque este número puede variar en función del objetivo a conseguir. La intervención del terapeuta ocupacional en este bloque se debe centrar en dar las pautas necesarias a la familia para llevar a cabo el PIAF, estableciendo un feedback sobre las prácticas rutinarias familiares. Debemos aclarar que, la intervención con el niño, la lleva a cabo la familia, entre las visitas del terapeuta, que serán dos por semana, como hemos mencionado anteriormente. Son las rutinas familiares, las que van a brindar las oportunidades de participación del niño. Si no se pueden llevar a cabo en el momento de la visita, podemos pedir a la familia que las grabe para visionarlas en ese momento. En el cuarto y último bloque, Evaluación, compuesto por una sesión, vamos a llevar a cabo la valoración de los objetivos propuestos. Llegar a este bloque, no tiene por qué significar el fin del proyecto, ya que puede haber objetivos que no se han conseguido y deberán de ser reformulados. Para medir el alcance logrado de los objetivos, proponemos usar la escala GAS (Goal Attainment Scale).

24.10 Bibliografía

1. Ávila A, M. R. (2010). Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. Recuperado el 14 de Julio de 2018, de <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>: www.terapiaocupacional.com
2. Arias-Gudin, O. (2009). Trastornos del desarrollo. Padres y Maestros, 33-37.
3. Association American Psychiatric. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª edición ed.). Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana.
4. Belda, J. (2015). Modelos, pseudomodelos y "burbujas terapéuticas" en Atención Temprana. Revista Española de Discapacidad, 2(3), 117-124.
5. Cuevas, P. G. (2012). Orígenes y Evolución de la Atención Temprana. Una perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención Temprana en Nuestro País. Agentes contextos y procesos. Psicología educativa, 18(2), 107-122.

6. Domínguez, C. (2015). Terapia Ocupacional y su papel en Atención Temprana.
7. ETOLE. (2013). Terapia Ocupacional en Atención Temprana. Bilbao: ETOLE.
8. García-Sánchez, Escorcía, Sánchez-López, Orcajada, & Hernández-Pérez. (2014).
9. Atención Temprana Centrada en la Familia. Revista Siglo Cero, 6-27.
10. GAT. (2000). Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid, España: Real Patronato sobre Discapacidad.
11. Giné C, G. M. (2009). Trabajar con las familias en Atención Temprana. Revista interuniversitaria de formación del profesorado, 65(23,2), 95-113.
12. Martínez A, C. N. (2015). Intervención en Atención Temprana: Enfoque desde el Ámbito Familiar. Escritos de Psicología, 8(2), 33-42.
13. Mulas F, M. M. (2004). La Atención Temprana. Qué es y para qué sirve. Summa Neurológica, 1(3), 31 - 34.
14. OTOEFC. (2018). Informe técnico Terapia Ocupacional en Atención Temprana. Organizaciones de Terapia Ocupacional Españolas Firmantes de Convenio
15. Sánchez, F. A. (2014). Atención Temprana: Enfoque centrado en la familia. Logopedia: Evolución, Transformación y Futuro, 286-302.

Capítulo 25

25 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO

LETICIA GARCÍA FREITAS

25.1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es un profesional sanitario perteneciente al equipo de enfermería e integrante del equipo multidisciplinar que trabaja en el área quirúrgica.

Entre sus funciones en el Servicio, debe colaborar con el personal médico y de enfermería durante la realización de cualquier intervención quirúrgica.

Si bien ha de trabajar en el quirófano, durante la intervención, su papel también es relevante antes y después de la intervención.

En cuanto a la intervención quirúrgica propiamente dicha, el TCAE debe distribuir el instrumental necesario en cada procedimiento, comprobar el aparataje para que este operativo y preparar las cajas contenedores de instrumental, entre otras cuestiones.

Finalizado el acto quirúrgico, el TCAE recogerá el material que habrá de ser llevado al Servicio de Esterilización y desinfectando el resto de instrumental o material que no sea esterilizable o desechable, sustituyendo este último por material nuevo.

25.2 Objetivos

Exponer las principales funciones del TCAE en relación con el área quirúrgica.

25.3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación, 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.

25.4 Resultados

Se distinguen diversas áreas que el TCAE debe conocer:

1. Área quirúrgica: preoperatorio
- Colaboración en tareas de esterilización (montacargas).

- Preparación y verificación del material e instrumental necesario.
- 2. Área quirúrgica: intraoperatorio
 - Aportar implementos.
 - Comunicarse y dar apoyo emocional al paciente mientras es anestesiado.
 - Dejarlo todo preparado, al finalizar la intervención, para un nuevo procedimiento.
- 3. Área quirúrgica: postoperatorio
 - Cambio de lencería de la cama, si precisa.
 - Promover la comodidad y el confort del paciente.
 - Desinfectar el instrumental y material (camilla, manguitos del tensiómetro...) que no se deba esterilizar, enviar a esterilización el material esterilizable y reponer el desechable.

Se procederá a eliminar el material desechable en el contenedor amarillo correspondiente para elementos cortantes o punzantes o en el contenedor para residuos biológicos.

Los contenedores de residuos deberán ir correctamente cerrados, sin fugas. Se dejarán el lugar estipulado para que los profesionales del Servicio de Limpieza lo trasladen al punto donde, posteriormente, se gestionará la eliminación de los residuos.

Es imprescindible saber que el T.C.A.E. cumple diversas funciones en el área quirúrgica, que principalmente deberá de llevar a cabo de manera coordinada con otros profesionales del equipo quirúrgico. Debido a las necesidades del servicio, se hace necesario que el TCAE conozca el funcionamiento del Servicio, conozca el material e instrumental utilizado en el Área, etcétera.

25.5 Discusión

Como conclusión, cabe decir que, a la vista de la bibliografía consultada y los resultados, el TCAE tiene un papel clave en el área quirúrgica, con un trabajo enmarcado en un equipo multidisciplinar que ha de trabajar de forma ágil y coordinada.

Este equipo multidisciplinar lo integran profesionales con distintos perfiles, tanto sanitarios (médicos, enfermeras, TCAE...) como no sanitarios (celadores, personal de limpieza...). Es imprescindible que tanto el TCAE, como el resto de profesionales, conozca sus funciones. Además, ha de procurar una adecuada atención al paciente en todos los aspectos, prestando especial atención a sus necesidades, ofreciendo la asistencia que pueda requerir, con la mayor calidad posible.

En el ámbito quirúrgico se hace necesaria la actualización de conocimientos de forma periódica, dados los continuos avances científicos, las nuevas técnicas y procedimientos, etcétera.

25.6 Bibliografía

1. <https://eoc.cat/ser-auxiliar-de-quiropano/>.
2. <https://www.euroinnova.edu.es/que-hace-un-auxiliar-de-enfermeria-en-un-quiropano>.

3. <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-perioperatorio/>.

Capítulo 26

26 TÉCNICA DE ESTUDIO ECOGRÁFICO EN LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA

SILVIA SOUSA SANCHEZ

26.1 Introducción

La rodilla es una potente articulación que presenta movimientos de extensión, flexión, rotación Interna y rotación externa, en los que influyen músculos, tendones y ligamentos. Los músculos que realizan la extensión son los músculos cuádriceps femoral y tensor de la fascia lata. La flexión es realizada por los músculos semimembranoso, semitendinoso, bíceps femoral, poplíteo, recto interno y gemelos (gastrocnemio). La rotación interna es realizada por los músculos semimembranoso, semitendinoso, sartorio y poplíteo La rotación externa la realiza el bíceps femoral. Los tendones que forman parte de la articulación de la rodilla son: tendón del cuádriceps, tendón rotuliano, tendón de la pata de ganso, tendón del semimembranoso, tendón del poplíteo, tendones de los gemelos y tendón del bíceps femoral. Los ligamentos contribuyen a estabilizar la articulación y son cuatro, fundamentalmente: LCI, LCE, LCA y LCP.

26.2 Introducción

La rodilla es una potente articulación que presenta movimientos de extensión, flexión, rotación Interna y rotación externa, en los que influyen músculos, tendones y ligamentos. Los músculos que realizan la extensión son los músculos Cuádriceps femoral y Tensor de la fascia lata

La flexión es realizada por los músculos Semimembranoso, Semitendinoso, Bíceps femoral, Poplíteo, Recto interno y Gemelos (gastrocnemio)

La rotación interna es realizada por los músculos Semimembranoso, Semitendinoso, Sartorio y Poplíteo

La rotación externa la realiza el Bíceps femoral.

Los tendones que forman parte de la articulación de la rodilla son: Tendón del cuádriceps, Tendón rotuliano, Tendón de la pata de ganso, Tendón del semimembranoso, Tendón del poplíteo, Tendones de los gemelos y Tendón del bíceps femoral.

Los ligamentos contribuyen a estabilizar la articulación y son cuatro, fundamentalmente:

LCI,LCE, LCA y LCP

El compartimento anterior se explora en decúbito supino, con una flexión de 30 grados , con la rodilla apoyada en un rodillo y mediante Cortes longitudinales y transversales.

El compartimento anterior lo forman, Tendón del cuádriceps, Tendón rotuliano, Grasa de Hoffa, Bursas y recesos suprapatelares y músculos, como el cuádriceps (,que se inserta en borde superior y laterales de la rótula, formado por el recto femoral, vasto interno, vasto externo y crural), cintilla iliotibial (extensión aponeurótica del tensor de la fascia lata y del glúteo mayor, que se inserta en el cóndilo externo del fémur y en tubérculo tibial externo) y bíceps femoral(se inserta en la cabeza del peroné) .

El compartimento posterior se explora en decúbito prono con los pies al borde de la camilla y mediante cortes longitudinales y transversales.

El compartimento posterior lo forman meniscos, Bolsa sinovial entre gemelo interno y semimembranoso, Bolsa anserina Arteria y vena poplítea, Nervio poplíteo, Inserciones tendinosas y músculos (Gemelos, Delgado plantar, Semimembranoso, Bíceps femoral, Pata de ganso, Semitendinoso, Gracilis, Sartorio

El compartimento externo o lateral se explora en decúbito lateral con la Cadera y rodilla en ligera flexión, con pierna sana en extensión en contacto con la camilla y mediante cortes longitudinales y transversales

El compartimento externo incluye, ligamento colateral externo, Menisco externo, Inserción del tendón del poplíteo, La cintilla iliotibial y Tendón del bíceps femoral.

El Compartimento interno o medial se explora en decúbito lateral, apoyado sobre la pierna sana, En ligera flexión de cadera y rodilla en rotación externa.

El compartimento interno está formado de delante atrás por el ligamento colateral interno , Menisco interno y Tendones de la pata de ganso.

26.3 Objetivos

Estudiar mediante ecografía, las imágenes de las distintas estructuras anatómicas de la articulación de la rodilla.

26.4 Objetivos

Estudiar mediante ecografía, las imágenes de las distintas estructuras anatómicas de la articulación de la rodilla.

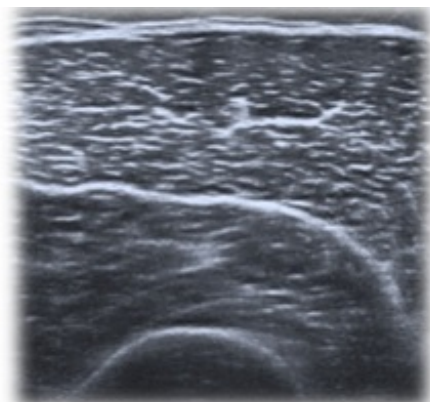


26.5 Metodología

Se utiliza un equipo de alta resolución y sondas lineales de alta frecuencia , de 7 a 20 Mhz, preferible multifrecuencias de 6 y 15 Mhz.

Realizada siempre por un operador experto, con un buen conocimiento anatómico y de las posibles patologías de la articulación de la rodilla.

Para el estudio ecográfico de la rodilla se divide en cuatro compartimentos: Anterior, posterior, externo e interno



26.6 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.

26.7 Resultados

Se utiliza un equipo de alta resolución y sondas lineales de alta frecuencia , de 7 a 20 Mhz, preferible multifrecuencias de 6 y 15 Mhz. Realizada siempre por un operador experto, con un buen conocimiento anatómico y de las posibles patologías de la articulación de la rodilla. Para el estudio ecográfico de la rodilla se divide en cuatro compartimentos: anterior, posterior, externo e interno.

El compartimento anterior se explora en decúbito supino, con una flexión de 30 grados , con la rodilla apoyada en un rodillo y mediante Cortes longitudinales y transversales.

El compartimento posterior se explora en decúbito prono con los pies al borde de la camilla y mediante cortes longitudinales y transversales.

El compartimento externo o lateral se explora en decúbito lateral con la Cadera y rodilla en ligera flexión, con pierna sana en extensión en contacto con la camilla y mediante cortes longitudinales y transversales.

El compartimento interno o medial se explora en decúbito lateral, apoyado sobre la pierna sana, en ligera flexión de cadera y rodilla en rotación externa.

En la exploración de los diferentes compartimentos que forman la articulación de la rodilla se han podido valorar las siguientes estructuras:

1. El compartimento anterior lo forman el tendón del cuádriceps y tendón rotuliano, visualizados ecográficamente como estructuras fibrilares longitudinales y paralelas que conectan el músculo al hueso, grasa de Hoffa, bursas y recesos suprapatelares, que no se detectan a no ser que se acumule en ellos líquido, que producirá en este caso una imagen anecogénica o negra y músculos, como el cuádriceps (que se inserta en borde superior y laterales de la rótula, formado por el recto femoral, vasto interno, vasto externo y crural), cintilla iliotibial (extensión aponeurótica del tensor de la fascia lata y del glúteo mayor, que se inserta en el cóndilo externo del fémur y en tubérculo tibial externo) y bíceps femoral (se inserta en la cabeza del peroné). Los músculos se manifiestan como estructuras fibrilares más gruesas, entre las que se aprecian otras zonas de tejido conectivo, que nos dará una imagen hipo e hiperecogénica, dependiendo de la cantidad de grasa que presente el músculo.

2. El compartimento posterior lo forman meniscos, imágenes triangulares hiperecogénicas y homogéneas, bolsa sinovial entre gemelo interno y semimembranoso, bolsa anserina Arteria y vena poplítea, nervio poplíteo, Inserciones tendinosas y músculos (gemelos, delgado plantar, semimembranoso, bíceps femoral, pata de ganso, semitendinoso, gracilis, sartorio).

3. El compartimento externo incluye, ligamento colateral externo, menisco externo, inserción del tendón del poplíteo, la cintilla iliotibial y tendón del bíceps femoral.

4. El compartimento interno está formado de delante atrás por el ligamento colateral interno, menisco interno y tendones de la pata de ganso.

26.8 Bibliografía

Kossoff G: Basic physics and imaging characteristics of ultrasound. World J Surg 2000; 24:134-142.

Van Holsbeeck MT, Introcaso JH: Physical principles of ultrasound imaging. Musculoskeletal ultrasound. Segunda edición, St Louis Missouri, Mosby, 2001:1-7

Gibbon WW: Musculoskeletal ultrasound, London, The essentials, Oxford University Press, Greenwich Med, 1996: 66-67

26.9 Discusión

La ecografía musculo esquelética de alta resolución en el estudio de los distintos compartimentos de la rodilla es muy útil para valorar las estructuras anatómicas que los forman, así como las diferentes patologías que pudieran acontecer, siendo una técnica inocua a la vez que dinámica.

En cualquier caso se requiere la realización de la técnica por un operador experto y conocedor tanto de la anatomía y de la patología.

La única estructura que no se ha podido visualizar con el ultrasonido es el ligamento cruzado anterior, que al ser de localización intraarticular no se puede ver debido a que las estructuras óseas adyacentes lo impiden.

26.10 Bibliografía

1. Kossoff G: Basic physics and imaging characteristics of ultrasound. World J Surg 2000; 24:134-142. Van Holsbeeck MT, Introcaso JH: Physical principles of ultrasound imaging. Musculoskeletal ultrasound. Segunda edición, St Louis Missouri, Mosby, 2001:1-7.

2. Gibbon WW: Musculoskeletal ultrasound, London, The essentials, Oxford University Press, Greenwich Med, 1996: 66-67.

Capítulo 27

27 EL CORAZÓN

DAVID ALBARRÁN MILLÁN

27.1 Introducción

El corazón es un órgano muscular hueco, compuesto por cuatro cavidades y encargado del bombeo de la sangre a través de los vasos sanguíneos. Se localiza en el mediastino, detrás del cuerpo del esternón.

La anatomía externa presenta el vértice que es el borde inferior, descansa sobre el diafragma y hacia el lado izquierdo del tórax, la base, situada debajo de la segunda costillas y está formada por aurículas y tiene tres caras: esternocostal formada por el ventrículo derecho; diafragmática formado por los ventrículos izquierdo y derecho y pulmonar formado por el ventrículo derecho.

El corazón está constituido por una pared cardiaca, las cavidades, las arterias, las venas y los nervios.

27.2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es dar a conocer el funcionamiento del corazón.

27.3 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.

27.4 Resultados

El corazón bombea sangre por todo el cuerpo a través de los vasos sanguíneos. Suministra oxígeno y nutrientes y elimina el dióxido de carbono.

El corazón esta dotado de un sistema formado por fibras musculares que inician el proceso de conducción de las ondas cardiacas y la contracción periódica de las fibras musculares de las paredes de las aurículas y los ventrículos.

las arterias son los vasos que transportan la sangre oxigenada desde el corazón a todos los tejidos del organismo.

El ciclo cardiaco, mecanismo físico y electrónico que se produce en el corazón desde

el final de una contracción ventricular hasta el final de la contracción siguiente. Hay un periodo de relajación seguido de un periodo de contracción que se realizan de forma simultánea.

Contracción auricular: cada ciclo se inicia de forma espontánea en el nódulo.

Relajación ventricular: se produce por la disminución de la presión intraventricular. El flujo de expulsión sanguínea desde los ventrículos va disminuyendo hasta que la presión de las arterias produce el cierre de las válvulas.

Relajación auricular: disminución de la presión en su interior cuando cesa la salida de sangre hacia los ventrículos, lo que da lugar a que se cierren las válvulas.

Contracción ventricular: transmisión del impulso nervioso desde el nódulo hasta el haz de His y las fibras. Cuando los ventrículos se llenan inician su contracción y se produce su apertura.

La circulación es el mecanismo que permite a todos los tejidos recibir los elementos nutritivos necesarios para realizar su proceso metabólico y eliminar las sustancias de desecho.

En el control de la circulación intervienen el sistema nervioso simpático y parasimpático, su objetivo es mantener la circulación y modificar el volumen y la distribución de la sangre en función de las necesidades del organismo.

La presión que ejerce la sangre en el interior de las arterias hace que hay un incremento de la presión arterial y a la inversa.

27.5 Discusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), en su trato diario con el paciente hospitalizado por una patología que afecta al sistema cardiovascular, debe estar atento a las variaciones en el calor y la temperatura de las extremidades y aparición de edemas o inflamación, todos estos aspectos pueden ser signos externos de agravamiento de la patología que padece el paciente.

Todo cambio que se aprecie en la circulación sanguínea debe ser comunicado.

Los cuidados que debe tener el paciente: mantener una alimentación equilibrada, baja en sal, mantener un peso normal y reducir el nivel de estrés y ansiedad. Incorporar hábitos sanos.

27.6 Bibliografía

1. <https://cuideo.com>.
2. <https://www.texasheart.org>.
3. <https://www.galeon.com>.
4. <http://www.anatomiahumana>.

Capítulo 28

28 EL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENILES

MARIA VANESA GONZALEZ RAMOS

RAQUEL ABARCA USEROS

28.1 Introducción

Se plantea un abordaje con perspectiva biopsicosocial de los aspectos funcionales, relacionales y lúdicos del niño y adolescente y de su entorno, partiendo de la premisa de que la ocupación puede ser utilizada como método terapéutico en la medida en que:

Contribuye al desarrollo normalizado de las estructuras y funciones corporales y psicológicas, relaciones, emocionales y vínculos afectivos.

Promueve el mantenimiento, restauración o recuperación de las estructuras y funciones corporales y psicológicas.

De este modo, a través de la promoción de la participación de los niños y adolescentes en su propio proyecto de vida mediante del compromiso con la ocupación, se influye de forma positiva en su salud, bienestar y satisfacción y también en la de sus familias, a las que se involucra desde el principio en la intervención.

Tanto en la evaluación como en la planificación y puesta en marcha de la intervención se siguen el Marco de Trabajo de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (American Occupational Therapy Association, AOTA).

Se trata de obtener información sobre las áreas ocupacionales del niño o del adolescente en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), educación, trabajo, juego, ocio y tiempo libre y participación social. Se evaluará también mediante fuentes directas o indirectas de evaluación, la manera en que en estas áreas ocupacionales influyen las destrezas de la ejecución, los patrones de la ejecución, demandas de la actividad, características de las personas y contextos.

A partir de esta evaluación se elabora un perfil ocupacional y un análisis de la ejecución ocupacional.

En el perfil ocupacional se incluirá información sobre el niño o adolescente, sus necesidades, sus problemas y las preocupaciones de su ejecución en las áreas de ocupación. En él también se recoge el historial ocupacional y experiencias del niño o adolescente teniendo en cuenta los patrones de la vida diaria, los intereses, valores y necesidades.

El análisis de la ejecución ocupacional se centra en reunir e interpretar la información utilizando instrumentos de valoración diseñados para observar, medir y examinar los factores que apoyan o limitan el desempeño ocupacional. La selección de estos instrumentos de valoración se realiza en función de las necesidades de evaluación, diferentes en cada caso.

28.2 Objetivos

Conocer las funciones del terapeuta ocupacional en el área de salud mental infantojuvenil.

28.3 Metodología

Este capítulo se ha realizado mediante una revisión bibliográfica de artículos publicados en

prensa digital y textos científicos divulgados por entidades vinculadas al ámbito de la salud. Libros y revistas especializadas. Palabras claves: administración, Covid-19, pandemia. Buscador Google Chrome.

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

28.4 Resultados

Funciones:

Acogida y acompañamiento del paciente facilitando el proceso de adaptación.

Valoración del desempeño ocupacional del paciente y elaboración de diagnóstico ocupacional.

Registro en la historia clínica de las evaluaciones e intervenciones realizadas. Favorecer el desarrollo de habilidades necesarias para conseguir un equilibrio en el desempeño ocupacional que le permita ser lo más independiente y/o autónomo posible en su entorno cotidiano.

Entrenar hábitos de planificación de tareas de la vida diaria básicas, instrumentales, educativas y de ocio.

Asesorar sobre las características de entornos ocupacionales funcionales adecuados a los intereses ocupacionales del niño.

Colaboración en la elaboración e implementación del Plan de Tratamiento Individualizado de cada paciente, participando asimismo en el proceso de re-evaluación periódica.

Desarrollo de actividades individuales y grupales acordes al Plan de Tratamiento Individualizado del niño/adolescente.

Participación de forma activa en actividades grupales en colaboración con el resto del equipo.

Participación junto al resto del equipo, en el proceso de preparación al alta, para facilitar que la estructura ocupacional adquirida se mantenga tras finalizar el tratamiento.

Es sabido que las problemáticas de salud mental son un desafío para la salud pública, las cuales deben ser abordadas en sus distintas dimensiones, contemplando su progresivo incremento en Chile. Bajo este escenario se reconoce que la mitad de los trastornos mentales que sufre la población adulta provienen de la infancia y adolescencia, por ello su presencia genera a lo largo de la vida graves afectaciones al desarrollo emocional, intelectual, familiar y social de quienes los presentan (MINSAL, 2013). Según el último

estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible (2007) realizado en nuestro país, un 23,2 % de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte están determinados por las condiciones neuropsiquiátricas. Para los niños entre 1 y 9 años, un 30,3 % de los Indicadores de Años de Vida Saludable (AVISA) se deben a estas condiciones, proporción que se incrementa a un 38,3 % entre los 10 a 19 años. Es por esto que la propuesta del nuevo Plan Nacional de Salud Mental aboga frente a esta necesidad de la población, ya que se reconocen sus brechas de implementación en donde existe menor oferta de servicios de atención de salud mental para niños, niñas y jóvenes.

Es por esta razón que en la infancia, al igual que en otras etapas, los servicios generados desde el área de la salud deben resguardar el bienestar, previniendo la insatisfacción de las variadas, particulares y cambiantes necesidades de niños y niñas. Paralelamente, en su intervención debe integrar herramientas que garanticen el desarrollo de su autonomía en el ejercicio pleno de sus derechos, en conjunto con la familia, la comunidad y organismos representantes de otras políticas del Estado (Cabieses et al., 2016).

En tanto, con los jóvenes existen una serie de desafíos pendientes en materia de salud. Si bien en los últimos años se ha podido observar un avance en esta materia a través de las acciones y programas llevados a cabo por la institucionalidad en salud y por la sociedad civil, aún existen importantes vacíos producto de los años de invisibilización de las vulnerabilidades de este segmento y sus consecuencias en la salud mental. Esto ha llevado a que en el abordaje de este grupo y prime todavía una visión individual, de conductas de riesgo, que responsabiliza a los/as adolescentes y jóvenes respecto a su salud. Esto ha dado como resultado la invisibilización de las necesidades específicas de salud, sin considerar su opinión en las decisiones que les conciernen (Cabieses et al., 2016).

28.5 Discusión

Luego de este ejercicio disciplinar parece razonable poder detenernos en lo que respecta a las diferentes expresiones de infancias y juventudes. En este contexto se torna necesario poder dar más atención y considerar las distinciones entre el variopinto escenario de estas diferentes poblaciones. Considerando lo anterior, resulta fundamental pensar en la creación de políticas públicas y orientaciones técnicas que respondan a las reales necesidades y de forma específica a estas comunidades históricamente vulneradas y marginadas de espacios de opinión como ejercicio de derecho. Solo de esta manera no estaríamos incurriendo en una reproducción de prácticas normalizantes y adultocéntricas, sin dar espacio a la validación de la diferencia y porqué no pensar en vulneraciones de derechos al no dar respuesta a las necesidades específicas de determinadas poblaciones.

La terapia ocupacional y los/as terapeutas ocupacionales se sitúan en un lugar protagónico, en cuanto ejecutores de política pública, reproduciendo o facilitando la transformación de la realidad de niños/as y jóvenes.

Es en este ámbito que toma relevancia el ejercicio político y social de develar pequeños espacios de liberación y prácticas emancipadoras como las presentadas en este artículo,

en donde en un esfuerzo profesional, valórico y de derechos se ha podido dar respuesta a necesidades de sujetos y colectivos, la que en oportunidades implica ir en contra de lo institucional, la orientación técnica o la política pública que se expresa en las diferentes prácticas disciplinares. Asimismo, tensionar el rol que ejerce el sistema de salud, donde el foco de atención no está al nivel de la promoción y prevención de salud mental, sino más bien al nivel del tratamiento y rehabilitación; por ende, hay que cuestionar esta prioridad del sistema que pone énfasis en la enfermedad y la psicopatologización de conductas inherentes de niños, niñas y jóvenes, perdiendo la capacidad de observar de manera global, contextual y situada el desarrollo psicosocial de estos sujetos. En este sentido, consideramos que la disciplina debe asumir una posición que genere problematización conjunta con el entramado social que sostiene a este sujeto en construcción, fomentando la co-responsabilidad que tienen los garantes de derechos en la construcción de subjetividades de los/as niños/as y jóvenes.

28.6 Bibliografía

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

Capítulo 29

29 CUIDADOS BÁSICOS EN EL DRENAJE

LINA MARCELA DUQUE DURANGO

ANA ALICIA GARCÍA LÓPEZ

LILIAN BEATRIZ OZUNA ESTEPA

JESSICA GARCIA FADON

ROCIO BARCIA FERNANDEZ

29.1 Introducción

Un drenaje quirúrgico es un instrumento que se emplea para evacuar fluidos de una parte del cuerpo en un paciente. Estos fluidos producen presión sobre la herida, así como en los órganos, vasos y nervios cercanos.

Toda herida de la cual no se extraiga el líquido correctamente retrasará su cicatrización, el aumento de la presión causa dolor y una acumulación de líquido puede causar lesiones traumáticas, pueden ser un cultivo para las bacterias.

Un drenaje debería de ponerse cuando sea estrictamente necesario ya que es una vía de entrada de bacterias que pueden dar lugar a complicaciones, un drenaje puede taponarse y es riesgo potencial de infecciones, es indispensable quitar el drenaje tan pronto como sea posible.

29.2 Objetivos

- Brindar información sobre los pros y los contras del uso de los drenajes.
- Describir los diferentes cuidados que se deben tener en los pacientes con drenajes.

29.3 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 d datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

29.4 Resultados

Los drenajes son profilácticos o curativos.

Se colocan en intervenciones quirúrgicas como medida para prevenir y valorar la presencia de hemorragias. Ayuda a evacuar todo el líquido que se acumula durante la intervención, evitando infecciones posteriores. También ayudan a detectar fallos en la sutura.

Tipos de drenajes:

Drenajes simples.

Dentro de este grupo nos encontramos:

Drenajes filiformes.

Drenajes con gasas en mecha.

Drenajes con tiras de goma.

Drenajes con tubos de goma o polietileno.

Penrose.

Tejadillo o Silastic.

Tubo en T o Kher.

Drenajes mixtos:

Drenaje en cigarrillo.

Drenaje de Corola o R. Finochietto.

Drenaje de Mikulica.

Drenaje de Pasman.

De aspiración continua:

Drenaje de Redon.

Drenaje de Saratoga.

Drenaje de Abramson.

Drenaje Jackson Pratt.

Drenaje pleural.

Complicaciones:

Infecciones locales y generalizadas:

Úlceras por decúbito.

Perdida de drenaje por escasa sujeción externa.

Fistulas.

Oclusión del sistema de drenaje.

Hernias o eventraciones por apertura de salida.

Hemorragias.

Intervención quirúrgica por no ser posible retirar el drenaje.

Malestar y dolor.

Cuidados del drenaje por Enfermería:

Brindar información al paciente sobre, los cuidados y recomendaciones básicas para tener en cuenta durante el tiempo que porte el drenaje.

Manipular siempre el drenaje con las manos desinfectadas y con guantes.

Realizar cura diaria de la zona de fijación del sondaje y valorar señales de infección, filtración de exudado o hemorragias.

Cambiar las gasas de los drenajes diariamente.

No realizar tracciones bruscas que pueden extraer de forma accidental el drenaje.

Anotar y valorar cantidad de exudado, apariencia (seroso, serohemático, purulento, hemático, bilioso, fecaloide) color, olor, sólidos encontrados y número de veces que realizaremos el vaciamiento del colector.

Comprobar que el drenaje no se haya extraído por accidente y que no se ha producido ninguna desconexión.

Comprobar la porosidad de los tubos de drenaje.

Comprobar que el tubo no esté acodado.

En los drenajes con sistema de aspiración al vacío, comprobar que este se mantiene.

Vaciar el colector cuando se precise, volver a dejarlo todo tal cual estaba.

Mantener higiene de las luces del drenaje.

Comprobar que el drenaje este correctamente cerrado.

Aplicar vendaje compresivo siempre que sea necesario.

Intentaremos fijar el tubo a la piel del paciente para su comodidad y para evitar un desplazamiento accidental de la sonda.

Vigilar la existencia de fugas y el nivel de agua de la cámara de recolección, en este tipo de drenajes.

En los drenajes por gravedad cerciorarse que este debajo del nivel de fijación del drenaje, para evitar reflujos.

Los drenajes están indicados en:

- Abscesos.
- Lesiones traumáticas.
- Profilaxis de fuga tras cirugía general.
- Tras cirugía radical.

Finalidad de los drenajes

Prevenir la acumulación de líquidos en las cavidades orgánicas.

Reducir el riesgo de infección.

Promover el proceso de cicatrización.

Controlar el volumen y propiedades del líquido drenado.

29.5 Discusión

Los dispositivos de drenaje se utilizan en intervenciones quirúrgicas para la prevención y valoración de posibles hemorragias. También ayudan a detectar fallos en la sutura. Ayuda a eliminar toda la sustancia que puede llegar a acumularse durante las intervenciones, y evitar así posibles infecciones. Un drenaje hay que colocarlo cuando sea estrictamente necesario, ya que es una vía de entrada de bacterias, además un drenaje puede obstruirse y el riesgo de infección aumentaría, también es imprescindible quitar el drenaje tan pronto como sea posible.

Lo que se espera de este trabajo es poder solventar las dudas sobre los drenajes, sus usos y cuidados.

29.6 Bibliografía

1. <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadernam>

- disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DCuidados_preoperatorios_en
2. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-los-drenajes-tipos-indicaciones-complicaciones/>.
 3. <https://www.quironsalud.es/hospital-madrid/es/pacientes-visitantes/educacion-paciente/cuidado-herida-quirurgica-domicilio>.

Capítulo 30

30 UN REPASO A LA REANIMACIÓN CARDIPULMONAR BÁSICA PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MIRIAN LÓPEZ ÁLVAREZ

30.1 Introducción

Si en algún momento de la vida nos encontramos ante una persona que está inconsciente y no respira (o no lo hace con normalidad), hemos de sospechar que se encuentra en parada cardiorrespiratoria. Se trata de una situación de extrema gravedad ante la que cualquier sanitario o no sanitario, debe actuar sin demora.

En ocasiones, no se sabe actuar ante una emergencia. En otras ocasiones los nervios juegan malas pasadas. Como profesional de un centro sanitario, es preciso reconocer una parada cardiorrespiratoria, demandar ayuda inmediatamente e iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

30.2 Objetivos

Hacer hincapié en la importancia de reconocer con rapidez una parada cardiorrespiratoria, alertar a emergencias e iniciar las maniobras de resucitación cardiopulmonar hasta la llegada del personal sanitario.

30.3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación 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.

30.4 Resultados

Ante la sospecha de parada cardiorrespiratoria, el protocolo de actuación consiste en:

1. Aplicar la conducta P.A.S. (proteger - alertar a los servicios de emergencia y, en último lugar, socorrer a la persona).
2. Comprobar el nivel de consciencia: el individuo estará inconsciente.
3. Abrir la vía aérea y comprobar la respiración: El individuo no respira (o no lo hace con normalidad).

4. Pedir ayuda al 112 y conseguir un desfibrilador.
5. Colocar a la persona en decúbito supino (tumbado boca arriba), e iniciar sin miedo ni demora las maniobras de reanimación cardiopulmonar, aplicando ininterrumpidamente ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones hasta que llegue la ayuda.

Los objetivos principales de la ventilación en soporte vital básico (SVB) son:

- Mantener una adecuada oxigenación.
- Eliminar el dióxido de carbono.

En las ventilaciones:

- No insuflar aire de forma enérgica (riesgo de regurgitación).
- Realizar ventilaciones de aproximadamente 1 segundo.
- No emplear más de 10 segundos para administrar las dos ventilaciones.

Con un masaje cardiaco de calidad proporcionaremos un flujo sanguíneo pequeño pero crítico al miocardio y al cerebro que mejorarán el pronóstico indudablemente.

Existen una serie de casos en los que resulta preciso detener las maniobras de reanimación:

- A la llegada de los servicios médicos o de emergencias.
- Ante la presencia de signos vitales.
- Por agotamiento del reanimador.
- Ante evidencias de muerte biológica.
- Al conocer que se trata de un enfermo terminal.
- Ante los deseos de no reanimación (testimonio vital).
- O, por un escenario que ponga en peligro la vida del reanimador.

30.5 Discusión

Los estudios demuestran que las compresiones torácicas mantenidas durante más de 1,5-3 minutos, pierden eficacia, por lo que es importante relevarse durante la realización del masaje, cuando es posible, o parar el tiempo indispensable para recuperarse y continuar lo antes posible.

Un masaje cardiaco correcto implica realizar compresiones de entre 5-6 cm de profundidad, en el centro del tórax, a un ritmo de entre 100-120 compresiones por minuto.

Las guías y recomendaciones insisten en la importancia de minimizar las interrupciones en lo posible. Además, tratan de concienciar a la población sobre la importancia de iniciar las maniobras con el objetivo de posibilitar la supervivencia de quien sufre una parada cardiorrespiratoria.

30.6 Bibliografía

1. López Álvarez, M. (Octubre 2022). Repaso a las técnicas de reanimación cardiopulmonar por parte del personal no sanitario que ejerce en instituciones sanitarias. I Edición Científica Libros Electrónicos para Técnicos Sanitarios. Lecciones en medio hospitalario para técnicos sanitarios.
2. Álvarez Merino, M. (2019) Soporte vital básico y desfibrilación externa semiautomática.

(Asociación de Servicios de Emergencia - Oviedo).

3. Guía de Soporte Vital Básico. Recomendaciones del 2015. SEMICYUC.

Capítulo 31

31 EL PINCHE DE COCINA EN EL MEDIO HOSPITALARIO: ALMACENAJE DE LOS ALIMENTOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

BORJA IBAÑEZ DURAN

GERMÁN GONZÁLEZ MARTÍNEZ

BEATRIZ PEREZ COLLADO

ASCENSION COLLADO TORRIJOS

SILVIA ROMERO OREA

MARIA JOSEFA GARCIA MOSET

MARIA DEL PILAR ESPEJO ORTEGA

31.1 Introducción

Cuando llega el producto (alimentos procesados y/o materias primas), es importante conocer el protocolo de almacenamiento. Los alimentos se almacenan en un área designada denominada almacén, donde el ayudante de cocina debe conocer la secuencia y ubicación de cada producto para poner orden en la cocina, porque así podemos encontrar las cosas más rápido y evitar que ciertos platos se olviden y se tiren. Un almacén es un espacio utilizado para recibir, almacenar y mantener alimentos. Al almacenar carga, hay dos factores a considerar: el espacio disponible y la forma en que se coloca la comida.

31.2 Objetivos

- Conocer las condiciones óptimas para un buen almacenaje de los productos y alimentos de la cocina del medio hospitalario.
- Comprender la importancia del pinche de cocina ante dicho protocolo.

31.3 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 revisada.

31.4 Resultados

Hay dos grupos de alimentos:

- Alimentos no perecederos: se pueden conservar durante mucho tiempo a temperatura ambiente. Se conservan más tiempo, a diferencia del otro grupo, siempre que se mantenga en las condiciones de almacenamiento recomendadas en la etiqueta. Almacenar los alimentos no perecederos en un lugar fresco, seco, bien iluminado y ventilado, protegido de la luz solar. Un ambiente fresco y seco previene el crecimiento de microbios e infecciones de insectos, por lo que los alimentos deben mantenerse a una temperatura de entre 15 y 18 grados centígrados. Esto es muy importante, ya que el crecimiento de bacterias e insectos puede afectar el estado de los alimentos. Los alimentos deben mantenerse en su paquete original siempre que sea posible, y si este no es práctico, los alimentos deben almacenarse en un recipiente hermético para evitar la entrada de insectos. Asimismo, nunca deben exponerse a la luz solar ya que favorece la oxidación, con lo que se pierde el valor nutricional y la calidad del producto. Finalmente, un ambiente limpio no permite la contaminación ni la infección, y una buena ventilación ayuda a mantener bajas las temperaturas, reduce la humedad y elimina los olores desagradables.
- Alimentos perecederos. Por un lado, aquellos que deben permanecer a bajas temperaturas (productos lácteos, verduras, carne, pescado y pasta fresca). Por otro lado, aquellos que tienen que congelar sus propiedades serán almacenados durante unos meses (helado, hamburguesa, producto congelado). Para mantener bien estos alimentos, es necesario usar refrigeradores o congelar.

31.5 Discusión

El correcto almacenaje de los alimentos y productos es una función fundamental que se le otorga en gran parte al pinche de cocina. Debe conocer todos los procedimientos y protocolos a la hora de colocar y guardar los alimentos. Así, no surgirán problemas de comida en mal estado, contaminaciones cruzadas, pérdida económica, parones de tiempo en el turno de trabajo, etc. La política de cada hospital se rige por unas técnicas de almacenaje que el ayudante de cocina debe saber y poner en práctica. Por eso, el pinche de cocina es tan importante, sabiendo la forma y el protocolo adecuado de almacenaje de los alimentos, puede acceder fácilmente a él, así, inversamente, guardarlo en el sitio correcto si fuera necesario.

31.6 Bibliografía

1. <https://www.bricolemar.com/blog/como-conservar-los-alimentos/#::text=Se%20debe%20intentar%2>

Capítulo 32

32 MANEJO DE LA PRUEBA DEL TEST DE ALIENTO POR PARTE DE ENFERMERÍA

RAUL NEGRO MORAL

ABDELOUAHED AMAL AMANE

RAFAEL RODRIGUEZ CASTILLEJO

ELENA SANCHO MUÑOZ

RAQUEL CASTILLO MARTIN

32.1 Introducción

Una de las infecciones más prevalentes con una incidencia de casi la mitad de la población mundial es la provocada por la bacteria llamada *Helicobacter Pylori*, más en concreto en aquellas personas con nivel socioeconómico bajo así como menos recursos sanitarios. Esta bacteria se encuentra dentro de las gramnegativas, tiene forma de espiral y crece dentro de la mucosa gástrica del estómago humano. La afección que causa es diferentes lesiones como pueden ser la gastritis crónica, úlcera péptica, cáncer y linfoma gástrico tipo MALT.

Esta infección se puede detectar a través del test de aliento o el test de urea C 13 siendo la prueba de elección por ser la prueba diagnóstica no invasiva para así poder observar la en el estómago del paciente la bacteria conocida como *Helicobacter Pylori*, con una sensibilidad y especificidad diagnóstica del 90-100 %.

El test de urea C 13, está considerado como una de las pruebas más eficaces, no resulta cruenta ni es necesario emplear un material especialmente difícil para hacerla. Todo esto ha hecho que su uso se haya expandido en la actualidad.

Aunque esta prueba no sea algo complejo, es necesario que todo el personal de enfermería que vaya a realizarla tenga los suficientes conocimientos para llevarla a cabo sin ningún tipo de complicación.

32.2 Objetivos

Analizar cómo se realiza la prueba del test de aliento por parte de enfermería.

32.3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre el manejo de la prueba del test de aliento por parte de enfermería. Para ello, se utilizaron las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Cuiden, Scielo, Cochrane, Scopus. Las búsquedas se realizaron entre febrero y abril de 2020.

Se aplicó una restricción referente al idioma, incluyendo únicamente artículos en idioma español e inglés. Se acotó la búsqueda en los últimos 10 años, desde 2010 al 2020, si bien entendemos que una búsqueda de artículos de los últimos 5 años sería más apropiada, el primer barrido realizado bajo estos términos no proporcionó los suficientes resultados.

32.4 Resultados

Existen diferentes métodos para diagnosticar una infección de *H. pylori* clasificándose en invasivos, si precisan de endoscopia con toma de biopsia gástrica, o no invasivos como la determinación de antígeno en heces; el Test serológico en sangre y el Test de aliento con urea marcada con ¹³C.

El test del aliento es la prueba no invasiva de elección. Se basa en la actividad ureásica del *Helicobacter Pylori* para transformar la urea. Durante la realización de la prueba se administra un comprimido de urea marcada con un isótopo no radiactivo: el carbono-13. En presencia del *Helicobacter Pylori* la urea marcada es degradada en dióxido de carbono y amoníaco. El CO₂ marcado se absorbe, pasa a la sangre y es eliminado en forma de aire espirado a través de los pulmones.

Ese aire hay que recogerlo en una bolsa para hacer la comparación con los niveles basales de eliminación de dióxido de carbono. Si se detecta presencia de *Helicobacter Pylori* habrá un aumento de dióxido de carbono y con ello confirmaríamos la infección.

El test del aliento es realizado por personal de enfermería de forma ambulatoria siendo necesario que previamente a su realización el paciente cumpla los siguientes requisitos:

- Dejar el tratamiento con inhibidores unos 15 días antes de hacer la prueba.
- No haber consumido antibióticos unos 28 días antes de la prueba.
- Estar en ayunas 8 horas antes de someterse a la prueba.
- No haber fumado, masticado caramelos o chicles ni haberse lavado los dientes o usado colutorios.
- No realizar ejercicio físico 30 minutos antes de hacer la prueba.

El test del aliento tiene una duración aproximada de unos 40 minutos y se suele realizar preferentemente a primera hora de la mañana para facilitar el ayuno del paciente.

La realización del test del aliento está contraindicada en los pacientes alérgicos a la urea o a alguno de los componentes del test, en los niños menores de 5 años de edad y en los pacientes gastrectomizados.

32.5 Discusión

La infección por *Helicobacter Pylori* es una dolencia que se produce en casi la mitad de

la población mundial y puede causar diferentes lesiones como gastritis crónica, úlcera péptica y cáncer gástrico

El test del aliento es una prueba diagnóstica no invasiva que mediante un sistema sencillo, indoloro y fácil de realizar permite detectar la infección de esta bacteria gramnegativa en la mucosa gástrica.

El personal de enfermería que se va a encargar de recoger las muestras tiene que informar adecuadamente al paciente de manera que este le quede claro todo lo que tiene que hacer antes, durante y después de haber realizado la prueba, ya que de no hacerlo correctamente, podría influir negativamente en los resultados de la prueba.

32.6 Bibliografía

1. Juanes de Toledo B. Test del aliento (urea-C13) para el diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* en niños: revisión sistemática y metaanálisis. Evid Pediatr. 2012; 8:85.
2. Hernández Tapias S. et al. "Tratamiento de la úlcera péptica por *Helicobacter pylori*." Farm Hosp 1996;20(1):17-22.

Capítulo 33

33 A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE HERNIA INGUINAL PEDIÁTRICA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

AZUCENA MARTIN GOMEZ

LORENA COLINO MARTIN

SORAYA JARILLO CABALLERO

MARÍA JESÚS BRAOJOS RODRÍGUEZ

MARÍA JOSÉ LANCHA HERRERA

33.1 Introducción

Las hernias inguinales se consideran una condición en la infancia bastante común y no es considerada patología novedosa. El manejo de esta entidad se considera un tema que ha evolucionado y que todavía crea controversia entre distintos profesionales en la sanidad.

La incidencia en nuestro país está en torno al 5% en los neonatos a término, un 15% en los nacidos antes de las 34 semanas de gestación.

La relación que se encuentra en el proceso vaginal y que se tiene con el descenso de los testículos tiene la explicación del 80% de las hernias inguinales que se detectan en los varones. La involución del proceso vaginal del lado derecho se sucede después que el del izquierdo, correlacionando con el 70% de las hernias en la ingle, que son en el lado derecho.

La incidencia que ocurre con la persistencia del proceso vaginal en los neonatos post-mortem es de un 95% y de un 60% en los menos de 12 meses ocurriendo en un 30 % en la edad adulta.

La mayor parte de las hernias que ocurre en los niños se pueden presentar en forma indirectas, donde el saco herniario atraviesa el canal inguinal, de forma lateral hacia los vasos epigástricos inferiores.

33.2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar el procedimiento de una hernia inguinal en un neonato y su resolución mediante procedimiento quirúrgico.

33.3 Caso clínico

Francisco nace por parto vaginal a las 38 semanas de gestación y 3400 gramos de peso, test de apgar 9/10 y es dado de alta junto a la madre a las 24 horas del nacimiento. El niño en la primera revisión neonatal presenta protuberancia en la zona inguinal derecha. Se espera a la evolución, a los dos meses sigue igual, se decide una segunda exploración por parte del cirujano que no insta a radiar al niño y hace un diagnóstico de hernia inguinal con revisión cada tres meses a la palpación. El niño inicia la bipedestación y deambulación sin problemas. A los dos años de edad se le realiza una ecografía para la valoración de la hernia inguinal derecha recomendando operación quirúrgica por salida del saco para colocación de malla como resolución. Francisco ingresa en la planta de pediatría para proceder al día siguiente a la intervención que se realizará con anestesia general por la edad del niño. Se le coloca una malla que hay que recortar y adaptar al abdomen del niño y se le conduce a la planta una vez que cumple por protocolo su estancia en la sala de reanimación acompañado por su madre. En la planta permanece ingresado dos días para la administración de medicación y se le da el alta al domicilio con los cuidados diarios de la herida quirúrgica por el enfermero de su centro de salud.

33.4 Discusión-Conclusión

Las hernias inguinales producidas en los neonatos si no impiden a los niños movimientos y no son dolorosas se ha de esperar a que estos alcancen un peso adecuado para someterse a la anestesia y una operación en quirófano.

33.5 Bibliografía

- Aguilar MLD. Hernia inguinal: Un tema controversial (patología en niños). Rev Med Cos Cen. 2021;70(608):621-624.

Capítulo 34

34 FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA

ANDREA MÉNDEZ PELÁEZ

34.1 Introducción

La realización de un frotis o extensión de sangre periférica permite observar al microscopio los distintos componentes de la sangre: hematíes, glóbulos blancos y plaquetas. Es una técnica muy sencilla y rápida que se realiza extendiendo una pequeña gota de sangre total sobre un portaobjetos. Para poder diferenciar unos componentes de otros es necesario teñir la preparación. Se ha de realizar una tinción diferencial para distinguir unas células de otras en función de la coloración que adquieren el núcleo, el citoplasma y los gránulos presentes en él y así identificar tanto las características como la cantidad de cada tipo de célula sanguínea presente.

34.2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir cómo se realiza una extensión sanguínea de forma manual.

Objetivos secundarios:

- Conocer las tinciones diferenciales más utilizadas en hematología.
- Mencionar las características que permiten diferenciar cada tipo de célula sanguínea.

34.3 Metodología

Para elaborar este capítulo de libro se ha realizado una revisión bibliográfica. Se han consultado atlas y manuales sobre técnicas hematológicas y de laboratorio clínico para obtener información sobre las características de las células sanguíneas. Además, se ha buscado en Google Scholar información adicional sobre tinciones diferenciales en hematología.

34.4 Resultados

El procedimiento que se lleva a cabo para obtener un frotis sanguíneo es sencillo y se realiza de la siguiente manera:

- Con una pipeta se deposita una gota de sangre en uno de los extremos de un portaobjetos.
- Se coloca otro portaobjetos formando un ángulo de unos 45° respecto al que tiene la

sangre.

- Se arrastra el porta hacia la gota y una vez esta se ha extendido a lo ancho, se extiende rápidamente hacia el extremo contrario.
- Se deja secar al aire.

Una vez la extensión ha secado se procede a teñirla para su visualización al microscopio. En hematología se utilizan tinciones diferenciales para poder identificar cada tipo de célula. Las más utilizadas son Giemsa, Panóptico rápido y Wright. Todas ellas se basan en el método Romanowsky, que emplea colorantes ácidos para teñir estructuras básicas y colorantes básicos para teñir estructuras ácidas. A continuación, se resume cada una de ellas:

Giemsa.

Se fija con metanol durante tres minutos y después se sumerge la preparación en solución de Giemsa durante 25 minutos. Se lava con agua para limpiar restos de colorante y se deja secar.

Panóptico rápido.

Consiste en sumergir unas cinco veces la preparación en las distintas soluciones de panóptico: solución 1 (metanol), solución 2 (eosina rápida) y solución 3 (azul rápido). Se lava con agua para eliminar restos de colorante y se deja secar.

Wright.

Se sumerge la preparación en solución de Wright durante 2 minutos, se lava con solución tampón pH 7.2, se sumerge en solución de Wright diluida con el tampón anterior durante 4 minutos, se lava con agua, se lava con solución tampón y se deja secar.

Tras realizar cualquiera de estas tinciones, se puede observar el frotis y clasificar cada célula en función de sus características:

- Eritrocitos: pequeños discos bicóncavos, sin núcleo, de color rosa pálido.
- Neutrófilos: son células grandes, con el núcleo multilobulado y el citoplasma presenta pequeños gránulos de color morado.
- Eosinófilos: por lo general el núcleo posee dos lóbulos, el citoplasma contiene gránulos más grandes y de color naranja.
- Basófilos: el núcleo puede no apreciarse debido a los gránulos de color azul oscuro que posee el citoplasma.
- Monocitos: son las células más grandes, el citoplasma es abundante sin gránulos y suele contener vacuolas.
- Linfocitos: núcleo de color azul oscuro o morado y citoplasma muy escaso.

34.5 Discusión

Como muestra se suele coger una gota del mismo tubo de EDTA que llega al laboratorio para realizar el hemograma, ya que la visualización del frotis se realiza en aquellos casos en los que algún resultado del hemograma se ve alterado.

Es muy importante identificar el portaobjetos con los datos correspondientes a cada paciente. Se debe realizar la extensión y posterior tinción de forma correcta. En caso contrario, provocaría alteraciones en la morfología celular que no son propias del paciente si no de un exceso o defecto de muestra, secado inadecuado, mala extensión, fijación o

tinción, etc.

Si la extensión es buena se pueden distinguir tres zonas en ella que van desde la zona más gruesa donde se ha depositado la gota, al final más fino. La visualización de las células debe realizarse en la zona intermedia de la extensión.

Si la observación del frotis se necesita de urgencia se opta por realizar la tinción de panóptico rápido ya que es la que menos tiempo conlleva, lo que permite aportar los resultados de forma más rápida.

Hoy en día en los laboratorios donde hay un volumen considerable de trabajo se ha automatizado este tipo de técnicas utilizando equipos que, además de realizar el hemograma, evalúan si es necesario realizar también un frotis en función de los resultados obtenidos y realizan la extensión y la tinción de forma automática.

34.6 Bibliografía

1. Métodos de preparación y tinción de las extensiones sanguíneas y de la médula ósea. En: Lewis SM, Bain BJ, Bates I. Dacie y Lewis. Hematología práctica. Elsevier Masson. 10ª Edición; 2008; p.51-57.
2. Técnicas y métodos hematológicos básicos. En: González de Buitrago JM. Técnicas y métodos de laboratorio clínico. Elsevier Masson. 3ª Edición; 2010; p.281-284.
3. Introducción al examen de frotis de sangre periférica. En: Carr JH, Rodak BF. Atlas de hematología clínica. Editorial Médica Panamericana. 3ª Edición; 2009;p.1-10.

Capítulo 35

35 A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN POR HIPERACTIVIDAD POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

AZUCENA MARTIN GOMEZ

MARÍA JOSÉ LANCHÁ HERRERA

MARÍA JESÚS BRAJOS RODRÍGUEZ

SORAYA JARILLO CABALLERO

LORENA COLINO MARTIN

35.1 Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad conocido por las siglas TDAH está considerado un síndrome neurológico habitual que se caracteriza por hiperactividad, también por impulsividad y por una pobre capacidad de la atención.

Está considerado uno de los síndromes que son más habituales entre los niños y los adolescentes, y también está catalogado como el más común en la juventud. No existen datos que sean precisos para evaluar la prevalencia, pero se puede hacer una estimación entre el 3 y el 15% en niños y el 5% en los adultos.

En este trastorno se asocia la alteración en el desarrollo de forma armónica de los individuos que se encuentran afectados, haciendo una asociación entre las distintas alteraciones familiares que son importantes; lo que si se tiene constancia es que la mitad de los niños que tienen TDAH tienen relaciones pobres con sus iguales y hasta un 80% de los niños que tienen este síndrome cursan el grado de secundaria sin tener amistades por considerar grandes sus limitaciones para poder participar de una manera armónica en lo que se llama el intercambio social que es propio de la edad.

La importancia que tiene este síndrome se debe a que es una patología que tiene manifestaciones que se presentan en la niñez y generan de forma habitual una serie de alteraciones que se presentan en la funcionalidad de la persona, en el entorno de la educación y en el social, esto puede conllevar a que el individuo que se encuentra en plena etapa en la que se forma su personalidad y su identidad, pueda interactuar de una manera que no sea correcta con la sociedad, atrayendo sobre sí misma una impronta que sin que exista un manejo adecuado de la misma, hace que pueda llevar a la marginación en el ámbito social.

35.2 Objetivos

El objetivo que tiene esta comunicación es exponer el trastorno del TDAH mediante la presentación de un caso clínico.

35.3 Caso clínico

Víctor tiene 6 años. Es seguido muy atentamente por su pediatra desde el centro de salud de referencia. La madre siempre ha referido que es un niño muy inquieto, que no para, que no presta atención y que es muy bruto. No tiene amigos fijos porque se cansan de él o se cansa él de los amigos porque ninguno le viene bien. La madre siempre que acude a la consulta está desesperada de las continuas quejas del colegio y de los familiares. La pediatra siempre le ha dicho que van a esperar a los seis años. Cumplida esta edad refiere que le va a enviar a la unidad de infantojuvenil del hospital de referencia para una valoración. En esta unidad se realiza a Víctor varias entrevistas cerradas y abiertas en presencia de sus padres, se ponen en contacto con el colegio donde estudia el niño para que el orientador le pase unos test dentro del horario escolar y realice unos test los tutores sobre su comportamiento y rendimiento escolar. Víctor es diagnosticado de un trastorno de déficit de atención con hiperactividad el cual requiere de un tratamiento mixto de terapia individual y conjunta y de farmacología ajustando la dosis a su tamaño corporal.

35.4 Discusión-Conclusión

Las terapias mixtas que requieren el tratamiento de este trastorno incluyen metilfenidato, que es un medicamento estimulante del sistema nervioso central que estabiliza los niveles de activación del niño. Al mismo tiempo este debe tener un seguimiento individualizado con el psiquiatra que sigue esta medicación y acudir a terapia conjunta con otros niños para aprender pautas de relajación e interacción con los iguales.

35.5 Bibliografía

- Llanos Lizcano, L. J., García Ruiz, D. J., González Torres, H. J., & Puentes Roza, P. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Pediatría Atención Primaria*, 21(83), e101-e108.

Capítulo 36

36 A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE USO DE UN CÓDIGO ICTUS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

AZUCENA MARTIN GOMEZ

MARÍA JOSÉ LANCHÁ HERRERA

MARÍA JESÚS BRAOJOS RODRÍGUEZ

SORAYA JARILLO CABALLERO

LORENA COLINO MARTIN

36.1 Introducción

El Código Ictus está considerado por los servicios de salud, la herramienta de organización que coordina las distintas estructuras que existen prehospitales y hospitalarias que tienen como objetivo diferenciado el poder identificar a los pacientes que se pueden beneficiar de la trombolisis y así poder disminuir los tiempos del traslado y del diagnóstico antes del hospital y en el hospital utilizando los distintos recursos que se consideren adecuados hasta trasladar al paciente a una unidad Ictus.

El Código Ictus se activa desde que se tiene el primer contacto o primera sospecha clínica por los distintos equipos que componen las emergencias de primaria y así poder comunicar la emergencia al área de urgencias del hospital más cercano, donde el paciente ya va a entrar en una vía de manejo que ya de por hecho la confirmación y evalúe el diagnóstico, pueda activar la neuroimagen, se analice las indicaciones y contraindicaciones, pueda iniciar los parámetros de neuroprotección fisiológica y a la vez se tome o se desestime la decisión de usar trombolisis. Existen indicadores de tiempo que sirven para poder evaluar el proceso inicial que hace equipo de ictus que está compuesto por distintos médicos de áreas de cuidados médicos y de urgencias, radiólogos y neurología. Tenemos que recordar que considerando nuestra sociedad el 50% de los pacientes que sufren un ictus acuden a los servicios de urgencias dentro de las primeras dos horas de notarse los inicios de los síntomas por lo que su reconocimiento en forma precoz y la activación de las técnicas de diagnóstico y la toma de las decisiones que se consideran en este entorno se consideran obligados.

Es considerado fundamental que cuando los síntomas se inicien estos se identifiquen de forma plena, descartando así a los pacientes que despiertan con estos síntomas, no así a los que tienen un cuadro de un ataque isquémico de forma transitoria con resolución de los síntomas y con un posterior desarrollo de un ictus agudo, donde el inicio de los síntomas se considera inicio cero.

36.2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar mediante un caso clínico la actuación del código ictus implantado en los servicios de salud.

36.3 Caso clínico

Carlos de 39 años salió el domingo con la bicicleta como era habitual con los compañeros del trabajo, en una de las paradas que hicieron para comer, al sentarse en la silla, no calculó bien y casi se cayó al suelo, intentó varias veces sentarse y tuvo que sentarse con ayuda de sus compañeros, dijo entre balbuceos que no se sentía bien y empezó a hablar cosas incoherentes. Un sanitario que se encontraba entre el grupo creyó reconocer los síntomas de un ictus y en el coche del dueño del restaurante lo trasladaron al centro de salud que se encontraba a cinco minutos donde activaron el código ictus mientras avisaban al hospital de referencia donde fue trasladado en ambulancia a la mayor brevedad posible. Una vez con el protocolo activado y entra por la puerta de urgencia del hospital se le traslada a la unidad de ictus de la planta de neurología donde se monitoriza a Carlos y se le exploran las lesiones, se le somete a medicación intravenosa y a observación crucial en las próximas 48 horas sin volver a repetir el proceso. A los 11 días es trasladado a planta y puede iniciar su recuperación física y neurológica teniendo en consideración que la recuperación tiene un tiempo prudencial de recuperación.

36.4 Discusión-Conclusión

El ictus está considerado una entidad de emergencia, en la cual el riesgo en el cerebro se interrumpe, es crucial y de vital importancia para salvar la vida del individuo y para considerar las lesiones mínimas actuar lo más rápidamente posible y de forma eficaz activando el código ictus que está implantado en todos los centros sanitarios de los centros públicos del país.

36.5 Bibliografía

- Gutiérrez-Zúñiga, R., Fuentes, B., & Díez-Tejedor, E. (2019). Ictus isquémico. Infarto cerebral y ataque isquémico transitorio. Medicine-Programa de Formación Médica Continua Acreditado, 12(70), 4085-4096.

Capítulo 37

37 EL DERECHO DEL USUARIO A LA INFORMACIÓN SANITARIA POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

JORGE ALVAREZ LOSADA

JOSE MARIA RUBIO RUBIO

ANA VANESA MELENDRE VILLAGRA

37.1 Introducción

El derecho a la información en salud es el derecho de los usuarios de la salud a obtener información sobre nuestro estado de salud como pacientes. Esta información debe ser precisa, comprensible y relevante para nuestras necesidades, y debe proporcionarse de manera que nos ayude a tomar decisiones basadas en el libre albedrío del paciente y, por lo tanto, el paciente tiene derecho a la información.

Antes de la publicación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que regulaba la autonomía del paciente, el derecho a la información y la documentación clínica, tal y como recoge este principio, el asunto a resolver de quién era el destinatario de la información asistencial se solucionaba, tal y como venía señalando la doctrina, por aplicación del ordenamiento jurídico y, en particular, del Derecho Civil.

De acuerdo con la ley, el destinatario de la información es únicamente el propio paciente o, en su defecto, una persona con derecho a la información, por lo que, si el paciente lo autoriza, sus familiares cercanos y acompañantes autorizados son muy importantes en todos los casos. Ha habido mucha confusión y críticas porque no existe una definición legal del término "pariente o amigo cercano" en la Ley de Salud Pública.

37.2 Objetivos

Profundizar en el conocimiento del derecho a la información por parte del paciente y las limitaciones de este derecho.

37.3 Metodología

Para la realización de este trabajo se llevó a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además, se hizo una búsqueda sistemática de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos como son: Pubmed, Medline y Scielo. Se han seleccionado los artículos científicos que proceden de publicaciones académicas revisadas.

37.4 Resultados

Los profesionales sanitarios o no sanitarios son los que tienen que velar porque se respete nuestro derecho a la información, así como a otros profesionales sanitarios que nos acompañen en la atención y realicen determinadas prácticas o procedimientos sanitarios.

El derecho a conocer los datos del usuario es obligatorio para las autoridades sanitarias y con independencia de que el paciente haya sido divulgado públicamente por un familiar o por hechos. Esta posición incluye el derecho a ser informado, tanto verbalmente como por escrito, de los recursos legales disponibles, tales como:

- Visita al médico, análisis clínicos, examen clínico, etc.
- Familiarizarse con el diagnóstico de la enfermedad, la finalidad y naturaleza de la intervención, los riesgos y consecuencias ante la intervención sanitaria. El derecho a recibir información de salud podrá ser restringido en los siguientes casos:
- Los pacientes menores de edad serán informados de manera comprensible, y en caso de que se requieran requisitos especiales, también deberán revelar el número de sus representantes legales o familiares.
- Que manifieste algún tipo de trastorno mental o discapacidad en función de las necesidades terapéuticas del usuario.

Por estos motivos se valorará a través de una serie de criterios objetivos si el paciente deberá tener pleno conocimiento de su propia situación sin que esta pueda perjudicar más salud y ponerla en riesgo de manera grave.

37.5 Discusión

Si examinamos el contenido observamos que se ha eliminado de la normativa vigente la referencia a los "allegados" como titulares del derecho a la información a la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad. Este concepto había ocasionado polémica como consecuencia de ser un término con un carácter jurídico indeterminado, habiendo sido sustituido por la referencia a "las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho". Esto permite una mayor concreción de los titulares del derecho a la información. De esta manera se concreta que el titular indudable del derecho a la información asistencial es el propio paciente, sin perjuicio de la información que corresponda a los familiares o personas vinculadas de hecho al mismo, "en la medida en que el paciente lo permita de manera expresa o tácita", por lo que siempre será necesaria su autorización.

37.6 Bibliografía

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

Capítulo 38

38 TRATAMIENTO DEL MIELOMA MÚLTIPLE

DANIEL FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

38.1 Introducción

El mieloma múltiple es un cáncer incurable que aparece en las células plasmáticas, un tipo de leucocito producido en la médula ósea. Dichas células, en el mieloma, se vuelven anormales, se multiplican sin control y liberan un tipo de anticuerpo que se conoce como "proteína M", anticuerpo en cantidades inusualmente grandes en orina y personas afectadas con Mieloma múltiple y otros tipos de tumores de células plasmáticas. También se denomina proteína monoclonal, sin función útil, ya que no tiene ningún tipo de beneficio para el cuerpo.

No se conocen exactamente las causas que provocan esta enfermedad, pero se suele asociar con un sistema inmunológico debilitado.(1) Por su parte se presentan algunos factores de riesgo que podrán estar relacionados con la probabilidad de desarrollar Mieloma múltiple como la edad, el sexo (los hombres tienen una probabilidad mayor de padecer la enfermedad que las mujeres), la raza (en Estados Unidos se presenta en personas de raza negra por encima del resto), antecedentes familiares, obesidad y padecer otras enfermedades de células plasmáticas.(2).

Su incidencia es de entre 4-6 casos por cada 100.000 habitantes al año a nivel mundial. El mieloma múltiple representa el 1% de todos los cánceres y el 10% de los cánceres de sangre, siendo el segundo cáncer de sangre más común. En los últimos diez años, la tasa de supervivencia global se ha duplicado situándose entre los 5-10 años.(3)

38.2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer en qué consiste el mieloma múltiple y sus factores de riesgo.

Objetivos secundarios:

- Informar sobre la incidencia de dicha enfermedad.
- Exponer los principales tratamientos relacionados con el Mieloma múltiple.

38.3 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.

38.4 Resultados

El mieloma múltiple es sintomático cuando presenta hipercalcemia, insuficiencia renal, anemia, dolor, daños óseos y síntomas de actividad tumoral. Es asintomático (mieloma precoz, indolente o smoldering) el mieloma que a su diagnóstico no presenta síntomas o signos de enfermedad. Suele ser un mieloma de baja masa tumoral, inicialmente estable, no requiere tratamiento y para el cual se propone un minucioso seguimiento, ya que todos los pacientes derivan a mieloma sintomático. (4)

El mieloma se puede tratar tanto de forma local como sistémica o una mezcla de ambas. Tratamientos locales: tratan el tumor sin afectar el resto del cuerpo como podría ser la cirugía o la radioterapia. Más eficaces en etapas tempranas.

Tratamientos sistémicos: controlan el mieloma mediante medicamentos administrados por vía oral o directa al torrente sanguíneo, llegando a las células cancerosas en cualquier parte. Aquí podemos encontrar el trasplante de células madre para mieloma múltiple o tratamientos de apoyo para pacientes con mieloma múltiple. Además, se pueden combinar los tratamientos dependiendo de si el paciente es candidato a un trasplante de médula ósea y de la etapa del mieloma. (5)

El mieloma múltiple se trata en diferentes fases:

- Tratamiento de Inducción (inicial).

Este tratamiento depende de la edad y el pronóstico. Sustancias como la Talidomida, la Lenalidomida y el Bortezomib han conseguido importantes avances en el tratamiento del mieloma. Se usan solos o combinados con otros en diferentes fases, contribuyendo a que los pacientes puedan vivir más tiempo en mejores condiciones.

Actualmente existen terapias combinadas, en las que se emplean nuevos medicamentos, como medicamentos de las denominadas terapias estándar (Melfalán, Prednisona, Doxorrubicina, Dexametasona) junto con el trasplante de médula ósea. (4)

- Tratamiento de mantenimiento.

Una vez que los pacientes responden al tratamiento inicial, el objetivo es alargar la duración de la remisión con un número de efectos secundarios el mínimo posible. Este tratamiento se aplica una vez se ha finalizado el tratamiento con el que se ha conseguido la remisión, ya sea total o parcial.

Para menores de 65 años el tratamiento inicial se sigue, si se consiguió remisión de algún tipo, con quimioterapia intensiva y trasplante autólogo, que maximiza la reducción en la masa tumoral.

Para mayores de 65 años, tras el tratamiento inicial, se suele parar el tratamiento y vigilar si los marcadores del paciente permanecen estables hasta ver si muestran nuevamente signos de actividad. (4)

38.5 Discusión

El mieloma múltiple es un cáncer incurable que representa el 10% de los cánceres de

sangre diagnosticados. Aunque sus causas a día de hoy son desconocidas, pudiendo asociarlo a un sistema inmunológico débil, si se conocen algunos de sus factores de riesgo. La mayoría de estos factores de riesgo no se pueden combatir (raza, edad, sexo), pero otros como la obesidad podrían modificarse con un estilo de vida saludable, lo cual ayudaría en gran medida a paliar los efectos adversos del Mieloma múltiple.

Por otra parte, es importante el seguimiento precoz del paciente, mediante la realización periódica, a partir de una determinada edad, de una analítica de sangre, la cual puede arrojar unos datos significativos sobre esta enfermedad. A pesar de tratarse de una enfermedad incurable, los avances médicos de los últimos años, permiten convivir con la enfermedad, llevando una vida aparentemente tranquila.

38.6 Bibliografía

1. Fundación Josep Carreras contra la Leucemia | Mieloma múltiple [Internet]. [cited 2022 Oct 24]. Disponible en: <https://www.fcarreras.org/es/mieloma>.
2. Hospital Clínic Barcelona | Causas del Mieloma Múltiple [Internet]. [cited 2022 Oct 24]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/mieloma-multiple/causasyfactores-de-riesgo>.
3. iSanidad | En España se estima que hay alrededor de 12.000 pacientes con mieloma múltiple, con unos 2.000 nuevos casos al año [Internet]. [cited 2022 Oct 24]. Disponible en: <http://isanidad.com/104421/en-espana-se-estima-que-hay-alrededor-de-12-000-pacientes-con-mieloma-multiple-con-unos-2-000-nuevos-casos-al-ano/>.
4. AEAL | Tratamiento del mieloma apartado 7 [Internet]. [cited 2022 Oct 24]. Disponible en: <http://www.aeal.es/mieloma-multiple-espana/7-tratamiento-del-mieloma/>.
5. American Cancer Society | Tratamiento del mieloma múltiple [Internet]. [cited 2022 Oct 24]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/mieloma-multiple/tratamiento.html>.

Capítulo 39

39 REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MONICA MARTÍNEZ SANCHEZ

MARÍA CONCEPCIÓN PÉREZ GARCÍA

JESSICA SIERRA SANCHEZ

SILVIA MARÍA HENCHE PEREZ

ANA ISABEL FERNÁNDEZ RUIZ

39.1 Introducción

La esclerosis múltiple se puede definir como una patología en modo progresivo que tiende a cursar con la aparición de distintas lesiones de carácter inflamatorio focales en placas de la sustancia blanca del cerebro, en las que lo resulta más llamativo es que se produce una desmielinización, pero existe una relativa preservación de los axones en una fase temprana, se puede encontrar muy afectada en fases finales.

Las lesiones que se producen pueden ser múltiples y se distribuyen a lo largo de todo el sistema nervioso central; se caracterizan por tener una distribución perivenular y localizarse de forma más frecuente con la sustancia blanca periventricular y también subpial. Las placas de desmielinización se consideran de dos tipos que dependen de la actividad que tenga la enfermedad. En las que se puede reconocer una lesión aguda, existe un fenómeno patológico que es fundamental, este es la inflamación. La lesión crónica tiende a destacar por producir una desmielinización en la zona franca que de forma progresiva se acompaña de la degeneración de los axones y de una gliosis.

39.2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es informar sobre las características de esta enfermedad mediante una revisión sistemática.

39.3 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.

39.4 Resultados

Las placas que se desmielinizan producen lesiones que llaman la atención por una pérdida de la mielina, con los axones que están relativamente preservados y se encuentran cicatrices en los astrocitos. Tienen una especial afinidad en los nervios ópticos, la sustancia blanca periventricular que se encuentra en el cerebro, cerebelo y en la médula espinal. Se puede presentar con una morfología que de forma frecuente y de tipo redondeado y oval, puede presentar a menudo formas alargadas que se conocen como los dedos de Dawson que se infiltran en los vasos sanguíneos de dimensiones medianas y pequeñas. De forma básica, estas lesiones se pueden componer de linfocitos y de macrófagos que tienen la identificación de los productos de una degradación de la mielina en macrófagos que es considerado el método que tiene más fiabilidad para poder identificar las lesiones activas. También en las lesiones de carácter crónico que se llegan a encontrar en las distintas células que son precursoras de los oligodendrocitos.

Los síntomas tempranos de la esclerosis múltiple se producen por una desmielinización. Se puede producir una recuperación que se basa en una resolución del edema que se inflama lo que puede provocar como una consecuencia una remielinización de forma parcial, que se conoce como placas en sombra, que se constituyen por unas finas vainas de mielina. Lo que todavía no se conoce es como se produce realmente el daño en los axones.

39.5 Discusión

Se desconoce a día de hoy cuál es la secuencia que existe con los acontecimientos que pueden provocar el daño de la sustancia blanca, aunque se especula en muchos de los estudios que son varios los factores que la provocan.

Se postula la predisposición genética como factor recomendable a tener en cuenta y se empieza a estudiar a los descendientes en primer grado de estos enfermos sin resultados concluyentes hasta el momento ni se han encontrados genes concretos que puedan afirmar esta hipótesis ni contrastarla.

Se sigue investigando y se va a tardar años en dar con una conclusión definitiva sobre la causa y poder atajar esta patología desde la raíz del problema.

39.6 Bibliografía

- Moreno, R. D., Esponda, M. M., Echazarreta, N. L. R., Triano, R. O., & Morales, J. L. G. (2021). Esclerosis múltiple: revisión de la literatura médica. Revista de la Facultad de Medicina UNAM, 55(5), 26-35.
- Carretero Ares, J. L., Bowakim Dib, W., & Acebes Rey, J. M. (2020). Actualización: esclerosis múltiple. Medifam, 11(9), 30-43.

Capítulo 40

40 CUIDADOS DEL TUBO TRAQUEAL

DESIRÉE MEL GONZÁLEZ

ADÁN RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

VALENTINA NOGUERA PORRAS

40.1 Introducción

El tubo traqueal es un catéter que se inserta en la tráquea con el objetivo de mantener la vía aérea abierta y asegurar la correcta respiración del paciente.

Al procedimiento que se lleva a cabo para introducir dicho tubo se denomina traqueostomía, esto consiste en realizar quirúrgicamente un orificio en la tráquea. Puede ser temporal o permanente.

Una traqueostomía podría tener o no una cánula interna. Dicha cánula es un revestimiento que se puede fijar y quitar para su correcto lavado.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe tener cuidado a la hora de manipular el tubo traqueal y llevar a cabo la correcta desinfección de la cánula interna.

40.2 Objetivos

- Definir el tubo traqueal.
- Conocer los cuidados a llevar a cabo en la limpieza del tubo traqueal.

40.3 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.

40.4 Resultados

Los pacientes con traqueostomía realizada están expuestos a un elevado riesgo de infección, obstrucción, broncoaspiración o desplazamiento de la cánula.

Las cánulas de traqueostomía son tubos de plástico que consta de las siguientes partes:

- Cánula externa. Parte fija que se sujeta al cuello.

- Cánula interna. Extraíble para su limpieza.
- Obturador. Se usa para orientar la cánula externa a medida que se va insertando en la incisión.

El paciente con traqueostomía necesita de unos cuidados especiales, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) colabora con el equipo de enfermería en ellos.

El material necesario para la limpieza del estoma es el siguiente:

- Suero fisiológico.
- Jeringas de 10cc.
- Gasas.
- Cánulas del modelo correspondiente.
- Cepillo para la limpieza de la cánula.
- Tiras de sujeción para la cánula.
- Aspiración para las secreciones.
- Sondas de aspiración.

Para mantener el estoma limpio se utilizan gasas húmedas con suero fisiológico y clorhexidina acuosa, limpiar con mucho cuidado los bordes del estoma al menos dos veces al día.

En cuanto a la limpieza de la cánula se deben seguir los siguientes pasos:

- Realizar el lavado con agua templada.
- La zona interna debe limpiarse con gasas, teniendo cuidado de no dejar restos en el interior.
- Sumergir la cánula interna (removible) en una solución desinfectante para retirar cualquier resto de suciedad, se dejará actuar unos 30 minutos y se colocará de nuevo.
- Si la cánula no está en correcto estado, es necesario renovarla.
- La frecuencia con la que se cambia la cánula varía desde diariamente hasta una vez al mes.
- El vendaje utilizado para fijar la cánula al cuello del paciente se cambiará cuantas veces será necesario, es importante mantenerlo limpio y seco.

Para este procedimiento es esencial que el TCAE conozca el protocolo de actuación y mantenga las condiciones correctas de asepsia y esterilidad de los materiales utilizados.

40.5 Discusión

Concluimos con la importancia de mantener limpio y desinfectado el estoma y la cánula traqueal.

Por lo tanto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe estar perfectamente cualificado y conocer muy bien el protocolo para el cuidado del paciente traqueostomizado, ya que es el responsable de mantener la limpieza correcta del tubo, evitando así cualquier riesgo de infección al paciente. Deberá comunicar también cualquier incidencia ocasionada.

Por otro lado, también debe colaborar con el equipo de enfermería en procedimientos como en la aspiración de secreciones a través de la sonda traqueal.

40.6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-a-pacientes-traqueostomizados-en-uci-la-funcion-del-tcae/>.

Capítulo 41

41 REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA TUBERCULOSIS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MONICA MARTÍNEZ SANCHEZ

ANA ISABEL FERNÁNDEZ RUIZ

SILVIA MARÍA HENCHE PEREZ

JESSICA SIERRA SANCHEZ

MARÍA CONCEPCIÓN PÉREZ GARCÍA

41.1 Introducción

Hoy en día podemos definir la tuberculosis como aquel cuadro patológico que se desarrolla en las vías respiratorias, que es causa de la infección de un microorganismo que se llama *Mycobacterium tuberculosis*, actúa como agente que tiene una alta capacidad de transmisión con las personas y un elevado índice de contagio en forma consecuente, ya que se lleva a cabo en el medio de la inspiración por gotas que son de muy pequeño tamaño y que tienen sustancias que están contaminadas de las vías respiratorias de pacientes que tienen la enfermedad activa en el momento que expulsan el material.

Esto se puede traducir en la presencia de síntomas, donde es más frecuente la tos que persiste, y la que llega a complicarse con hemoptisis o la expulsión de sangre al toser.

Hoy en día la tuberculosis se considera un problema en la atención de nuestro servicios de salud pública en un nivel global, hace 10 años se informó de unos 15 millones de casos con un diagnóstico definitivo de esta patología, de estos casos, aproximadamente 10 millones han sido casos nuevos y se ha determinado una tasa de mortalidad cercana al 10%.

41.2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es dar a conocer información sobre la tuberculosis

41.3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en el buscador de google académico seleccionando distintos artículos de revistas como Scielo, Pubmed para quedarnos finalmente con una recopilación de revisiones que han sido de nuestro interés para hacer la metodología de esta comunicación.

41.4 Resultados

Si hablamos en términos epidemiológicos se ha podido determinar que, al menos un 30% de los enfermos, globalmente, que tienen alguna patología que se pueda traducir en un estado de inmunodepresión pueden desarrollar una tuberculosis, de forma especial cuando se trata de una infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, podemos considerar estos pacientes con los que cuentan en un proceso patológico activo en el cual se reduce en el número de los casos que se detectan.

Debido a que se debe a una alta tasa de la incidencia de la tuberculosis, tanto a un nivel mundial como en una forma local, se puede considerar elevado el índice de mortalidad y un impacto negativo que se representa en el estado general de salud de aquellos pacientes que la padecen.

De los resultados de los estudios nos gustaría recalcar que la tasa de mortalidad en enfermos con esta enfermedad ha descendido en los últimos años consecuencia de la aplicación de distintos métodos diagnósticos y de opciones de tratamiento, no obstante, a día de hoy, hay una elevada incidencia de distintos casos de la de forma actual, así como un elevado índice en el desarrollo de las comorbilidades o de las complicaciones, de forma especial

en aquella asociación que tiene diferentes características de carácter epidemiológico que tienen los enfermos que las padecen, de las cuales no han podido ser determinadas con exactitud.

41.5 Discusión

Es muy importante y se considera necesario el poder llevar a cabo distintos trabajos de investigación sobre la tuberculosis puesto que todavía no se ha logrado identificar en una forma local la prevalencia que tienen las distintas características, en cuestión tanto epidemiológicas como clínicas, de los enfermos que tienen esta enfermedad y, a través de los datos que se obtienen, se puede contribuir formar un protocolo de manejo y de atención integral en los pacientes, donde se pueden gestionar las distintas prestaciones de servicios que sean dirigidas de una forma específica a las características y a la presentación clínica de la enfermedad en su caso que sea específico.

41.6 Bibliografía

- Montalvo, R., Díaz-Lazo, A., Rodríguez, C., Castro, J., Suárez, M., & Acuña, F. (2021). Análisis comparativo de la sobrevida de los pacientes con meningitis tuberculosa y tuberculosis pulmonar. *Neurología Argentina*.
- Daza Bajaña, J. L., & Villarroel Párraga, E. J. (2019). *Tuberculosis pulmonar perfil clínico y epidemiológico* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).

Capítulo 42

42 MEDIO DE CULTIVO TODD Y SU USO EN LOS LABORATORIOS DE MICROBIOLOGÍA

VANESA GARCIA MENDEZ

42.1 Introducción

El *Streptococcus agalactiae* o estreptococo del grupo B (EGB) se encuentra en la vagina y/o el recto de las mujeres embarazadas y la administración de profilaxis antibiótica intra-parto en las portadoras es el método más eficaz y el más recomendado para prevenir la infección neonatal precoz por EGB1-4.

La elección del medio de cultivo para detectar EGB en escobillones vaginales y/o rectales puede influir de forma importante en la eficacia de esta medida, ya que son diversos los medios de cultivo que se utilizan para este fin.

En este capítulo vamos a estudiar la eficacia de un medio de cultivo, el caldo Todd Hewitt junto con una placa agar Granada.

42.2 Objetivos

Comparar la eficacia de dos medios de cultivo para detectar la colonización vaginal y rectal por *Streptococcus agalactiae* o estreptococo del grupo B (EGB) en mujeres gestantes.

42.3 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.

42.4 Resultados

La identificación de las colonias de *Streptococcus Agalactiae* se realiza mediante:

1. Producción de pigmento naranja en medio de Granada.
2. Aglutinación de partículas de látex.
3. En los casos dudosos mediante pruebas bioquímicas: hidrólisis del hipurato, bilis-esculina.

Es importante detectar la colonización por *S. agalactiae* en mujeres embarazadas debido

a las complicaciones gineco-obstétricas que puede ocasionar este microorganismo. Es frecuente la colonización de la vagina por *S. agalactiae* a partir del recto, y de esta zona, la bacteria migra al cérvix por vía ascendente, donde propicia la infección, la cual puede alterar el moco cervical llevando a rotura prematura de membranas e inicio prematuro del parto a las 28 semanas.

También puede tener sus efectos en el bebé semanas después de su nacimiento. Algunos de los síntomas son:

- Fiebre.
- Dificultad para alimentarse.
- Irritabilidad o letargo (flacidez o dificultad para despertar al bebé).
- Dificultad para respirar.
- Color azulado en la piel.

Si el resultado de la prueba fuera positivo, se le administrará a la madre antibiótico durante el parto o al romper la bolsa, para evitar una posible infección neonatal al pasar por el canal de parto.

Se considera que el recién nacido está protegido frente a la infección cuando se ponen dos dosis de antibiótico durante el parto. Se administra una cada 4 horas.

Si no diera tiempo a poner la dosis completa, el recién nacido será observado en las 48h siguientes al nacimiento por si hubiera algún signo de infección.

42.5 Discusión

El cultivo en caldo Todd Hewitt es un método sensible para la recuperación de *S. agalactiae*. Por consiguiente, se recomienda continuar con esta metodología para la tamización de mujeres gestantes en nuestro medio. La prevalencia de 5,8 % encontrada en este estudio concuerda con los reportes de la literatura mundial y, teniendo en cuenta que la tasa de transmisión vertical es, aproximadamente, de 50 % (1), se demuestra la necesidad de implementar medidas de vigilancia epidemiológica en nuestro medio.

La detección de *Streptococcus agalactiae* en la vagina y/o el recto de las mujeres embarazadas y la administración de profilaxis antimicrobiana intraparto en las colonizadas, es el método recomendado para prevenir la infección neonatal precoz por este patógeno. En consecuencia, es importante seleccionar los medios de cultivos y el sitio de toma de muestra más adecuado para la detección de *S. agalactiae* en mujeres colonizadas.

42.6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-streptococcus-agalactiae-sensibilidad-antimicrobiana-genotipos-13076186>.
2. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572004000400004.

Capítulo 43

43 TÉCNICA DE ESTUDIO ECOGRÁFICO EN LA ARTICULACIÓN DE LA CADERA

SILVIA SOUSA SANCHEZ

43.1 Introducción

La ecografía de alta resolución es muy útil para el estudio de la patología de la cadera. Las lesiones de la articulación de la cadera suponen un 2-5 % de todas las lesiones deportivas, siendo las musculotendinosas las más comunes. Las más frecuentes en el compartimento anterior son las distensiones del cuádriceps y tendinopatías de los aductores y las menos frecuentes las tendinitis y la bursitis del psoas. Los desgarros del psoas por contracción brusca son muy infrecuentes. En el compartimento posterior las lesiones de los isquiotibiales. En el compartimento lateral, las trocanteritis y en el compartimento interno las lesiones de los aductores.

43.2 Objetivos

Demostrar la utilidad de la ecografía de alta resolución para el diagnóstico de las lesiones de la articulación de la cadera en los diferentes compartimentos.

43.3 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.

43.4 Resultados

Se utiliza un equipo técnico de alta resolución con sondas de alta frecuencia lineales, de 10-20 Mhz. La cadera se divide en cuatro compartimentos, anterior, posterior, lateral e interno.

El compartimento anterior se estudia en decúbito supino y extensión, con el Transductor siempre longitudinal/oblicuo siguiendo el cuello femoral.

El compartimento posterior se estudia con el paciente en decúbito prono con pié colgando en la camilla.

El compartimento lateral se estudia con el paciente en decúbito lateral e hiperextensión.

El compartimento medial se estudia con el paciente en decúbito lateral e hiperextensión.

En el compartimento anterior hemos valorado el músculo y tendón del psoas ilíaco, el tensor de la fascia lata, sartorio, recto femoral, bursa del iliopsoas y el receso articular.

En el compartimento posterior valoramos el músculo bíceps femoral, semitendinoso, tendón común del bíceps y del semitendinoso, semimembranoso, glúteos, y el Nervio ciático que va desde la escotadura ciática mayor y por debajo el músculo piriforme cruza de dentro afuera y de arriba abajo el bíceps femoral.

En el compartimento externo valoramos el tendón del glúteo mediano, que se inserta en la cara posterosuperior del trocánter, el tendón del glúteo menor, que se inserta en la cara anterior del trocánter, mas profundo, el tensor de la fascia lata, la cintilla Iliotibial y la bursa pertrocanterea de localización más posterior.

En el compartimento interno se valoran los tendones de los aductores, y el músculo recto interno.

Se han diagnosticado lesiones correspondientes a cada compartimento.

En el C anterior:

- Lesiones del recto femoral como avulsión tendinosa con ausencia de tendón en la EIAI (espina iliaca antero inferior) y lesión del septo intermuscular, que muestra alteración de la ecogenicidad del septo con o sin hematoma.

- Desgarro o ruptura del músculo psoas ilíaco por contracción brusca. Normalmente es un desgarro parcial en la unión musculotendinosa medial a la EIAI. En la ecografía se ve una Interrupción de las fibras musculares y Hematoma.

- Tendinitis y bursitis del psoas ilíaco por sobrecarga de la cadera con flexiones repetidas y rotaciones externas. En la ecografía se ve un engrosamiento del tendón común y líquido en la bursa.

- Derrame articular.

- Alteraciones del Labrum.

- Sinovitis.

En el compartimento posterior:

- Lesiones de los isquiotibiales . La avulsión proximal con hematoma, tuberosidad isquiática desnuda y retracción muscular con lateralización hacia afuera. La lesiones en la unión musculotendinosa producen hematoma entre músculo retraído y las fibras del tendón, y hay más sangrado.

- Lesión del tendón común, entre bíceps femoral y semitendinoso con líquido entre los dos músculos

En el compartimento externo:

- Patología de las bursas, observado presencia de líquido.

- Patología tendinosa, como tendinopatías del glúteo mediano, que muestra un engrosamiento hipoeecogénico /y roturas tendinosas con hematoma.

- Calcificaciones.

- Irregularidades óseas de la cortical y osteofitos.

En el compartimento interno:

- Lesiones de los aductores, miotendinosa proximal que muestra una colección anecogénica

en media luna, lesión miotendinosa distal, lesión tendinoperióstica u osteopatía del pubis con irregularidad ósea , microcalcificaciones y con un tendón engrosado y heterogéneo.

43.5 Discusión

Mediante el estudio ecográfico de alta resolución de la patología de las lesiones en la articulación de la cadera hemos conseguido describir correctamente el tipo de lesiones que podemos encontrar en cada uno de los cuatro compartimentos que la forman, el grado de lesión, así como obtener una localización exacta de las mismas y una correcta extensión, con el fin de emitir un pronóstico más adecuado y en consecuencia un tratamiento correcto.

Hemos demostrado que la ecografía siendo realizada con un equipo adecuado y en manos de un experto operador con alto conocimiento anatomopatológico es muy útil en el diagnóstico de la patología de la articulación de la cadera.

43.6 Bibliografía

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

Capítulo 44

44 PATOLOGÍAS DE MAMA

DEYANIRA MORÁN MENÉNDEZ

44.1 Introducción

Las mamas (seno femenino) son dos glándulas que se encuentran sobre el pecho. Las glándulas mamarias están sujetadas por los músculos pectorales y se componen de vasos sanguíneos y linfáticos. Tienen una areola, dentro de la cual se encuentra el pezón, que es un tejido que mediante el tetotismo facilita la succión.

Están formadas por estructuras (lóbulos) de la glándula que se ocupan de producir la leche materna.

Dentro de la mama también nos encontramos conductos linfáticos, con células que se encargan de proteger al organismo. Estos conductos se dirigen a los ganglios y lo llevan todo hacia allí (hacia las axilas y detrás del esternón).

Las glándulas mamarias crecen gracias a las hormonas que se segregan cuando una mujer se queda embarazada.

44.2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir los tipos de patologías mamarias que existen.

Objetivos secundarios:

- Conocer los tipos de diagnóstico del cáncer de mama.
- Indicar los tipos de tratamientos del cáncer de mama.

44.3 Metodología

Para realizar este artículo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes artículos y publicaciones principalmente mediante el buscador "Google", donde encontramos diferentes e interesantes medios de información. También se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Todo esto nos ha ayudado a llevar a cabo la investigación necesaria para crear este artículo.

44.4 Resultados

Como ya sabemos, en la mama podemos encontrar diferentes tipos de patologías, que pueden ser tanto benignas como malignas.

Las patologías benignas que nos podemos encontrar serían, por ejemplo, la mastitis quística (tumorações fibrosas no cancerosas), los fibroadenomas (son el tumor benigno más frecuente), el papiloma ductal (crecimiento benigno en un conducto lácteo), etc.

Las patologías malignas que nos podemos encontrar serían, por ejemplo, el carcinoma ductal in situ, el carcinoma de mama inflamatorio, los tumores filoides malignos, el carcinoma metaplásico de mama, etc.

El cáncer de mama se produce cuando hay un crecimiento anormal de las células de la mama. Puede empezar en los lóbulos (las glándulas que producen la leche), en los conductos o en el tejido conectivo.

Los cánceres de mama más comunes son el carcinoma ductal infiltrante y el carcinoma lobulillar infiltrante.

El diagnóstico del cáncer de mama se puede realizar mediante:

- Ultrasonido mamario.
- Mamografía de diagnóstico.
- Resonancia magnética.
- Biopsia (se extrae una muestra para analizarla en laboratorio).

Los tipos de tratamientos más habituales para el cáncer de mama son:

- Cirugía (extirpación de la parte dañada).
- Quimioterapia (mediante el uso de fármacos se destruyen las células cancerosas).
- Inmunoterapia (se utiliza el sistema inmunitario de la paciente para combatir el cáncer).
- Radioterapia (mediante altas dosis de radiación se destruyen las células cancerosas).

44.5 Discusión

Como hemos podido comprobar, las patologías mamarias son bastante comunes. Pueden existir benignas o malignas.

Su método de diagnóstico puede ser mediante biopsia, mamografía, resonancia, etc.

Cuando hablamos de patologías malignas de mama, hablamos de cáncer de mama, cuyos tipos más comunes son el carcinoma ductal infiltrante y el carcinoma lobulillar infiltrante.

Se dispone de ciertos tratamientos para combatir el cáncer de mama, como ya hemos comentado anteriormente, como puede ser la radioterapia, la quimioterapia, terapias autoinmunes, cirugías, etc.

Aunque no lo hayamos comentado antes, también se debe tener en cuenta que los cánceres de mama pueden diseminarse a otras partes del cuerpo, provocando así una metástasis.

44.6 Bibliografía

1. <https://mejorconsalud.as.com/la-anatomia-de-la-mama/>.

2. <https://www.donainen.es/tipos-de-patologias-mamarias/>.
3. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/patologia-maligna-de-la-mama>.
4. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/inmu>

Capítulo 45

45 FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DEL CÁNCER

MARIA SANCHEZ LATORRE

VIOLETA HIDALGO OLIVER

SOFIA MIRAVETE ARRUFAT

TOMAS PUNTER SERRANO

45.1 Texto libre

Hay diversos factores de riesgo que influyen en el desarrollo del cáncer, vamos a explicar algunos de ellos:

- Factores infecciosos ,se cree que el 15% de todos lo cánceres como vía directa es a consecuencia de infecciones, como por ejemplo el cáncer de cuello uterino se relaciona con el virus del papiloma humano.
- Factores ambientales, parece que es uno de los factores de riesgo para la mayoría de los tumores.
- Fármacos y hormonas, cuando se producen cambios hormonales puede provocar el desarrollo de algunos tipos de cáncer, la terapia hormonal sustitutiva puede aumentar la incidencia del cáncer de mama o endometrio. El tamoxifeno empleado en el cáncer de mama puede aumentar la incidencia de cáncer de útero, y otros fármacos como el AAS puede tener algún efecto protector frente a los tumores del aparato digestivo.
- Tabaco, el consumo de tabaco es el factor ambiental muy importante que es el que más contribuye a la mortalidad prematuros, diversos estudios han demostrado un papel importante en el 80-90% de los casos de cáncer de pulmón y también se ha demostrado su relación con otros tumores como el de la cavidad oral, páncreas, faringe, vejiga y renal. El humo del tabaco es considerado el carcinógeno individual más letal ya que este contiene miles de sustancias químicas y al menos 70 de ellas que se sabe que causan cáncer, el riesgo está determinado por la duración del hábito del tabaco, la edad de inicio del consumo, el número de cigarrillos diarios y el tipo de tabaco consumido.
- Consumo de alcohol, está relacionado con los cánceres de la cabeza y el cuello y a través de la cirrosis hepática predispone al cáncer de hígado y páncreas, si este hábito se combina con el alcohol aumenta la probabilidad.
- Alimentación, se recomienda que se reduzca de manera considerable el consumo de grasas, ya que su consumo se asocia con un aumento de la incidencia de cánceres como el de colon, próstata y mama, se recomienda que se incremente el consumo diario de fibra natural y vitamina D ya que hay evidencias de que tiene cierto efecto protector frente al cáncer de colon.

- Actividad física, tener una vida con una actividad física activa puede reducir el riesgo de padecer determinados tipos de cáncer.

Prevenir la obesidad y reducir sus efectos nocivos, con esto se consigue disminuir la inflamación y mejora la función del sistema inmunológico.

- Radiaciones, la radiación ionizante es un factor muy importante ya que se ha relacionado con el desarrollo de varios tipos de cáncer. La luz solar es la principal fuente de exposición a la radiación ultravioleta y está asociada al cáncer de piel. Entre las personas con mayor riesgo de desarrollar cáncer de piel son aquellas que trabajan al aire libre, las de piel muy blanca y los niños. Esta exposición solar debe limitarse durante las horas de máxima incidencia que estas coinciden con los rayos UV más potentes que serían entre las 10-12 de la mañana y las 2-5 de la tarde. Es de gran importancia la protección a los niños, ya que se ha demostrado que las quemaduras solares en las etapas más precoces de la vida se asocian con un riesgo mucho mayor de que se pueda producir un melanoma en épocas posteriores.

- Edad, influye en el riesgo de padecer cáncer, una edad avanzada se considera el factor de riesgo más importante de cáncer en general.

- Inmunodeficiencia, esta deficiencia en la inmunidad sobre todo de los linfocitos T, corren más riesgo de desarrollar cáncer sobre todo aquellos causados por virus oncogénicos, como algunos linfomas.

Capítulo 46

46 ENFERMERÍA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

SERGIO PASTOR GALAN

PIEDAD MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

BEATRIZ HERNÁNDEZ NAVAS

CARLOS JIMÉNEZ PÉREZ

SANDRA MARTIN CARRERO

46.1 Introducción

La Esclerosis Múltiple está considerada una enfermedad neuroinmune, que tiene un carácter desmielinizante y crónica hasta que causa la discapacidad. En la actualidad tiene una afectación de 50000 personas en nuestro país, con mayor incidencia entre los 20 y los 40 años. La causa de esta patología de momento se conoce con exactitud, de momento los indicios científicos la catalogan de una enfermedad autoinmune en la que mezclan factores mediambientales desencadenantes con factores genéticos.

En estos pacientes, la intervención temprana hace que el deterioro en el cerebro frene el avance, lo que se puede destacar la importancia de a los primeros síntomas hacer las diversas prueba necesarias para su diagnóstico. El tratamiento de la esclerosis múltiple se adapta de forma individual a cada sujeto, este se ejerce por distintos profesionales de la salud que bajo la figura del neurólogo llegan al diagnóstico final.

46.2 Objetivos

Dar a conocer a partir de un caso clínico la enfermedad de la esclerosis múltiple.

46.3 Caso clínico

María tiene 24 años, lleva semanas queriendo ir al médico porque ha notado que se está volviendo lenta, trabaja en los juzgados de su localidad, en el trabajo la han comentado que se queda parada y que han notado también como si estuviera cansada y los movimientos más lentos, ella cree que puede ser depresión aunque se encuentra bien y no la duele nada. Acude a la consulta del psicólogo que tras varias entrevistas determina que no sufre ninguna psicopatología de interés por lo que la dice que acuda al neurólogo

para que encuentre la base del problema.

El neurólogo realiza a María en la exploración física distintas pruebas de reflejos y de movimiento encontrando signos neurológicos de que algo no está funcionando bien, se somete a distintas pruebas de imagen donde se da con un diagnóstico de esclerosis múltiple confirmado con los marcadores en sangre reumatoides y se pone en tratamiento de estimulación temprana lo antes posible. Acude María a un centro de día todos los días de la semana para poder frenar el avance de la enfermedad y mantener la calidad de vida todo lo posible durante más tiempo.

46.4 Discusión-Conclusión

La esclerosis múltiple puede tener cierta calidad de vida para los enfermos si su diagnóstico se realiza de forma temprana y se inicia con farmacología y ejercicios un parón en el avance, también depende mucho si se realiza el diagnóstico en una edad temprana o más tardía. Cuanto más joven es el paciente tiene más posibilidades de realizar conexiones sinápticas nuevas y poder frenar el avance de la enfermedad.

46.5 Bibliografía

1. Terré-Boliart, R., & Orient-López, F. (2017). Tratamiento rehabilitador en la esclerosis múltiple. *Rev Neurol*, 44(7), 426-31.

Capítulo 47

47 ENFERMERÍA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE ARTRITIS REUMATOIDE

SERGIO PASTOR GALAN

SANDRA MARTIN CARRERO

PIEDAD MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

CARLOS JIMÉNEZ PÉREZ

BEATRIZ HERNÁNDEZ NAVAS

47.1 Introducción

La artritis reumatoide está considerada una enfermedad que es bastante compleja, partimos de la base que tiene una naturaleza autoinmune, sistémica, y tiene un carácter crónico con afectación en gran medida de las

articulaciones periféricas cursando con dolor y también inflamación en las articulaciones, aunque también se pueden presentar manifestaciones fuera de la articulación.

Esta enfermedad tiene un gran impacto en la calidad de vida que tiene el paciente originando para la salud pública un coste económico de grandes dimensiones.

En la mayoría de los enfermos, el curso de la patología es de carácter progresivo y puede conducir a tener lesiones estructurales de la articulación, con deterioro funcional y una disminución de la calidad de vida, haciendo esto que haya un aumento de la morbilidad y de la mortalidad. Está considerada

una enfermedad que tiene un comienzo insidioso en el que se pueden pasar meses e incluso años hasta que el enfermo vaya a la consulta médica especializada. Es muy importante realizar un diagnóstico y un tratamiento de forma precoz para poder reducir en todo lo posible el posible daño estructural.

47.2 Objetivos

Dar a conocer, a propósito de un caso clínico, la enfermedad de la artritis reumatoide.

47.3 Caso clínico

Patricia tiene 41 años, acude a la consulta de su médico de atención primaria para comentarle que se levanta cansada todos los días, y la duele todo el cuerpo, que cada vez va a más, pensaba que era cosa de su trabajo porque es barrendera municipal pero hace tres meses que han hecho una reforma en su empresa y está en el paro, sigue con los dolores y a pesar de no trabajar ya en la calle tiene los mismos dolores y el mismo malestar.

Ha acudido a realizar ejercicio en el gimnasio, el cual realiza bien y los primeros días pasando las agujetas habituales se ha encontrado muy bien pero ha vuelto al dolor habitual. En la consulta con el reumatólogo refleja que lo que la duele son las articulaciones, señala varias pero concentra las de mayor intensidad en los miembros inferiores. El especialista le realiza una analítica completa con marcadores reumatológicos en los que se refleja confirmando con una densitometría, que padece artritis reumatoide a la cual pone en tratamiento farmacológico de inmediato con buenos resultados.

47.4 Discusión-Conclusión

El tratamiento de la artritis reumatoide tiene un tratamiento de base conservador que consiste en relajante muscular y calmantes que van subiendo en la escala dependiendo del avance de la enfermedad. La realización de ejercicio de forma moderada resulta beneficioso para mantener las distintas articulaciones activas y no se degeneren por la falta de actividad.

47.5 Bibliografía

1. García-Sevillano, L. (2014, April). Avances en artritis reumatoide. In *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia* (Vol. 80, No. 1, pp. 126-50).
2. Gómez, A. (2021). Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. *Reumatología clínica*, 6, 33-37.

Capítulo 48

48 ENFERMERÍA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE ARTROSIS POSTRAUMÁTICA

SERGIO PASTOR GALAN

SANDRA MARTIN CARRERO

CARLOS JIMÉNEZ PÉREZ

BEATRIZ HERNÁNDEZ NAVAS

PIEDAD MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

48.1 Introducción

La artrosis, que también se llama osteoartritis o patología de carácter degenerativa en la articulación, es una patología del aparato locomotor que se caracteriza por la degeneración y la pérdida del cartílago articular, tiene una proliferación osteocartilaginosa subcondral encontrándose esta en los márgenes articulares. Se puede tratar de la patología reumatológica que es más frecuente en los países de occidente y la que causa la mayor incapacidad o invalidez de todas las enfermedades que cursan crónicas. Se trata según los datos de la patología que es más habitual en hombre desde que adoptó la marcha en posición de bipedestación cargando las articulaciones excesivamente.

48.2 Objetivos

Exponer un caso clínico de artrosis postraumática en una paciente joven.

48.3 Caso clínico

Laura tiene 28 años, hace cinco sufrió un accidente de tráfico en el que sufrió 12 fracturas y heridas de diversa consideración, ha tenido algunas fracturas que tardaron en soldar y una de ellas requirió de intervención quirúrgica para reformar el callo de fractura. Acude a la consulta del traumatólogo por reflejar que de vez en cuando hace meses la dolía la ingle en algunos movimientos pero que lleva aproximadamente un mes que la duele a diario. Cree que es de los abductores y ha estado yendo al fisio sin obtener resultados favorables. A Laura se le realiza una radiografía de la cadera observando picos de artrosis, la articulación del otro miembro inferior se encuentra en condiciones de su edad y funcionamiento por lo que se cree que la artrosis degenerativa que tiene es consecuencia del

accidente sufrido hace cinco años y haciendo un diagnóstico de artrosis postraumática degenerativa en la que en un primer momento se va a pautar un tratamiento conservador y se la va a incluir en la lista de espera para realizarla una artroplastia total de la cadera por las lesiones producidas.

48.4 Discusión-Conclusión

Las artrosis degenerativas cuando se producen en edades tempranas se trata de retrasar la intervención quirúrgica en todo momento, el cambio de la prótesis dará mayor calidad de vida al paciente pero también hay que tener en cuenta la edad y que las prótesis son mucho más frágiles que el hueso original.

48.5 Bibliografía

1. Morgado, I., Pérez, A. C., Moguel, M., Pérez-Bustamante, F. J., & Torres, L. M. (2020). Guía de manejo clínico de la artrosis de cadera y rodilla. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 12(5), 289-302.

Capítulo 49

49 EL TRASTORNO DE POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN EL ADULTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA BELÉN MUÑOZ SERENO

VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA

BEATRIZ BENITEZ CIANCA

MARÍA TERESA LEON JIMENEZ

LORENA BONILLA FRAILE

49.1 Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad con sus siglas TDAH se puede considerar un paradigma que lleva a la controversia, el debate está abierto en la edad adulta por la comunidad científica, por la educativa y por las personas en general. Hay una gran parte de los profesionales de la salud que a día de hoy se cuestionan si el TDAH en la edad adulta se diagnostica tardíamente o es una enfermedad que puede aparecer en esta edad. Los criterios para la edad adulta son los mismos que para la infantil con diferencia de ser un trastorno no diagnosticado en la infancia por no sobrepasar los márgenes sociales o por tener un estilo de vida que difiere de la norma.

49.2 Objetivos

Con este capítulo se pretende a partir de un caso clínico informar sobre el TDAH en La edad adulta como diagnóstico tardío de este trastorno.

49.3 Caso clínico

Jacinto tiene 38 años, ha acabado su carrera de filología, tiene un máster para el profesorado y dos grados superiores que ha sacado mientras cursaba los estudios universitarios. Acude a la consulta de psiquiatría porque cree tener un problema, el resto de la gente de su edad no le sigue el ritmo, siempre está estudiando, aunque algunas veces no termina las cosas que empieza y en determinadas ocasiones las ha abandonado para luego retomárlas. Se aburre en casa y se echa en la calle, queda con los amigos, pero al rato se aburre y se va, y cambia de panda. Tiene un trabajo en la Universidad donde ha

estudiado dando clases de filología en magisterio pero el ritmo de los profesores para él resulta insuficiente y acaba interactuando con los alumnos. Cree que tiene un problema de control de impulsos, de pequeño cuenta que siempre ha sido así pero como vivía en un pueblo pequeño y todo el mundo lo conocía lo dejaban en el colegio un poco a la aventura, puesto que rendía bien en los estudios.

Tras varias entrevistas con Jacinto y se les pasan distintos test, de CI y de hiperactividad y déficit de atención, se le diagnostica un trastorno de hiperactividad sin déficit de atención que requiere de tratamiento de control en terapia cognitiva en grupo y de farmacología.

49.4 Discusión-Conclusión

Este tipo de TDHA en la edad adulta es considerado un mal diagnóstico o que no se ha diagnosticado en la niñez, se ha ido manteniendo en el tiempo sin grandes complicaciones, y cumpliendo una edad en la que el paciente no cumple con la norma de la edad se da cuenta y acude a por ayuda psicológica.

49.5 Bibliografía

1. Valadez-Autora, V. D. V. (2018, October). Prevalencia del TDAH en adultos universitarios jóvenes. In XII Congreso de posgrado en psicología| UNAM| 2018.

Capítulo 50

50 ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL ADULTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA BELÉN MUÑOZ SERENO

LORENA BONILLA FRAILE

VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA

MARÍA TERESA LEON JIMENEZ

BEATRIZ BENITEZ CIANCA

50.1 Introducción

La depresión posparto se ha relacionado en el tiempo con distintos síntomas de carácter psicológico en los que se tiene una alteración de los patrones biológicos, entre estos se encuentran el que se llama de base, un estado emocional de tristeza con cansancio y trastornos del sueño, es responsable esta entidad de la secreción de la hormona cortisol, hormona que es necesaria para enfrentar el estrés. Los síntomas normalmente suelen aparecer después de que nazca el bebé, las mujeres que después desarrollan una depresión posparto tienen síntomas psicológicos condicionantes durante el embarazo, aparte del estrés del propio embarazo, tienen mayores niveles de cortisol que se encuentran ya en el primer trimestre de la gestación. Se ha encontrado el índice de mujeres que sufren este tipo de depresión en aquellas que les falta la figura maternal o en mujeres que dan a luz fuera de su país. La falta de figura paterna del bebé también es un motivo que incrementa la depresión posparto, pero también se ha encontrado en mujeres con familias normalizadas dentro de la sociedad.

50.2 Objetivos

Explicar mediante un caso clínico una depresión posparto con resolución en el tratamiento.

50.3 Caso clínico

Verónica es una mujer de 32 años que ha dado a luz de su primer hijo, fue un hijo buscado y estaba la pareja muy contenta, su marido es Guardia Civil y durante el embarazo lo trasladaron, ella aunque su trabajo la concedió una excedencia con posibilidad de incorporarse en la nueva población cuando diese a luz. Después del parto cuando llega a casa dice no encontrarse bien, está triste, no quiere darle el pecho al recién nacido y solo llora, lo achaca a las hormonas del embarazo. Pasada la cuarentena sigue igual, no mejora su estado de ánimo, se levanta por las mañanas y suele dejar el niño a una vecina durante todo el día porque dice que no lo aguanta que llora todo el rato y que no vale para ser madre. Su marido lo ha comentado con el médico de atención primaria que ha decidido citar en la consulta con el psiquiatra que le pertenece. Esta realiza varias entrevistas en días consecutivos y decide que necesita medicación para combatir la depresión que tiene y un acercamiento al bebé de forma progresiva. Se decide su ingreso en la Unidad de Media Estancia del hospital y se le va acercando al bebé de forma progresiva, ella bajo terapia va tomando conciencia de la nueva situación y a los 21 días sale del hospital para irse a su casa a ejercer los cuidados del bebé con ayuda y continuando con la terapia.

50.4 Discusión-Conclusión

Este tipo de depresión que aparece después del nacimiento normalmente del primer bebé tiene que ver con los cambios que se suceden durante el embarazo, los niveles de cortisol y la situación a asimilar nueva en la familia que no es igual para todas las embarazadas.

50.5 Bibliografía

1. Caparros-Gonzalez, R. A., Romero-Gonzalez, B., & Peralta-Ramirez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e97.

Capítulo 51

51 ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA BELÉN MUÑOZ SERENO

VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA

LORENA BONILLA FRAILE

BEATRIZ BENITEZ CIANCA

MARÍA TERESA LEON JIMENEZ

51.1 Introducción

Según la última declaración que hizo la OMS sobre la depresión, la ha considerado un trastorno mental bastante frecuente que contiene una sintomatología que se ve caracterizada de forma principal por mantener la presencia de tristeza, con sentimientos de culpa, se tiene una pérdida de interés o del placer, hay varios trastornos en el sueño, se puede ver alterado el apetito, con cansancio extremo y falta de concentración. Esta patología se estima afecta a unos 400 millones de personas en todo el mundo y que puede contribuir de forma significativa a producir una carga mundial general de la morbilidad.

51.2 Objetivos

Explicar la depresión infantil mediante la exposición de este caso clínico.

51.3 Caso clínico

Moi tiene 6 años, su madre lo ha llevado al pediatra porque desde que ha acabado la escuela infantil está triste, no quiere jugar con los niños, no le apetece salir de casa y siempre dice que está cansado. Esta actitud se viene manteniendo a lo largo de 6-8 meses, el niño según su madre refiere ha perdido el interés por todo poco a poco. Se le realizan analítica completa de bioquímica en la que todos los valores son normales, el pediatra observa que el niño adopta posición de desgana, está triste y decide derivarlo a la consulta de infantojuvenil para realizar una exploración. En las entrevistas que se realizan estructuradas el niño responde con monosílabos la primera parte de la entrevista y a se cansa y dice que no quiere continuar. En las entrevistas que se realizan abiertas, se

comprueba una actitud depresiva del menor sin encontrar en la historia clínica respuesta al malestar que se origina en el niño. Se le observa en distintas ocasiones que no quiere interactuar con los iguales, que no es de su interés, las pruebas de reflejos y cognitivas y su CI resultan normales, en los trastornos depresivos Moi da una respuesta muy alta dando por un diagnóstico razonable la depresión infantil con tratamiento por la edad del niño de terapia cognitiva tanto individual como en grupo con buenos resultados.

51.4 Discusión-Conclusión

La depresión infantil es una entidad que no es habitual en este grupo etario, se complica el diagnóstico tanto por los síntomas y signos del niño como por ser muy pronto para evaluar un rasgo de personalidad. El tratamiento en esta edad no contempla medicación a no ser que comorbilice con otro trastorno psicopatológico.

51.5 Bibliografía

1. Cardozo Giordano, L. (2019). Depresión infantil: aproximación al diagnóstico, técnicas de evaluación y tratamiento.

Capítulo 52

52 EL SÍNDROME DE DOWN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

YOLANDA CUETO MARTÍN

MARÍA TERESA ALONSO GARCÍA

ISABEL MARIA MOYA VELASCO

MIOARA NICU

MARIA DEL ROCIO MORENO MARIN

52.1 Introducción

El Síndrome de Down está considerada la causa más frecuente de retraso mental en nuestro país, se debe a que se produce una alteración en los cromosomas por un exceso de material genético. Las personas afectadas por este síndrome tienen rasgos fisonómicos característicos como los ojos pequeños en forma de almendra, con la nariz pequeña, y una depresión grande en el tabique nasal, la forma de las orejas es anormal. Suelen tener cardiopatías que se detectan en el nacimiento. Este síndrome fue descrito en 1866 por John Down, pero fue en 1959 cuando Jerome Lejeune descubrió que estos síntomas se debían a un extra en el cromosoma par 21, llamándose también trisomía del par 21.

52.2 Objetivos

Describir el Síndrome de Down a partir de un caso clínico.

52.3 Caso clínico

Iker nace en su 39 semanas de gestación con un peso de 2900 gramos, después de la exploración por el pediatra y tras observar en la historia clínica de la madre que el resultado de la amniocentesis realizada a la madre en la semana 11 de gestación arrojó un resultado probable de síndrome de Down, es muy probable que el niño padezca finalmente este síndrome. El niño cuenta con los ojos almendrados, la nariz pequeña y anomalía en las orejas, se le ingresa en neonatos estabilizando constantes y tras consentimiento informado se le realiza a Iker un análisis de genética. Mientras esperan los resultados se le realiza al niño un exhaustivo examen de todos los aparatos y órganos sobre todo de origen cardiovascular sin encontrarse ninguna anomalía. El niño necesita administración de oxígeno en cuna exterior para mantener la calidad de oxígeno que

llega a sus pulmones durante los dos primeros días, se confirma con el análisis de los genes la trisomía del par 21 confirmando el síndrome de Down, los padres se ponen en contacto con una asociación de síndrome de Down y el niño acude mediante el sistema de salud público a atención temprana tras su alta.

52.4 Discusión-Conclusión

Al encuadrarlo dentro del concepto de síndrome se quiere dar la idea de que esta enfermedad produce un conjunto de signos y síntomas diferenciados de carácter cognitivo, como un bajo cociente intelectual. El niño que es diagnosticado de síndrome de Down desde el inicio de la vida recibe una atención personalizada y adecuada que contiene varios aspectos para el desarrollo de las distintas capacidades personales que tienen cada uno.

52.5 Bibliografía

1. Muñoz, A. M. (2020). El síndrome de Down. Revista Retrieved, 4, 1-104.

Capítulo 53

53 EL SÍNDROME DE PRADER WILLI POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

YOLANDA CUETO MARTÍN

MARIA DEL ROCIO MORENO MARIN

MIOARA NICU

ISABEL MARIA MOYA VELASCO

MARÍA TERESA ALONSO GARCÍA

53.1 Introducción

El Síndrome de Prader Willi está considerada una patología dentro de las denominadas raras en el desarrollo del embrión. Esta enfermedad se describió en 1887 por primera vez por el Dr. Langdon Down, tiene una frecuencia que se estima en 1 de cada 25000 nacidos vivos. Esta enfermedad tuvo una descripción literaria bastante detallada del proceso y su descripción en una novela de Charles Dickens con el título "Los papeles de Mr. Pickwick". De forma clínica esta enfermedad tiene una característica en la obesidad, se aprecia el tono del músculo en general disminuido, con retraso mental y con hipogenitalismo que es el motivo por el que se inicia la investigación generalmente de esta enfermedad.

53.2 Objetivos

Dar a conocer el Síndrome de Prader Willi mediante la exposición de un caso clínico.

53.3 Caso clínico

Esther embarazada de 40 semanas da a luz a lo que parece ser un varón, el test de Apgar es incompleto y no alcanza los valores esperados, se decide el ingreso del niño en neonatos para una exploración minuciosa, la exploración física es normal a diferencia de que se encuentran los genitales sin desarrollar completamente en un tamaño reducido, el resto de la exploración cuenta con atonía muscular. Ante estos signos evidentes se le realiza al niño previo consentimiento informado de los padres una analítica de cromosomas para poder diferenciar causa genética, la bioquímica es totalmente normal y un estudio de imágenes de tac no referencia ninguna anomalía, también se le realiza al niño una ecografía viendo que le falta la próstata y tiene sin desarrollar los testículos aún sin

descender.

El análisis de genética evidencia un síndrome de Prader-Willi que es explicado a los padres como una entidad rara y que no tiene cura. Se inicia con un tratamiento de estimulación cognitiva y estimulación temprana.

53.4 Discusión-Conclusión

Síndromes de entidad rara como el que nos ocupa nuestro caso clínico tienen gran impacto psicológico en la familia del niño, afortunadamente para el niño la familia acepta y asimila la enfermedad y su proceso antes de que el niño tenga su desarrollo por lo que esto siempre será una ventaja para el menor.

53.5 Bibliografía

1. Yturriaga, R. (2020). Síndrome de Prader-Willi. Rev Esp Endocrinol Pediatr, 1(1), 71-73.

Capítulo 54

54 LA PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

YOLANDA CUETO MARTÍN

MARIA DEL ROCIO MORENO MARIN

MIOARA NICU

ISABEL MARIA MOYA VELASCO

MARÍA TERESA ALONSO GARCÍA

54.1 Introducción

La púrpura de Schönlein-Henoch está considerada una patología que se caracteriza porque se inflaman los capilares, que son, los vasos sanguíneos más pequeños. De forma general tiene una afectación primera a los capilares de la piel, del intestino y de los riñones. La sangre que se encuentra en esos órganos se puede filtrar de los vasos sanguíneos que se encuentran en la piel, esto produce una erupción que torna en un color rojo oscuro o morado que da su denominación a la enfermedad como púrpura. Esto también puede ocurrir en el intestino o en los riñones, con esto lo que puede ocurrir es que se pueda eliminar sangre por las heces o en la orina siendo el primer síntoma de detección.

54.2 Objetivos

Describir un caso clínico de la púrpura de Schönlein-Henoch.

54.3 Caso clínico

Rosa es una paciente de 44 años de edad que ingresa en el Hospital de referencia, en el área de Reumatología, tras acudir a su médico de atención primaria y presentar un aumento de volumen en la pierna y tobillo derecho, con un dolor abdominal difuso y una púrpura que es palpable en el abdomen y en el miembro inferior que tiene inflamado. El color es tan característico que a priori se podría realizar un diagnóstico a simple vista, este es confirmado tras las pruebas de imágenes se le realiza una ecografía asumiendo que la rotura de los capilares solo está afectada la piel, se ingresa a Rosa para someterse a tratamiento vascularizante con buenos resultados, y vigilando que no vuelva a tener más brotes.

54.4 Discusión-Conclusión

Esta enfermedad es propia de la infancia y del adulto joven pero se puede dar también en una edad adulta como en el caso clínico que se muestra descrito, aparece de forma súbita y tiene un tratamiento rápido y eficaz pero la aparición de nuevos brotes es incontrolable, se desconocen los factores externos que la originan.

54.5 Bibliografía

1. Cartas, U. S., Rodriguez, Y. M., Santana, I., Torres, J. Á. P., & de Armas Hernandez, A. (2012). Púrpura de Schonlein Henoch, presentación de caso. Revista Cubana de Reumatología, 14(21), 163-166.

Capítulo 55

55 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE CRISIS CONVULSIVAS EN NIÑOS

VIOLETA HIDALGO OLIVER

SOFIA MIRAVETE ARRUFAT

TOMAS PUNTER SERRANO

MARIA SANCHEZ LATORRE

55.1 Texto libre

Una convulsión es una alteración eléctrica y repentina del cerebro. Suele provocar cambios en el nivel de conciencia, en el comportamiento y en los movimientos. Tener dos o más convulsiones de este tipo en menos de 24h, se considera epilepsia.

Hay muchos tipos de convulsiones que difieren en sus síntomas y en la gravedad. Varían en función de la región del cerebro en la que comienzan y la extensión que tienen. Suelen durar una media de 30 segundos hasta dos minutos. Una convulsión de más de 5 minutos es una emergencia médica y se conoce como estatus epiléptico.

Según la etiología, las convulsiones pueden ser debido a un accidente cerebrovascular (ACV), lesión en el cerebro o infecciones como, por ejemplo, la meningitis.

Los síntomas varían en función del paciente y del tipo de crisis que estos presentan. Puede ser leves o graves. Y son:

- Episodios de ausencias.
- Confusión temporal.
- Movimientos espasmódicos incontrolables de brazos y piernas.
- Pérdida de conocimiento.
- Relajación de esfínteres.

Hay distintos tipos de convulsiones:

1. Convulsiones focales: Son consecuencia de actividad eléctrica anormal en un área del cerebro. Dentro de este tipo, encontramos dos subtipos: con pérdida del conocimiento y sin pérdida del conocimiento.

2. Convulsiones generalizadas: Se producen en toda la extensión del cerebro. Hay 6 subtipos; crisis de ausencia, crisis tónicas generalizadas, crisis generalizadas clónicas, crisis mioclónicas, crisis tónico-clónicas generalizadas.

Las complicaciones más frecuentes ante una convulsión son las caídas, ahogo, complicaciones en el embarazo y problemas de salud emocional.

Cuando los niños tienen una crisis deberemos:

- Tumbar al niño (si es posible en posición lateral de seguridad (PLS)).

- Evitar que se pueda hacer daño poniendo almohadilla sobre la cabeza, las piernas, los brazos, para evitar que se golpee contra el suelo.
- Comprobar que el niño respira bien, sin atragantarse. No introducir ningún elemento en la boca, es un mito pensar que se tragan la lengua.
- Aflojar la ropa (cinturón, chaqueta. . .).
- En caso de que el niño tenga fiebre, intentar bajarla desabrigándolo y colocando medidas físicas como paños de agua templados en axilas, frente. . .
- Si es la primera crisis o esta dura más de 5 minutos habrá que avisar a los servicios de emergencias.
- Si no es la primera vez que ocurre, y el pediatra así lo ha decidido, administrar la medicación a través de la vía rectal (Stesolid).
- Controlar el tiempo que dura la crisis.
- No dejar al niño solo.

Una vez recuperado de la crisis, deberemos valorar el estado de conciencia del niño (es normal que presenten periodo poscrisis en el cual se encuentre más apáticos y atur-didos), colocar en PLS, asegurar la vía aérea y avisar a la familia si ha sido en un centro escolar.

Es importante remarcar que una sola crisis no es epilepsia. En la epilepsia, las convul-siones son en más de una ocasión y se deben a un problema en el cerebro.

Para la colocación de un paciente en PLS, deberemos:

1. Colocar al paciente hacia arriba.
2. Estirarle el brazo derecho.
3. Flexionar el brazo izquierdo sobre su cuerpo.
4. Flexionar pierna izquierda.
5. Girar el cuerpo hacia la derecha hasta que se quede de lado.
6. Colocar mano izquierda bajo la mejilla derecha.
7. Cabeza girada para evitar atragantamientos.
8. La postura ha de ser estable, permitir que la respiración sea correcta y comprobarla de forma periódica.

Es muy frecuente que en la primera crisis los que la presencia se asusten, pero es de vital importancia mantener la calma y actuar.

Capítulo 56

56 ESQUIZOFRENIA EN PACIENTE JOVEN EXPUESTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MONICA MARTÍNEZ SANCHEZ

ANA ISABEL FERNÁNDEZ RUIZ

SILVIA MARÍA HENCHE PEREZ

JESSICA SIERRA SANCHEZ

MARÍA CONCEPCIÓN PÉREZ GARCÍA

56.1 Introducción

La esquizofrenia se considera una psicopatología grave que tiene una afectación en la forma que tiene el individuo de pensar, sentir y comportarse. Los individuos que tienen esquizofrenia desde fuera dan la sensación de perder del contacto con la realidad, para la persona que lo sufre y para su entorno más cercano es muy angustioso. Los síntomas de la esquizofrenia hacen muy dificultosa la participación en las distintas actividades cotidianas de la vida diaria, en la actualidad existen tratamientos bastante eficaces. Muchos de los enfermos que están en tratamiento pueden acudir a los institutos o realizar trabajos, en muchas ocasiones pueden lograr la independencia tutelada y poder llegar a disfrutar de relaciones personales.

56.2 Objetivos

Describir la esquizofrenia a partir de un caso clínico.

56.3 Caso clínico

Gerardo tiene 24 años, es consumidor de cocaína habitual, está estudiando derecho y se aloja con dos compañeros de piso que tienen las mismas prácticas, salen juntos de fiesta y consumen juntos, sacan el curso adelante aunque no son brillantes los tres.

Gerardo no ha salido el sábado a la noche porque no se encontraba bien, a la vuelta de fiesta los amigos se lo han encontrado en el balcón desnudo lanzando todo lo que había en la cocina a los vecinos, su argumento consistía en que le estaban espiando porque él era el conocedor de la fórmula mágica de la juventud, en un principio los amigos pensaban que había consumido cocaína y se había excedido en el consumo, pero

no presentaba los signos habituales, contra ellos no opone resistencia y cuando les ve se viene abajo, los compañeros le dan la razón y le conducen al coche para llevarle a urgencias del hospital. En el hospital tienen que reducirle y ante la prueba de tóxicos que es negativa, lo ingresan en pediatría, a los dos días tras las pruebas médicas y el desencadenante del episodio a Gerardo se le diagnostica una esquizofrenia, se avisa a sus padres que vienen a recogerle para darle el alta y ponerse en tratamiento externo.

56.4 Discusión-Conclusión

El tratamiento externo de la esquizofrenia es un tratamiento de por vida, no es una enfermedad que hasta el momento se halla descubierto una cura. Existen en el mercado tratamientos que permiten que el paciente normalice su vida bajo supervisión.

56.5 Bibliografía

1. Saiz Ruiz, J., Vega Sánchez, D. C., & Sánchez Páez, P. (2020). Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y salud*, 21(3), 235-254.

Capítulo 57

57 INFECCIONES URINARIAS. EL UROCULTIVO

DANIEL FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

57.1 Introducción

Las muestras de orina son las que con mayor frecuencia llegan al laboratorio de Microbiología. El aparato urinario posee un ambiente aséptico. En caso de modificación del equilibrio natural, pueden aparecer infecciones ascendentes o descendentes.

La misión del urocultivo es detectar posibles infecciones urinarias, ya sea de vías bajas, como cistitis, o de vías superiores, como ureteritis, pielitis, pielonefritis, o nefritis. El cuadro clínico más frecuente es la cistitis.

La infección del tracto urinario (ITU), tiene una sintomatología característica: polaquiuria con disuria y urgencia miccional. Suelen cursar además con fiebre y afectación del estado general, sobre todo cuando afectan a vías superiores. (1)

57.2 Objetivos

- Definir infección urinaria.
- Detallar como se realiza un urocultivo.

57.3 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.

57.4 Resultados

Las infecciones urinarias son bastante comunes y ocurren cuando se produce la entrada de bacterias en la uretra, que principalmente provienen de la piel o el recto, infectando las vías urinarias. (1)

Los microorganismos que con mayor frecuencia encontramos en la orina son:

- Escherichia coli.

- *Proteus mirabilis*.
- *Klebsiella pneumoniae*.
- *Pseudomonas aeruginosa*.
- *Streptococcus* spp.
- *Staphylococcus* spp.

Escherichia coli es el causante del 60-80 % de todas las infecciones urinarias, y *Proteus* spp. de otro 10 %. (2)

El procesamiento de la orina debe realizarse lo antes posible, preferentemente antes de 1 hora, pudiendo demorarse hasta un máximo de 12 horas si se ha conservado en nevera. Se realizará un estudio del sedimento así como un recuento y aislamiento de microorganismos presentes en la orina. Además, se suele realizar un antibiograma.

Puede ser útil el estudio del sedimento, tanto en fresco como en una tinción de Gram. La presencia de bacterias puede ser indicativo de una infección del tracto urinario (ITU) y la observación de leucocitos es altamente sugestiva de una infección (es normal encontrar hasta 3-5 por campo), ayudando a diferenciar una contaminación de una auténtica infección; a veces también se observan eritrocitos, sobre todo en las infecciones renales o de vías altas.

En cuanto al urocultivo se siembran dos placas, directamente de la orina, una de agar CLED, para el recuento total, y otra de McConkey, para la identificación, ya que los gérmenes más frecuentes son enterobacterias. En ocasiones se sustituye el CLED por agar sangre, y el McConkey por Levine.

En la persona sana puede aparecer contaminación por arrastre de la flora uretral. El diagnóstico de infección urinaria requiere la presencia de un número significativo de bacterias en la orina, superior a 105 gérmenes/ml, para descartar una posible contaminación. Si el recuento de colonias es significativo de infección, se procede a la identificación de las colonias aisladas y a la realización de un antibiograma. (3)

57.5 Discusión

Las ITU como ya se ha expuesto en anteriores apartados es la infección más común en los seres humanos. Se trata de una infección molesta pero fácilmente diagnosticada y tratada. Entre las pruebas realizadas para su detección está el urocultivo, el cual creemos que ha supuesto un gran avance en la microbiología clínica, ya que ha conseguido acortar tiempos en el diagnóstico de diversos patógenos presentes en la orina, diferenciar una infección de una simple contaminación por la flora uretral, además de servir como criba para la realización de otras pruebas diagnósticas tales como el antibiograma.

57.6 Bibliografía

1. Infecciones urinarias. Clínica, diagnóstico y tratamiento | Offarm [Internet]. [cited 2022 Nov 4]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-infecciones-urinarias-clinica-diagnostico-tratamiento-10022011>.
2. Epidemiología y etiología de la infección urinaria comunitaria. Sensibilidad antimicrobiana de los principales patógenos y significado clínico de la resistencia | Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica [Internet]. [cited 2022 Nov 4]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosasmicrobiologia-clinica-28-articulo-epidemiologia-etilogia-infeccion-urinariacomunitaria-13091442>.
3. Zboromyrska Y, de Cueto López M, Alonso-Tarrés C, Sánchez-Hellín V. 2019 14b. Diagnóstico microbiológico de las infecciones del tracto urinario. Zboromyrska Y (coordinadora). Procedimientos en Microbiología Clínica. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2019. 11{=17 p.

Capítulo 58

58 DIAGNÓSTICO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EN EL LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO

MARÍA DOLORES RODRÍGUEZ ESCOURIDO

58.1 Introducción

La Leucemia Mieloide Crónica es una enfermedad adquirida y no heredada que se da en todas las razas con predominio en los hombres.

Es una patología en la que las células madre hematopoyéticas sufren una producción descontrolada de glóbulos blancos que maduran con normalidad, lo cual influye en el avance lento de esta enfermedad.

Estas células normales de la médula ósea al ser sustituidas sufren una alteración genética que desencadena la formación de un gen anormal, es decir, un oncogen llamado BCR-ABL.

El origen de la translocación genética que da lugar a la leucemia mieloide crónica se desconoce, por lo tanto, es prácticamente imposible prevenir esta enfermedad.

58.2 Objetivos

Dar a conocer las distintas técnicas de diagnóstico de la Leucemia Mieloide Crónica en el Laboratorio.

58.3 Metodología

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

También se han consultado y seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio

Palabras clave utilizadas:

Leucemia Mieloide Crónica.

58.4 Resultados

La Leucemia Mieloide Crónica se puede diagnosticar de las siguientes formas:

- Examen físico y antecedentes médicos: el médico realizará una exploración física al paciente y tendrá en cuenta sus antecedentes médicos. Se observarán signos inusuales, como bultos, así como signos de fatiga, pérdida de peso, malestar general, etc.

- Hemograma y frotis sanguíneo: el médico solicitará un análisis de sangre, conocido como hemograma en el que se lleva a cabo un recuento de células sanguíneas y en él se observará leucocitosis con aumento de los granulocitos y en menor medida de los basófilos y eosinófilos.
- Análisis bioquímico: miden la cantidad de algunas sustancias en la sangre, por lo que también ayudan en el diagnóstico de esta enfermedad.
- Aspirado de médula ósea y biopsia: ya que el origen de la leucemia mieloide crónica tiene lugar en la médula ósea, el siguiente paso a realizar tras observar una leucocitosis en el hemograma será hacer un aspirado de médula ósea.
- Pruebas genéticas: en las pruebas genéticas lo que habitualmente se determina en esta enfermedad es si está presente el cromosoma filadelfia o el gen BCR-ABL.
- Citogenética: en el campo de la citogenética se observan los cromosomas en un microscopio para detectar anomalías.
- Hibridación in situ con fluorescencia: en esta prueba de laboratorio también examinamos los cromosomas, pero esta vez lo que empleamos son fluorocromos que se adhieren a algunos genes o a partes específicas de los cromosomas.
- Inmunofenotipificación: consiste en diferenciar los tipos de leucemias separando las células normales del sistema inmune de las cancerosas.
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR): esta prueba es empleada cuando es imposible detectar el cromosoma filadelfia en las pruebas de citogenética.

58.5 Discusión

Los parámetros más llamativos en una analítica sanguínea de un paciente con LMC serían una leucocitosis con aumento de blastos, con una consiguiente anemia y trombocitosis. También, encontramos alteradas la LDH-2, calcio y fósforo, así como el cromosoma filadelfia, representativo de esta enfermedad. En cuanto a las técnicas de diagnóstico, el dato que nos pondrá en alerta es el elevado número de glóbulos blancos que resultarían del hemograma y que a su vez podemos confirmar con un frotis sanguíneo y un aspirado de médula ósea, en el que observaremos los blastos.

Otras de las técnicas más rápidas y eficaces serían la hibridación in situ con fluorescencia, las pruebas genéticas y la PCR.

58.6 Bibliografía

1. <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/leucemia-mieloide-cronica/>.
2. <http://www.aeal.es/leucemia-mieloide-cronica-espana/3-diagnostico-de-la-lmc/>.
3. <https://www.redalyc.org/pdf/2611/261119491009.pdf>.
4. <https://www.fcarreras.org/es/leucemiamieloidecronica>.
5. https://aelemic.org/wp-content/uploads/2021/11/PDF_210922_Hematologia_Folleto_50preguntas.pdf.
6. <https://www.cancer.org/cancer/chronic-myeloid-leukemia.html>.
7. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/hematologia-y-hemoterapia/el-8-gasto-en-cancer-de-sangre-en-europa-es-de-12-000-millones-al-ano-2481>.

Capítulo 59

59 EL PROFESIONAL DE LA SALUD NOMBRADO TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

GEMMA FRANCO FERNÁNDEZ

59.1 Introducción

El ámbito hospitalario es un ambiente sanitario en el que en su interior hay un gran número de trabajadores especializados.

El hospital está dividido en áreas y servicios y en cada área o servicio tienen gran variedad de personal sanitario especializado en un servicio o área donde cada uno debe de realizar y cumplir con cada una de las funciones que se le atribuyen.

En cada servicio o área hay un supervisor que es el jefe o jefa del lugar que su función como bien dice es supervisar u observar que todo el personal realiza su trabajo de forma adecuada y cumpliendo con su trabajo.

En este capítulo daremos a conocer de forma general la figura y funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

59.2 Objetivos

Dar a conocer algunas de las funciones del TCAE en el medio hospitalario.

59.3 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.

59.4 Resultados

El profesional sanitario conocido como técnico en cuidados auxiliares de enfermería, cuenta con una formación de varios años donde se le da la información y orientación necesaria para formarse y especializarse en el profesional de la salud que se convertirá. Es muy importante y también necesaria su presencia en todos los medios con los que

cuenta el hospital porque siempre está en primera línea ayudando y brindando apoyo a sus compañeros y pacientes que así lo requieran en todo momento.

Algunas de las funciones que podemos tener en cuenta del TCAE son:

- Realiza aseos a los pacientes encamados junto con el celador.
 - Realiza cambios posturales y movilizaciones con el celador según este pautado por el médico.
 - Ayuda o da de comer a los pacientes que no sean capaces por sí mismos.
 - Cambia o muda la ropa de la cama todos los días después del aseo al paciente.
 - Suministra las pastillas que han sido indicadas por el médico y preparadas por la enfermera.
 - Se les ayuda también psicológicamente tanto a ellos como a su familia porque padecen bajones de ánimo.
 - Se encarga del control de líquidos y diuresis.
 - Reposición de los almacenes.
 - Preparación de los pacientes cuando tienen que ir a quirófano.
 - Repartir y recoger bandeja de desayunos, comidas, meriendas y cenas.
 - En cuidados intensivos, se les cambia la nutrición, se les hace lavado de boca.
- Es decir, este profesional trata de cubrir todas las necesidades fisiológicas de los pacientes.

59.5 Discusión

Para finalizar este trabajo o capítulo de libro, se debe de decir que todo el personal que está en el medio hospitalario trabajando, cuentan con una formación académica y una especialización de buena calidad, que va a influir de forma positiva a la hora de atender a todos los pacientes que tengan enfermedades o diversas patologías, para ayudarles a sanarse y que puedan volver a su hogar con sus familiares y seres queridos una vez conseguida la recuperación.

Estos siempre brindan y ayudan a las personas que ingresan en el medio hospitalario, desde el momento el paciente entra por la puerta comienza su función de intentar ayudar a cubrir todas sus necesidades.

59.6 Bibliografía

«MedlinePlus - Tipos de profesionales de la salud». MedlinePlus. Consultado el 8 de septiembre de 2015.

«Health professional». Mosby's Medical Dictionary (8th edition). Consultado el 8 de septiembre de 2015.

Capítulo 60

60 TRIAJE DE ENFERMERÍA Y CÓDIGO ICTUS

BLANCA PÉREZ GARCÍA

SHEREZADE ÁLVAREZ PIRIZ

ANGELA PEREZ GARCIA

MARTA GONZÁLEZ ALVAREZ

DIANA CAROLINA DIAZ MARIN

60.1 Introducción

El Ictus es una enfermedad que fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un " síndrome clínico de origen vascular, que se caracteriza por tener signos de alteración focal o global de las funciones cerebrales de rápida evolución, que perduran más de 24 horas o provocan la muerte " 1

Por tanto; hay que tener en cuenta que detectar pronto los signos de un posible ictus es vital para el paciente; en los últimos diez años el triaje de enfermería ha sido de gran importancia ya que los métodos son protocolos y escalas rápidas; los cuales ayudan a clasificar y dar prioridad a los pacientes que necesitan atención urgente. De esta manera se pueden prevenir la morbilidad y la mortalidad si los pacientes son clasificados de manera eficiente, ya que muchas muertes transcurren en las primeras horas del ingreso. Las patologías tiempo- dependientes, como el ictus agudo, el traumatismo grave o el síndrome coronario agudo se consideran en términos de enfermería como códigos azules; esto quiere decir que una vez detectado el problema se les da prioridad vital y son atendidos rápidamente.

60.2 Objetivos

Explicar y reseñar el triaje de enfermería, sus escalas más importantes y el código Ictus.

60.3 Metodología

Para la realización de nuestro trabajo hemos explorado diferentes búsquedas en varias bases de datos médicas como MEDES, MEDLINE PUBMED Y SCIELO, utilizando palabras claves como "Ictus","Urgencias"," Triage" y "Código Ictus". Una vez elegido los artículos y revisiones; nos hemos centrado en el papel de la enfermería en el triaje y cribado de pacientes en los servicios de urgencias.

60.4 Resultados

Es de vital importancia tener centros de referencia donde haya una atención especializada, puesto que el ingreso de pacientes con Ictus en estas unidades está demostrado que agilizada el proceso para darles el mejor tratamiento. Estos tratamientos no son universales, por tanto, dependen mucho de la organización territorial. Sin embargo, el establecimiento del Código Ictus da cabida al acceso de estos pacientes a centros de referencia en patología cerebrovascular, con capacidad de ofrecer técnicas diagnósticas y terapéuticas especializadas, a cualquier paciente con Ictus agudo dentro de un área geográfica.

Por otro lado, llevan muchos años utilizando distintos métodos para realizar un triaje correcto del Ictus. Los métodos son el FAST (Face/Arm/Speech/Time) y FASTER (Face/Arm/Stability/Eyes/React) y la escala de Cincinnati (Facial Droop/Arm Drift/ Speech). Estos métodos por sí solos son insuficientes se necesita el apoyo de las presentaciones cardinales del Ictus agudo junto con las escalas ampliadas tipo NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) y MRS (Modified Rankin Scale).

Las representaciones cardinales se clasifican en observar si hay un trastorno en el lenguaje (afasia, disartria) si presentan asimetría facial, plegia de las extremidades, paresia de las extremidades, identificar si hay alteraciones de la marcha y el equilibrio (Ataxia, caída al suelo); si hay una disminución del nivel de consciencia, alguna alteración en el comportamiento, si tiene cefaleas y alteraciones visuales (Diplopia, pérdida de campo visual) y por último Miscelánea.

Después de realizar las representaciones cardinales se comienza a evaluar la escala NIHSS; esta escala tiene diferentes puntuaciones; cada elemento se puntúa de 0 a 2, de 0 a 3, o de 0 a 4 puntos. Con una puntuación total de 0 a 42 (las puntuaciones más altas reflejan una mayor gravedad de Ictus)

1. Observación del Nivel de conciencia.
2. Comprobación de movimientos extraoculares horizontales.
3. Pruebas de campos visuales.
4. Prueba de parálisis facial.
5. Comprobación de fuerza del brazo izquierdo y derecho.
6. Comprobación de fuerza del brazo derecho y del miembro inferior derecho.
7. Comprobación de ataxia de miembros.
8. Comprobación de la sensibilidad.
9. Comprobación del Lenguaje o afasia.
10. Disartria.
11. Comprobación de la atención.
12. Función motora distal.

Por últimos tenemos la escala MRS que evalúa el grado de discapacidad de 0 a 6 puntos que van de 0 a 5.

0. No presentan síntomas.
1. Sin discapacidad significativa.
2. Discapacidad ligera.
3. Discapacidad moderada.
4. Discapacidad moderadamente grave.

5. Discapacidad severa.

6. Fallecido.

Con todas y cada una de las escalas se busca encontrar rápidamente la gravedad del ictus agudo y actuar en consecuencia; se complementan unas a otras, está comprobado que los métodos tradicionales simples el fast y faster y la escala Cincinnati; son utilizados en los servicios de emergencia prehospitalarios, porque son fáciles y rápidos, pero como solo evalúan algunos síntomas como la parálisis facial, la debilidad de las extremidades superiores y alteraciones del habla, necesitan el complemento de las demás escalas explicadas con anterioridad.

60.5 Discusión

El ictus es una enfermedad neurológica que como bien explicamos es de suma importancia detectar a tiempo los síntomas con todos los recursos que tenemos, ya que va a afectar notablemente a la calidad de vida del paciente si se detecta a tiempo, el triaje de enfermería en urgencias lleva a cabo todo el proceso de primera mano, y debe ser considerado en todos los servicios de emergencia. Por tanto, cabe reseñar que la figura del neurólogo en urgencias es relevante para un manejo óptimo de la misma; ya que mejora la calidad asistencial y es más eficiente. Por otro lado, los falsos diagnósticos de enfermedades cerebrovasculares son bastante frecuentes; suelen ser pacientes ancianos, que no han sido valorados por un neurólogo y han sido remitidos a atención primaria.

60.6 Bibliografía

1. Definición ictus según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹
2. Implementación del registro código ictus en el servicio de urgencias de un hospital comarcal Estirado-Fugarolas H, Maldonado-Meléndez M Enfermería Clínica 2019;29(1): 47-53.
3. Atención al paciente neurológico en los Servicios de Urgencias. Revisión de la situación actual en España
Neurological patient care in Emergency Departments. A review of the current in Spain
V. Casado, Servicio de Neurología, Hospital de Mataró, Barcelona, España
4. Triage por enfermería en el ictus agudo Araceli Rodríguez Vico, Fernando Sánchez Hernández.
5. Imitadores del ictus: un reto para el médico de urgencias.
Valle J, Lopera E, Guillán M, Muñoz MC, Sánchez A, Hernández y
Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2014; 37(1): 117-128.
6. Fiabilidad del diagnóstico de ictus en urgencias Martínez Fernández E, Sanz Fernández G, Blanco Ollero A Neurología 2012;27(5): 284-289.
7. Falsos diagnósticos de ictus en los servicios de urgencias de la Torre-Laviana F, Moniche-Álvarez F, Palomino-García A, Cayuela-Domínguez A, Vigil Martín E. Jiménez M. Revista de Neurología 2010;50(8): 463-469.

Capítulo 61

61 CELADOR ANTE UN CASO CLÍNICO DE CÁNCER DE TIROIDES DETECTADO EN PRIMARIA

SORAYA PEÑA RÍOS

VANESA MUÑOZ

SANDRA RODRÍGUEZ

JUAN CARLOS SUELA RAMOS

FRANCISCO JAVIER DÍAZ DEL VALLE

61.1 Introducción

El Cáncer de Tiroides tiene una representación aproximada de un 2% considerándola entre todas las neoplasias, siendo la más común de las neoplasias endocrinas, en nuestro país ocupa el quinto lugar de cáncer entre las mujeres siendo la prevalencia en estas superior, triplicando a la de los hombres.

En el proceso que conlleva la oncogénesis se tiene que valorar la serie de genética y el medio ambiente que pueden alterar el control que tiene este cáncer de proliferación y diferenciarse celularmente. Se considera importante el tener hasta ahora asociado de forma fehaciente un solo factor etiológico que tiene que ver con las radiaciones ionizantes.

Hay pruebas radiológicas que han podido demostrar el aumento del riesgo de este cáncer, sobre todo en la niñez cuando estos niños son tratados con radiación en bajas dosis por distintas causas como para tratar el acné, linfomas o la leucemia infantil, apareciendo este tumor unos 30 años de media después de haber sufrido esta exposición.

61.2 Objetivos

Mostrar un caso clínico de detección de cáncer de tiroides en atención primaria.

61.3 Caso clínico

Romi acude a la consulta de su centro de salud porque le ha salido un bulto en el cuello, en tres días ha alcanzado grandes dimensiones y cree que es una infección porque ha estado constipada estos días de atrás, refiere problemas para tragar y para respirar en los dos últimos días aunque parece que el bulto que ayer era muy prominente hoy está

menos hinchado y tiende a desaparecer. El médico de atención primaria deriva a Romi a la consulta del endocrino previa realización de analítica general con marcadores tiroideos. A los diez días en la consulta se le informa a la paciente que los marcadores han dado positivo y que se le va a realizar una biopsia del tiroides para localizar las células tumorales, en la ecografía se diferencia una masa tumoral localizada de unos 2cm en la cara anteroposterior del cuello, prominente hacia fuera, motivo de la prominencia en el cuello de la paciente. Se ingresa a la paciente para recibir una terapia de hormona tiroidea con muy buenos resultados, combinado con radioterapia externa tras recibir el alta.

61.4 Discusión-Conclusión

Este tipo de adenocarcinoma tiene muy baja incidencia entre la población de nuestro país, se muestra consecuencia de baja radiación años atrás, el tratamiento es sencillo y en estadios iniciales puede tener una cura eficaz.

Estos tumores se suelen valorar de forma multifocal con una evolución lenta y favorable. Los que tienen que ver con factores genéticos, tienen una forma de desarrollo aislado, se heredan de forma autosómica dominante principalmente por una mutación.

61.5 Bibliografía

1. Delgado DD. Generalidades del cáncer de tiroides. Rev Med Cos Cen. 2016;73(620):633-636.

Capítulo 62

62 CELADOR EXPONE UN CASO CLÍNICO DE CÁNCER DE ENDOMETRIO

SORAYA PEÑA RÍOS

FRANCISCO JAVIER DÍAZ DEL VALLE

JUAN CARLOS SUELA RAMOS

SANDRA RODRÍGUEZ

VANESA MUÑOZ

62.1 Introducción

El cáncer de endometrio es el proceso oncológico de ginecología más habitual. Tiene una media de aparición de unos 60 años. En la actualidad no existen programas en los que se haga un screening selectivo del cáncer de este tipo de cáncer. Los factores de riesgo como la edad, obesidad, diabetes o también la hipertensión arterial. El hiperestrogenismo eleva mucho el riesgo de padecer este tipo de cáncer porque incrementa la proliferación de las células que se encuentran en el endometrio. Cuando se da una metrorragia después de la menopausia o se produce una hemorragia de forma anómala en un período que rodea a la menopausia o que se pueda presentar en una mujer que se somete a un tratamiento hormonal de sustitución, se debe tener en cuenta el hacer un frotis cervical con biopsia del endometrio y una ecografía a nivel pélvico. Cuando se tiene duda en el diagnóstico se hace imprescindible realizar una histeroscopia. El estudio que se realiza con una extensión de tomografía computarizada del abdomen y de la pelvis con radiografía es necesario.

62.2 Objetivos

Mostrar la detección de un adenocarcinoma en el endometrio Mediante la exposición de un caso clínico.

62.3 Caso clínico

Mercedes acude a la consulta de ginecología derivada por su médico de atención primaria, este le ha realizado una analítica porque ha perdido peso en los dos últimos meses y tiene reglas abundantes, de hecho casi ha empalmado un mes con otro, aunque

no son muy abundantes pero no deja de manchar.

El ginecólogo le hace una exploración no encontrando anormalidad, no obstante en la ecografía vaginal que se le practica se observa a simple vista una masa circular en el endometrio, se toma una muestra para realizar una biopsia, el resultado se le comunica a Mercedes a los tres días, es positivo en células malignas por lo que se procede al ingreso de la paciente para proceder a la extirpación del endometrio con el tumor por completo.

62.4 Discusión-Conclusión

El tratamiento de este tipo de tumor se basa, en los hallazgos en los estadios tempranos, en la cirugía y después la radioterapia que se adapta a la extensión de la lesión y sobre todo al estado general de la paciente. En la mayor parte de los tumores del endometrio se hace un diagnóstico en el primer estadio teniendo un pronóstico muy bueno.

62.5 Bibliografía

1. Rouzier, R., & Legoff, S. (2018). Cáncer de endometrio. EMC-Tratado de Medicina, 12(1), 1-4.

Capítulo 63

63 CÓMO INFLUYE EL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHADO EN EL MEDIO AMBIENTE

MARISA BLANCO PADRÓ

63.1 Introducción

En el departamento de lavandería y planchado de un centro hospitalario se tiene que mejorar todos los procesos que formen parte del servicio para que el impacto en el medio ambiente sea el menor posible. Actualmente estamos sufriendo gravemente los problemas del cambio climático y debemos contribuir a una mejora en el mismo. Se ha aprobado legislación a nivel mundial que suponen una reducción de emisiones para mejorar los efectos del cambio climático y todos debemos contribuir a ello. Se están utilizando detergentes biodegradables y las distintas máquinas que se utilizan reducen el consumo de agua y energía utilizadas, reduciendo así el impacto medioambiental.

63.2 Objetivos

Describir cómo influye el servicio de lavandería y planchado en el medio ambiente.

63.3 Metodología

En este capítulo he estudiado tanto la legislación vigente a nivel mundial como la adaptación de la misma a la legislación española. Se ha procedido a realizar una revisión bibliográfica sobre lavandería industrial vs medioambiente y analizado multitud de artículos científicos con contenidos sobre el aspecto medioambiental.

63.4 Resultados

El recurso que más se utiliza en una lavandería industrial es el agua ya que es la materia prima para los diferentes enjuagues. Para aprovechar este recurso es muy interesante tener un túnel de lavado el cual permite reutilizar el agua a través de sus múltiples departamentos y lavar un alto volumen de ropa. Los detergentes, blanqueantes y desinfectantes que se usan en el proceso de lavado es conveniente filtrarlos para que una vez utilizados no se den salida al exterior y contaminar el terreno. Pero no solo en el proceso de lavado generamos contaminación, sino que en el proceso de secado realizamos emisiones de gases al exterior. Con lo cual necesitamos que nuestros máquinas

de secado tengan unos filtros adecuados y revisados periódicamente para que los gases que lleguen a la atmósfera sean los menos posibles. Con estos filtros también logramos retener el material particulado consistente en las pelusas de los textiles. Las máquinas que nos encontramos en la lavandería son de grandes dimensiones y por ello generan un ruido muy elevado. Tenemos que tratar también la contaminación acústica tanto para los empleados que pueden sufrir varias dolencias, como por la población que se encuentre alrededor de la planta. Con lo que llegamos a la conclusión que no solo en el lavado hay que aplicar sistemas de disminución de la contaminación, sino que en los demás procesos que configuran el procedimiento también hay que aplicar medidas.

63.5 Discusión

Como conclusión para contribuir a la mejora del medio ambiente en el servicio de lavandería y planchado debemos de utilizar detergentes biodegradables. También debemos reutilizar el agua del lavado, y el agua que finalmente es vertida al exterior, tratarla para eliminar los elementos contaminantes. Debemos llevar un control sobre los filtros para que la emisión de gases a la atmósfera en el secado sea el menor posible. Como recomendación para el personal del lavandería y planchado, es la utilización de tapones para el ruido de las máquinas. Con ello, lo que se pretende es mitigar al máximo posible la contaminación acústica que producen las mismas y que pueden afectar a la salud laboral.

Capítulo 64

64 CELADOR EXPONE UN CASO CLÍNICO DE CÁNCER DE PÁNCREAS

SORAYA PEÑA RÍOS

FRANCISCO JAVIER DÍAZ DEL VALLE

VANESA MUÑOZ

JUAN CARLOS SUELA RAMOS

SANDRA RODRÍGUEZ

64.1 Introducción

Segun las últimas estadísticas de los estudios publicados, el cáncer de pancreas es la segunda causa de fallecimiento en todo el mundo y se considera la tasa de mortalidad más alta de todos los canceres con un índice mayor en los hombres que en las mujeres. El cancer de pancreas ocupa el decimo lugar en el más comun en el mundo, en el que ocurren unos 400000 casos anuales. Es la cuarta causa de fallecimiento en Europa trasladandose esta estadística a nuestro pais.

Se considera que el hábito del tabaco es el factor de riesgo que más se asocia a este tipo de cáncer, aunque en cifras, solo se le puede atribuir un 25% de los dignosticos. Hay más factores como la edad, diabetes, obesidad o la pancreatitis crónica. Hay una exposición laboral con este cáncer de un 11%, que aunque es un pequeño porcentaje, se considera un factor que puede ser prevenible sobre todo la exposición a los hidrocarburos.

64.2 Objetivos

Describir el cáncer de páncreas a partir de la exposición de un caso clínico.

64.3 Caso clínico

Adolfo en la consulta de su médico del centro de salud refiere la pérdida de peso de más de 10 kilos en los dos últimos meses, pero su mayor preocupación es que sus heces son de color blanco en los dos días anteriores, le duele en la parte baja de la espalda y no tiene más síntomas, si parece que presenta cierta ictericia, se le realiza analítica completa y se le deriva al endocrino, tres días media entre las consultas en las que la ictericia ya es mucho más acusada sin presentar más signos que los mencionados anteriormente.

Se realiza al paciente una tomografía por positrones y una resonancia magnética en la que se encuentran hallazgos en el páncreas sospechoso de un tumor maligno, el paciente queda ingresado en la unidad de cirugía para realizarle una biopsia confirmando la invasión del tumor al páncreas entero y a la zona de las colangios con metastasis en el hígado, a Adolfo en esta situación se pone en manos de cuidados paliativos que se le ofrecen en el hospital.

64.4 Discusión-Conclusión

Este tipo de cáncer solo tiene una sobrevida en ocasiones muy concretas de respuesta al tratamiento y si el tumor se encuentra en el primer estadio sin afectación de ningún órgano adyacente, si el cáncer de páncreas se encuentra en estadios más avanzados la sobrevida es muy pequeña. La recomendación que se puede hacer a las instituciones es el cribado de marcadores tumorales de carácter digestivos anuales en las analíticas de rutina.

64.5 Bibliografía

1. Rebaza Vasquez, S. (2016). Cáncer de páncreas. Revista de Gastroenterología del Perú, 36(2), 105-106.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 65

65 APÓSITOS

MARÍA ISABEL QUESADA POSADA

MARIA BELEN GARCÍA VILLEGAS

65.1 Introducción

Este estudio pretende relacionar el tipo de heridas y úlceras con los apósitos que vienen mejor para cada uno de ellos. Queremos distinguir los diferentes tipos ,saber de qué material y composición están hechos.

Cuáles son los más suaves y absorbentes. Cuáles se usan en el tratamiento de heridas, de úlceras por presión. Que los sanitarios sepan distinguir y relacionar la herida con su mejor apósito para una mejor curación.

Los apósitos son un tipo de material que se usa con mucha regularidad y supone uno de los principales gastos de la sanidad, no solo en nuestro país. Es un material además de gran valor monetario, sobre todo los usados para úlceras de importancia.

65.2 Introducción

Se distinguen 3 tipos de apósitos; hidrógel, hidrocoloides y alginatos.

Los apósitos de ALGINATO son suaves y muy absorbentes. Se usan en el tratamiento de heridas tanto infectadas como no infectadas. Con un nivel de exudado (líquido que se filtra de los vasos sanguíneos a los tejidos cercanos) medio o alto. El exudado sale a través de incisiones , zonas de infección e inflamación.En todo tipo de úlceras, las provocadas por la diabetes, venosas, arteriales y quirúrgicas. También en úlceras provocadas por presión. Y en heridas por traumatismos.

Absorben y retienen los exudados producidos en las heridas, no se pegan ala zona. Y son apósitos bastante cómodos y adaptables para los pacientes.

Uno de los más usados son los de Alginato de plata. Muy eficaces en úlceras de decubito, en heridas traumáticas o quirúrgicas. Sobre todo en heridas con infecciones localizadas .

Los HIDROCOLOIDES son apósitos que sirven para mantener la piel con una hidratación adecuada para regenerarse y que siga con una buena forma para curar y cicatrizar Son adhesivos o autoadhesivos, mantienen una temperatura y humedad en la superficie de la herida. También absorben.

Por empleo se usan en una fase de formar el epitelio de la piel y puede cubrirse desde pequeñas heridas (tiritas) , que son para cortes pequeños, heridas rozaduras,etc, hasta ampollas y callos. Sirven también como protección de la herida frente al exterior

Son los mejores apósitos para zonas de heridas excesivamente secas, porque crean un entorno húmedo que sirve para el proceso de cicatrización.

Los apósitos de HIDROGEL. Para quien haya trabajado en residencias o en urgencias, son apósitos que se ven con frecuencia. Cuando se producen úlceras en pies por diabetes y hay que realizar una limpieza de dicha herida.

Son apósitos que contienen una gran cantidad de Agus que mantienen las úlceras húmedas en lugar de dejar que se sequen. Ya que se cree que las heridas húmedas sanan más rápido que las secas. En un estado de Cochrane. Org se investigo que las úlceras por presión tratadas con hidrógeno cicatrizan antes y más rápido que con otros tipos de apósitos.

Aunque luego otros estudios lo haya dado por no concluyente.

Resumiendo , los apósitos de hidrógeno ejercen una absorción retención del exudado, controla enteré el apósito 6 la herida . El exudado y el hidrógeno forman una capa protectora por encima de la ampolla que mantiene húmeda la herida y estimula el,proceso de cicatrización. Protegen , como los demás apósitos de la relación con el exterior, para evitar infecciones.

Los apósitos de hidrógeno a diferencia de los hidrocolides, se despegan con facilidad y sin dañar la ampolla, si la hay. Protegen de la fricción, del agua, de las bacterias y de la suciedad.



65.3 Objetivos

Relacionar cada apósito con el tipo de úlceras o heridas, para hacer un buen uso de ellos.

65.4 Objetivos

Relacionar cada apósito con el tipo de úlceras o heridas, par hacer un buen uso de ellos. Tener en cuenta su función, y de ese modo no usarlos inadecuadamente. A veces se

ponen solo para proteger una herida de poca importancia o un simple respondió cuando su función es otra.

65.5 Metodología

Se va a realizar un trabajo basado en repasar y consultar bibliografías diferentes sobre los apósitos y su función.

En bases de datos como Metlifes, páginas web como www.summedical.com. En bases de datos como Byramhealthcare.

Use también para este estudio revistas e información sobre úlceras en libros sanitarios de hospitales nacionales .

Repaso de diferentes noticias en Internet de artículos sobre apósitos, y sus clases

Se usan palabras como ULCERA, APOSITO, HERIDA, PRESION.

65.6 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. Usamos palabras como úlcera, herida, apósito y exudado.

65.7 Resultados

Los apósitos de alginato son suaves y muy absorbentes. Se usan en el tratamiento de heridas tanto infectadas como no infectadas. Con un nivel de exudado (líquido que se filtra de los vasos sanguíneos a los tejidos cercanos) medio o alto. El exudado sale a través de incisiones, zonas de infección e inflamación. En todo tipo de úlceras, las provocadas por la diabetes, venosas, arteriales y quirúrgicas. También en úlceras provocadas por presión. Y en heridas por traumatismos.

Que absorben y retienen los exudados producidos en las heridas, y no se pegan a la zona. Son bastante cómodos y adaptables para los pacientes.

Descubrimos que los más usados son los de Alginato de plata. Muy eficaces en úlceras de decúbito, en heridas traumáticas o quirúrgicas. Sobre todo en heridas con infecciones localizadas.

Los hidrocoloides son apósitos que sirven para mantener la piel con una hidratación adecuada para regenerarse y que siga con una buena forma para curar y cicatrizar.

Son adhesivos autoadhesivos, mantienen una temperatura y humedad en la superficie de la herida. También absorben.

Por empleo se usan en una fase de formar el epitelio de la piel y puede cubrirse desde pequeñas heridas (tiritas), que son para cortes pequeños, heridas rozaduras, etc., hasta ampollas y callos. Sirven también como protección de la herida frente al exterior y que son los mejores apósitos para zonas de heridas excesivamente secas, por qué crean un

entorno húmedo que sirve para el proceso de cicatrización.

Explicar que los apósitos de hidrogel para quien haya trabajado en residencias o en urgencias, son apósitos que se ven con frecuencia. Cuando se producen úlceras en pies por diabetes y hay que realizar una limpieza de dicha herida.

Son apósitos que contienen una gran cantidad de agua que mantienen las úlceras húmedas en lugar de dejar que se sequen.

Los apósitos de hidrógeno a diferencia de los hidrocoloides, se despegan con facilidad y sin dañar la ampolla, si la hay. Protegen de la fricción, del agua, de las bacterias y de la suciedad.

En un estudio se investigó que las úlceras por presión tratadas con hidrógeno cicatrizan antes y más rápido que con otros tipos de apósitos.

Resumiendo, decían que los apósitos de hidrógeno ejercen una absorción mayor del exudado.

65.8 Bibliografía

Blog Mediación.com (productos medicos)

Español.byramhealthcare.com

Revista NPunto Volumen IV. Número 38. Mayo 2021

Terapéutica Local.Clasificacionde productos. Úlceras. N

Biblioteca Cochrane publicado 2015 17 de Febrero. Autores Dumville JC, SubbsN, Keogh

65.9 Discusión

Hay estudios no concluyentes que dicen que las heridas húmedas sanan más rápido que las secas.

También debemos relacionar el uso de este material con el gasto sanitario, ya que son unos productos muy usados y de gran valor monetario.

El mal uso de ellos en heridas no tan importantes, el cambiarlos con una frecuencia no necesaria o el colocarlos en lugares donde debe ir otro apósito encarecen gastos y no sirven para una buena profilaxis.

Es importante el conocimiento y la correcta formación del personal sanitario, en especial de enfermería respecto al correcto uso de los apósitos según el tipo de herida.

65.10 Bibliografía

1. Blog Mediación.com (productos médicos).

2. Español.byramhealthcare.com.

3. Revista NPunto Volumen IV. Número 38. Mayo 2021.

4. Bases de datos como Metlifes.
5. Páginas web como www.summedical.com.
6. Terapéutica Local. Clasificación de productos.
7. Repaso de diferentes noticias en Internet de artículos sobre apósitos, y sus clases
Biblioteca Cochrane publicado 2015 17 de Febrero. Autores Dumville JC, SubbsN, Keogh.

Capítulo 66

66 URGENCIAS ONCÓLOGICAS EN RADIOTERAPIA

ISABEL GARCÍA AGUDÍN

66.1 Introducción

El cáncer supone una de las principales causas de morbi-mortalidad del mundo. Los cánceres más frecuentemente diagnosticados en España son los de colon y recto, próstata, mama, pulmón y vejiga urinaria. No obstante el cáncer de pulmón es el tumor que más urgencias oncológicas provoca, seguido del mama y colon. Se entiende como urgencia oncológica aquella situación que pone en riesgo la vida del paciente y que requiere de intervención médica urgente. Su objetivo principal es paliar y mejorar la calidad de vida del paciente mediante el alivio de los síntomas que se producen de forma secundaria al crecimiento del propio tumor o a los tratamientos a los que está sometido el paciente sin un fin curativo ni de aumento de esperanza de vida. Entre las técnicas más empleadas, cabe destacar sin lugar a duda el uso de la radioterapia para el control de situaciones tales como: el dolor, la hemorragia, la compresión tumoral, o el síndrome de la vena cava superior.

Estos pacientes deben tener un protocolo establecido de manejo preferente dentro de los servicios de oncología radioterápica, de tal manera que es habitual que todo el procedimiento, desde la primera visita hasta su simulación en el TC así como su cálculo y puesta de tratamiento en los aceleradores se realice en pocas horas de su llegada al servicio de radioterapia.

66.2 Objetivos

Llevar a cabo una revisión bibliográfica sobre las principales urgencias oncológicas tratadas principalmente con radioterapia centrándonos en la compresión medula, dolor y hemorragias.

66.3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre las urgencias oncológicas. Se han consultados manuales y guías de práctica clínica de utilización diaria en el servicio de Oncología Radioterápica. Se han utilizado varias bases de datos relacionadas con el tema durante los periodos de junio a diciembre 2020, utilizando como palabras clave: urgencias oncológicas, radioterapia, dolor, hemorragia. . .

66.4 Resultados

A continuación hablaremos de tres urgencias oncológicas de mayor prevalencia y en las que la radioterapia cumple un papel esencial:

1) La comprensión medular es la segunda complicación más frecuente después de las metástasis cerebrales. Los cánceres que más comúnmente lo producen son: mama, pulmón y próstata. Lo que supone es un atrapamiento de la médula espinal. La clínica más común que manifiesta es: dolor, pérdida de fuerza, alteraciones motoras, sensitivas y autonómicas.

Se trata de un cuadro urgente que necesita de diagnóstico y tratamiento rápido.

2 Síndrome de la vena cava superior

Es una entidad secundaria a enfermedad neoplásica en el 65-85% de los casos. Comúnmente producido por un cáncer de pulmón. Se trata de una clínica que se produce por la obstrucción del flujo de la vena cava superior en el mediastino por la invasión o compresión externa debida a un proceso expansivo por el crecimiento tumoral.

3 Hemoptisis

Se define como la expectoración de sangre procedente del árbol traqueobronquial. Es de las hemorragias más comunes dentro de los pacientes oncológicos y puede ser una auténtica urgencia en casos de hemorragia masiva.

Es determinante saber valorar su gravedad, determinada por: el volumen de sangrado total, la velocidad de la hemorragia, la capacidad cardiorrespiratoria funcional basal del paciente. Y en los casos que la hemoptisis sea el hallazgo inicial, hay que realizar un estudio de extensión de TC y broncoscopia. Sobre todo en varones fumadores con hemoptisis hay que descartar la presencia de un cáncer de pulmón.

66.5 Discusión

Después de este estudio podemos concluir que un alto porcentaje de los pacientes con cáncer, presentará, a lo largo de su enfermedad o bien algunos de ellos debutarán como situaciones clínicas que requieran un diagnóstico y tratamiento rápido que pueda resolver una situación de riesgo que conlleve un desenlace fatal. El reconocimiento de estas situaciones de urgencia es esencial para el pronóstico vital del paciente y su calidad de vida pese a encontrarse en muchos casos en situación terminal. Cabe destacar que en la mayoría de las urgencias oncológicas el tratamiento de radioterapia va a tener un papel importante y se muestra como una técnica segura y eficaz que mejora de forma espectacular la clínica del paciente.

66.6 Bibliografía

1. Pita S, Pértegas S. Investigación cuantitativa y cualitativa. Cadena Atención Primaria [Internet]. 2002;9:76-8. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.2
2. Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. Atención Primaria [Internet]. 2016;34(4):161-6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)78902-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(04)78902-7)

3. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la Investigación. 6ta Edició. Toledo Castellanos MÁ, editor. Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A., de C.V.; 2014. 634 pp.
4. Eguía RA. ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? Rev la Soc Esp del Dolor. 2014;21(6):359-60.

Capítulo 67

67 LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS PACIENTES CON INFECCIONES URINARIAS DE LAS VÍAS BAJAS

LAYLA ZAGDOUD MOHAMED

GEMMA MARÍA TREJO JIMÉNEZ

ASSIA AMENCHAR EL KHATIB

67.1 Introducción

Las infecciones de origen bacteriano del tracto urinario inferior (especialmente la vejiga) son bastantes comunes en mujeres jóvenes. Este grupo de mujeres de menor edad, suelen contraer infecciones renales de origen bacteriano, pero menos común que las infecciones de la vejiga. La bacteria más común en los casos de IU es *Escherichia coli*. Las infecciones bacterianas del tracto urinario son 50 veces más comunes en mujeres que en hombres entre 20 y 50 años. En los hombres, la uretra es mucho mas extensa, lo que dificulta que las bacterias viajen lo suficientemente lejos como para causar una infección.

En los hombres de entre 20 y 50 años, la mayor parte de las infecciones del tracto urinario son uretritis o prostatitis. Las infecciones del tracto urinario son más comunes en hombres y mujeres mayores de 50 años, con poca diferencia de género.

Es importante que haya una buena practica por parte del equipo de enfermería para así prevenir estas infecciones y conocer los factores de riesgo que podrían ocasionarla.

67.2 Objetivos

- Investigar el conocimiento de las mujeres sobre las infecciones urinarias.
- Dar a conocer las funciones que tiene la técnico auxiliar de enfermería junto con la enfermera en esta patología.

67.3 Metodología

La elaboración de este capítulo de libro se ha realizado mediante la consulta de la literatura, tanto científica como textual, mediante bases científicas y libros bibliotecarios. Se han establecido filtros de búsqueda por años, especialmente actuales. Idioma del texto, tanto en inglés como español. Y acceso completo a los artículos científicos.

67.4 Resultados

De acuerdo con los objetivos propuestos:

Según el nivel de conocimiento, el 94,3 % de las mujeres que participaron en el estudio no tenían conocimiento sobre la ITU, el 3,3 % tenían conocimiento suficiente, el 2,4 % tenían conocimiento limitado, el 81,3 % de las mujeres no conocían la causa de la ITU, el 18,7 % de las mujeres tenían conocimientos suficientes y el 67,5 % eran suficientes, las personas tienen cierto nivel de conocimientos. Se desconocían los factores de riesgo de infección del tracto urinario y el 32,5 % tenía información limitada.

Dado que el 100 % de las mujeres que participaron en el curso entendieron la importancia de la enfermedad, adquirieron conocimientos teóricos básicos sobre las ITU y su prevención.

Funciones de la TCAE:

- Inspeccionar periódicamente la uretra y orina, incluida su frecuencia, consistencia, olor, tamaño y color.
- Describir los signos y síntomas de una ITU al paciente.
- Educar a los pacientes a que recolecten una muestra de orina en la mitad del tiempo en que aparecieron los primeros signos y síntomas de infección.
- Educar al paciente a responder rápidamente a las ganas de orinar.
- Educar a los pacientes sobre los signos e indicadores de infección del tracto urinario.
- Cuando nos comuniquemos de forma no verbal, prestar atención a nuestras actividades físicas.
- Utilizar técnicas de comunicación terapéutica para comprender la experiencia del dolor y estar de acuerdo con la respuesta del paciente al dolor.
- Reducir o eliminar los factores que aumentan la percepción del dolor (miedo, cansancio, monotonía, desconocimiento).
- Usar medidas para aliviar el dolor antes de que el dolor se vuelva severo.

67.5 Discusión

Las infecciones del tracto urinario son la segunda causa más común de infecciones, constituyen un importante problema de salud pública que afecta la calidad de vida. Puede tener un impacto significativo en las actividades diarias de una persona.

Las mujeres son el grupo más vulnerable a las infecciones del tracto urinario. Características: edad fértil, embarazo, infancia, adolescencia y tercera edad.

Se necesita más investigación sobre la prevención de las infecciones urinarias en los ancianos. A lo que se refieren cómo información insuficiente y evidencia insuficiente disponible.

Para unas buenas prácticas de enfermería y TCAE es necesario reducir las infecciones del tracto urinario, así como una atención personalizada para cada paciente.

67.6 Bibliografía

1. Investigación, R. S. (2021, abril 8). Plan de cuidados en paciente con infección de orina. RSI - Revista Sanitaria de Investigación.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-en-paciente-con-infeccion-de-orina/>.

Capítulo 68

68 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE SOMETIDO A PARACENTESIS

WAFI MOHAMED MOHAMED

CARMEN ROMINA GORRIN HERNANDEZ

HAMAL MANZOR HAMIDA

68.1 Introducción

La paracentesis es un procedimiento que consiste en realizar una punción en la cavidad abdominal con técnica estéril para obtener líquido ascítico con fines diagnósticos y terapéuticos. Esta técnica la realiza un médico en ayuda con el personal de enfermería, que se encargará de preparar tanto al paciente como los materiales necesarios para la punción.

El método de la técnica debería ser elaborada bajo condiciones de asepsia. En la mayoría de los casos, la paracentesis de enorme volumen se estima un método seguro que conlleva poco riesgo de complicaciones.

Las complicaciones más frecuentes son fuga del líquido ascítico, hemorragia, infección y perforación.

68.2 Objetivos

Actualizar los datos disponibles sobre la técnica de paracentesis, así como los cuidados que el paciente necesita por parte del equipo de enfermería.

68.3 Metodología

La elaboración de este capítulo de libro se ha realizado mediante la consulta y revisión de la literatura, tanto científica como textual, mediante bases científicas y libros bibliotecarios. Se han establecido filtros de búsqueda por años, especialmente actuales. Idioma del texto, tanto en inglés como español. Y acceso completo a los artículos científicos.

68.4 Resultados

Los procedimientos de esta técnica deben hacerse en condiciones estériles. El equipo de enfermería, es el encargado de realizar dicha técnica. Por lo que realizarán las siguientes medidas para una correcta punción.

- Corroborar que el paciente al que se le realice esta práctica sea el correcto.
- Informar la paciente y a la familia sobre el procedimiento y las posibles complicaciones.
- Preparar el material necesario a utilizar.
- El paciente debe estar colocado en posición de semi-fowler, decúbito supino y con una elevación de 30-45 grados, según este cómodo el paciente.
- Control de las constantes vitales, antes y después del procedimiento.
- Lavado de manos y colocación de los guantes. Realizar un campo estéril.
- Desinfección de la zona que se vaya a punzar.
- El equipo de enfermería se encargará de respetar la intimidad del paciente y respetar la confidencialidad.

Control por parte de la enfermera y TCAE:

- Respetar las normas de higiene y asepsia.
- Comprobar que la cabecera esté elevada según la necesidad del paciente.
- Comprobar que después de la intervención el paciente se encuentre en reposo durante unas horas.
- Controlar las constantes vitales.
- Controlar la salida de volumen, no se debe superar los 1700 cm³.
- Vigilar el apósito colocado después de la intervención.
- Controlar signos de hemorragia
- Vigilar la zona donde se ha realizado la punción
- Conocer las complicaciones y estar alerta por si se presentara alguna.

68.5 Discusión

Los estudios revisados apoyan la implementación de una buena técnica que va a permitir una reacción favorable por parte del paciente. En muy importante la higiene a la hora del procedimiento (higiene de manos, técnicas de asepsia, etc.) y el control de otros factores que puedan comprometer la seguridad del paciente. De esta forma cuidamos el abordaje que hacemos sobre el enfermo obteniendo mejores resultados que se complementan con la buena realización de la técnica.

Podemos concluir a favor de las medidas generales en cuidados a los pacientes con paracentesis. Se obtienen mejores resultados en aquellos enfermos donde, además del desarrollo de la buena técnica, se tienen en cuenta otros aspectos sobre la seguridad del paciente

68.6 Bibliografía

1. Parra ML, Arrivas S, Rivera A procedimiento y técnicas del PAC.
2. Crítico. Editorial Masson 2003 isbn84-458-1195-9. Perry Potter, técnicas y procedimientos básicos interamericana MC Graw Hill 1991. isbn84-7615- 719-3. Casado. MC.
3. González c procedimientos de enfermería 1994 ISBN:84-604-8298-7.

Capítulo 69

69 MÉTODO DE GRAHAM PARA ESTUDIO DE PARÁSITOS (OXIUROS)

VANESA GARCIA MENDEZ

69.1 Introducción

Los oxiuros son parásitos que pueden vivir en el colon y en el recto de una persona. Se pueden adquirir cuando se tragan los huevos de este parásito. Los huevos se abren dentro de sus intestinos. Mientras usted duerme, los oxiuros hembra salen de los intestinos a través del ano y ponen sus huevos en la piel que lo rodea.

Los huevos de oxiuros se vuelven infecciosos a las pocas horas de llegar al periné. La infestación suele producirse como resultado de la transferencia de huevos del área perianal a fómites (prendas de vestir, ropa blanca, muebles, alfombras, juguetes, asientos de inodoro), donde un nuevo huésped recoge los huevos, los lleva a su boca y los deglute. La succión del pulgar es un factor de riesgo. La reinfestación (autoinfestación) se produce fácilmente a través de la transferencia de los huevos desde el área perianal a la boca. Las infecciones por oxiuros también se atribuyen a relaciones sexuales anales entre adultos.

Los oxiuros alcanzan la madurez en la porción inferior del tubo digestivo en 2 a 6 semanas. Los helmintos hembras migran hacia el exterior del ano en la región perianal (habitualmente, por la noche) para depositar los huevos. La sustancia gelatinosa y pegajosa en la que se depositan los huevos y los movimientos de la hembra provocan prurito perianal. Los huevos pueden sobrevivir en los fómites durante hasta 3 semanas a temperatura ambiente normal.

69.2 Objetivos

Describir la realización del test de Graham para detectar la presencia de oxiuros.

69.3 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.

69.4 Resultados

Los Oxurios no se detectan normalmente por la recogida en fresco de las heces ya que las hembras ponen los huevos en los pliegues perianales, en el exterior, los huevos normalmente se quedan pegados a la piel que rodea el ano, y no aparecen en las heces, hay que buscarlos allí donde se hallan. Se utiliza el procedimiento que se describe a continuación, utilizar un pedazo de cinta adhesiva, que se coloca cuidadosamente en los márgenes anales, de forma que si hay huevos estos se queden pegados a la cinta.

Se deben recoger tres muestras en tres días consecutivos:

1. Separar los glúteos del paciente para que quede expuesta la región perianal, donde se localizan los huevos del nematodo.
2. Aplicar la superficie adhesiva a la región anal y perianal.
3. Retirar la cinta adhesiva y pegarla a lo largo del portaobjetos.
4. Retirar los guantes y lavarse las manos tras la recogida de la muestra

Procedimiento de recogida:

Las muestras deben obtenerse en la mañana antes de salir de la cama y hacerse el aseo matinal.

No aplicar talcos ni cremas la noche anterior de tomar las muestras.

No debe escribir ni pegar papeles autoadhesivos sobre el celo

Aplique el celo (nunca las placas de vidrio) por su cara pegajosa sobre la piel vecina al orificio anal, sin introducir en el recto.

Pegue la cinta sobre la placa de vidrio y guárdela.

Repita el procedimiento durante 2 días seguidos, cada día con una placa diferente.

En el celo no debe venir con deposición, talco ni crema.

Cuando tenga la última muestra lleve las placas al Laboratorio.

Si encuentra algún gusano pequeño (2-3 mm) en la zona anal, péguelo al celo y este a la placa.

De las 6040 muestras de cinta de Graham recibidas, 395 (6,5%) estaban mal recogidas. Las muestras no válidas lo fueron por cinta opaca, cinta con heces, portaobjetos sin cinta o con cinta pegada por los dos lados y etiqueta identificativa del paciente colocada sobre la cinta. De las 5598 muestras válidas, 528 (9,4 %) fueron positivas, observándose huevos de *E. vermicularis*. Correspondían a 335 pacientes con rango de edad de 10 meses a 86 años. La mayoría (299 [89,2 %]) era de edad pediátrica. La distribución por sexos fue muy similar. El grupo de edad más numeroso fue el de los seis a los ocho años.

En un segundo grupo de pacientes con heces para parásitos y sin parche anal, se observaron huevos de *E. vermicularis* en 86 muestras. Estos hallazgos ocasionales no invalidan la recomendación del uso de la cinta de Graham. Se observó coparasitación por *Giardia* y *Enterobius* en 16 pacientes pediátricos con ambas pruebas realizadas.

69.5 Discusión

El diagnóstico de la presencia de oxiuros es una técnica muy sencilla de realizar de manera no invasiva y barata, a pesar de ser una técnica no invasiva si que es una técnica que puede presentar algunos inconvenientes como falsos negativos, eliminación intermitente de parásitos ,mala recogida de la muestra y un tiempo prolongado hasta obtener resultados

Como es un método de observación con microscopio, la precisión y reproducibilidad de esta prueba dependen casi enteramente de la experiencia de quien lo hace.

Se recomienda para la toma de las muestras mucha higiene, ya que pueden quedar restos de huevos en las manos y transmitirlos a otras personas.

69.6 Bibliografía

1. [https://www.gastrolabperu.com/examenes/oxiuros-\(metodo-de-graham\).html](https://www.gastrolabperu.com/examenes/oxiuros-(metodo-de-graham).html).
2. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pinworm/symptoms-causes/syc-20376382>.
3. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/nematodos-gusanos-redondos/infestaci%C3%B3n-por-oxiuros>.

Capítulo 70

70 LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

SOVITA MOHAMED MIMUN

FATEHA MOHAMED MIMUN

AMINA MOHAMED HASSAN

70.1 Introducción

Los pacientes pluripatológicos se definen como una organización de profesionales sanitarios que ofrecen asistencia multidisciplinar en diferentes modalidades asistenciales a pacientes frágiles con pluripatología, que disponen de locales, con las instalaciones y equipamiento necesarios para la actividad estimada, garantizando las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar la actividad.

Las auxiliares de enfermería juegan un papel importante en el cuidado y la continuidad de la atención a los pacientes con múltiples enfermedades crónicas complejas. Para ello, se implementa un plan de cuidados, que resume varios diagnósticos y acciones para hacer frente a las enfermedades existentes y prevenir nuevas.

70.2 Objetivos

Describir las intervenciones de las auxiliares de enfermería en pacientes pluripatológicos.

70.3 Metodología

La elaboración de este capítulo de libro se ha realizado mediante la consulta de la literatura, tanto científica como textual, mediante bases científicas y libros bibliotecarios. Se han establecido filtros de búsqueda por años, especialmente actuales. Idioma del texto, tanto en inglés como español. Y acceso completo a los artículos científicos.

70.4 Resultados

La profesión de TCAE es una profesión humanística que se adhiere a una filosofía fundamental centrada en el ser humano y se adhiere a la interacción de los humanos con su entorno, un ser elegido, autodeterminado y activo ha establecido su posición. La finalidad del cuidado de enfermería debe ser ante todo el beneficio del paciente, y el trabajo debe

estar enfocado en este.

Las intervenciones de las auxiliares de enfermería en estos pacientes pluripatológicos se pueden dividir en 4 categorías:

1. Cuidado del paciente
2. Competencias con las necesidades del paciente
3. Información al paciente
4. Conexión y empatía con el paciente afectado.

El objetivo de la atención es facilitar los procesos de aprendizaje que permitan a los pacientes participar activamente en la rehabilitación y promoción de la salud a través de cambios en las rutinas diarias y las condiciones ambientales.

El papel de la auxiliar como cuidadora incluye participar activamente en la promoción, el mantenimiento y la recuperación de la salud a través de medidas preventivas para prevenir la aparición de enfermedades, su progresión o secuelas y para garantizar la continuidad de la atención.

El papel del equipo de enfermería ante estos pacientes, como el de otras profesiones de la salud, es informar y educar a los clientes sobre la salud para que puedan elegir entre una variedad de opciones posibles cuando se consideran los riesgos y los diversos beneficios de cada uno. Esta función educativa se vuelve prioritaria ya que las tendencias en salud se enfocan en el paciente, centro de atención y decisión en cuanto al tratamiento y el tipo de atención brindada.

70.5 Discusión

Los pacientes pluripatológicos presentan características diferenciales que permiten su identificación retrospectiva mediante el análisis del CMBD. Aunque casi todos los servicios dieron de alta a estos pacientes, la mayoría fueron atendidos en servicios de especialidades médicas.

La evaluación clínica por parte del equipo de enfermería es uno de los pilares de la evaluación integral del anciano y debe realizarse junto con la evaluación psicológica, funcional y social para comprender la condición del paciente, ya que cada paciente puede influir en ella el resto de áreas y su influencia en el curso clínico de la enfermedad.

70.6 Bibliografía

1. Ollero M, Álvarez T, Barón F, Bernabeu M, Codina A, Fernández A. Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. 2ª Ed. Consejería de Salud. 2007. 88 p.

Capítulo 71

71 HIGIENE DE MANOS EN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

FATIMA BUGALEM AHMED

HAYAT MOHAND HADDU

NASIHA MOHAMED ABDEL LAH

71.1 Introducción

Una de las medidas profilácticas más eficaces para evitar el contagio de microorganismos en contacto con el paciente y las superficies contaminadas, es la correcta higiene de manos. Actualmente existen, tanto productos antisépticos, como soluciones hidroalcohólicas que no necesitan del agua para ser igual de efectiva su dispensación y resultados. El buen cumplimiento de estas medidas básicas asépticas, nos protegen y previenen de contraer patógenos perjudiciales para nuestra salud. La disponibilidad de los dispensadores de soluciones asépticas, compensa en parte el cumplimiento de la descontaminación de las manos, que en ocasiones, no

se realiza por sobrecarga de trabajo y tiempo, suficiente y necesario como para hacer una adecuada higiene de manos.

Las superficies que están en contacto con el paciente y a su vez con los sanitarios ha de estar sometida diariamente a una exhaustiva limpieza, para prevenir de contaminación ante microorganismos perjudiciales, ya que es portadora de contagio directo a las personas que están en contacto con dichas superficies y objetos. Una óptima profilaxis y aseo de manos, utilizando los productos higiénicos adecuados y un buen protocolo realizando las pautas a seguir del correcto aseo de manos, nos libera de posibles contagios ante patógenos no deseados y nos previene de contraer otras posibles complicaciones a posteriori.

71.2 Objetivos

- Destacar la importancia de la higiene de manos y el correcto uso de jabones antisépticos para la prevención de infecciones nosocomiales.
- Describir los pasos a seguir en la higiene de manos.

71.3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica recurriendo a base de datos Scielo, Google Académico, etc. Así como diversas guías sobre protocolos e indicadores de las correctas medidas higiénicas en el ámbito de la salud.

Antes de iniciar la higiene, el TCAE se informará del estado del paciente y de todas aquellas particularidades del mismo que deban ser tenidas en cuenta durante la técnica. Durante la higiene se mantendrá interés en la correcta movilización y manipulación del mismo y a la protección de vías, drenajes, apósitos, etc.

Palabras clave: Higiene, Manos, Asépticos, Microorganismos

71.4 Resultados

El cuidado de la piel y el uso de guantes son las mejores recomendaciones que se hacen como estrategia para evitar transmisión de infecciones nosocomiales. La piel íntegra es la mejor barrera contra la infección. El correcto cuidado de las manos tras su higiene previene de posibles alteraciones de la integridad cutánea. Con lo actualmente mencionado, incluyendo programas de formación a los profesionales de la salud, sobre las prácticas del cuidado de las manos, reduciendo lesiones cutáneas y proporcionando los productos antisépticos adecuados al alcance de dichos sanitarios, se evitan en gran medida contagios directos de los pacientes y de las superficies y objetos que están en contacto, tanto con el paciente como con el personal del hospital o centro de salud, en el cual realiza su actividad. En la actualidad, la falta de una enseñanza de seguridad es un problema mundial de la salud pública "una atención limpia, es una atención más segura", siendo un factor de riesgo el incumplimiento de los protocolos de higiene de manos y el uso adecuado de guantes ante situaciones de riesgo de contaminación.

En los profesionales, la necesidad de efectuar la higiene de manos está ligado a la actividad asistencial. La práctica del lavado de manos, con agua y jabón, aumenta la concienciación sobre sus beneficios. Un buen aseo de manos evita la existencia de flora bacteriana en las superficies cutáneas. Por todas las consecuencias que puede acarrear en la salud. Los conocimientos que se dispensen a los sanitarios, redundan en beneficios para todos y se reducen grandes costes económicos. Poniendo recursos materiales, como jabones y productos antisépticos al alcance

de todos los beneficiarios y haciendo campañas del uso adecuado de guantes y pautas de higiene de manos, se previenen muchos malos mayores para todos. El proceso para realizar una buena higiene de manos se realiza teniendo en cuenta los siguientes pasos:

- Humedecer las manos.
- Aplicar jabón suficiente para cubrir completamente ambas manos.
- Frotar ambas palmas.
- Poner la palma derecha sobre el dorso de la mano izquierda y entrelazar los dedos. Luego frotar y repetir con la otra mano.
- Frotar las palmas y dedos entrelazados.
- Frotar los dedos con la palma, y repetir con la otra mano.
- Frotar el pulgar con la otra mano. Cambiar de mano después.

- Frotar la punta de los dedos en la palma de la otra mano. Cambia de mano, nuevamente.
- Enjuagar con abundante agua y secar con una toalla desechable.
- Cerrar la llave con la toalla desechable.

71.5 Discusión

Se pone de relieve y se concluye que, usando los productos adecuados para la higiene de manos, como jabones, alcoholes, geles etc. se crea una gran barrera de batalla ante las bacterias y gram positivas. Teniendo en cuenta, que las manos actúan como vectores de transmisión de patógenos, la higiene de manos es la medida primordial para reducir la incidencia y propagación de estos microorganismos, siendo una pieza clave para el control de infecciones. Estas infecciones plantean un importante problema mundial para la seguridad del paciente y tiene un gran impacto económico en los sistemas sanitarios, tanto públicos como de ámbito privado.

71.6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE-EPPS 2013. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. Informe global de España (Resumen); 2013 May-Jun. 38 p.
2. Abelairas Cadahia C, Dopico López N. Lavado de manos: revisión y actualización. Metas Enferm 2007; 10(7):14-8.
3. Centers for Disease Control and Prevention. CDC 24/7: Saving Lives. Protecting People. National Healthcare Safety Network (NHSN) [Internet]. USA: Centers for Disease Control and Prevention; 2013 Feb [citado 10 ene 2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nhsn/>

Capítulo 72

72 ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL PACIENTE GERIÁTRICO CON DEMENCIA

FATIMA BUGALEM AHMED

NASIHA MOHAMED ABDEL LAH

HAYAT MOHAND HADDU

72.1 Introducción

Las personas con demencia presentan síntomas causados por un deterioro de las funciones biológicas del cerebro. Estos incluyen deterioro de la memoria, deterioro del pensamiento y dificultad para comunicarse con otras personas. También pueden experimentar cambios de humor, comportamiento errático y dificultad para cuidar de sí mismos. No existe una correlación directa entre el envejecimiento y la demencia; sin embargo, existe una correlación entre la edad avanzada y las enfermedades neurodegenerativas. Los adultos mayores pueden experimentar una actividad mental normal hasta la vejez sin mostrar ningún cambio cognitivo. Por eso es arriesgado utilizar el término "demencia senil"; que implica que los adultos mayores están perdiendo la cabeza. Algunos adultos mayores pueden mostrar signos de deterioro cognitivo leve, como pérdida de memoria y desorientación, incluso si han dado positivo en al menos dos lecturas de deterioro cognitivo leve.

72.2 Objetivos

- Actualizar el conocimiento acerca de los cuidados auxiliares de enfermería del paciente con demencia desde un punto de vista integral.

72.3 Metodología

Este artículo está realizado mediante una revisión bibliográfica basada en la consulta de diferentes fuentes documentales y referencias recogidas de búsquedas en las bases de datos de Google Académico, Medline y Scielo. Se utilizó una metodología de búsqueda sistemática sin restricción de fecha ni idioma y se completó esta con la lectura y rastreo de la bibliografía referenciada en los documentos seleccionados.

72.4 Resultados

Ya en el último momento, cuando el carácter avanzado de la enfermedad hace irreversible la situación, los profesionales implementar cuidados específicos para aliviar el sufrimiento de los pacientes. En el caso de pacientes con demencia, se debe prestar especial atención a la prevención de algunos factores de riesgo, teniendo en cuenta varios aspectos. Algunas de las indicaciones anteriores también pueden ayudar a prevenir el deterioro funcional, como:

- Fomentar la actividad física.
- Se moviliza al paciente para que se siente y camine lo más rápido posible.
- Fomentar la autonomía del paciente.
- Estimular las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Realizar una caminata de mantenimiento asistido.
- Hacer Rehabilitación para mejorar la marcha segura en pacientes con riesgo de deterioro grave de la enfermedad.
- Si es posible, promover la presencia de personal de enfermería en la sala.
- Estimular la realización de actividades básicas de la vida diaria y actividades tempranas.
- Minimizar los déficits sensoriales en los órganos de los sentidos (audífonos y anteojos).
- Asegurarse de que el paciente duerme bien por la noche en un ambiente tranquilo.
- Asegurarse de que el paciente bebe suficiente agua. Existen varias escalas validadas que son simples y rápidas de usar y pueden facilitar la detección del síndrome de confusión aguda.
- Otros aspectos estructurales que conforman las condiciones de un ambiente seguro dependen de más estructuras hospitalarias. En cuanto a la alimentación diaria, se recomienda mantener la vía oral el mayor tiempo posible y evaluar hábitos alimentarios e ingerido al ingreso. La detección de la disfagia y la prevención de la asfixia son importantes además de las intervenciones nutricionales, si es necesario.

72.5 Discusión

Los profesionales de la salud deben considerar la enfermedad de un paciente desde una combinación de aspectos. Valorar la información de salud que aprecia y su dedicación a ayudar a las personas como una persona empática. Los tratamientos disponibles para la demencia no se descartan por el propio diagnóstico. Se deben tener en cuenta las necesidades especiales al adaptar la etapa de demencia y la situación del paciente. Debido a esto, para cubrir las necesidades del día a día de estos pacientes, la profesión de Auxiliar de Enfermería parece imprescindible. En las primeras etapas de la demencia, la familia y los amigos brindan atención de apoyo. El apoyo familiar es crucial en todas las fases de la enfermedad. Es importante el conocimiento y la correcta formación del TCAE respecto a los cuidados del paciente con demencia.

72.6 Bibliografía

- García García FJ, Rodríguez Solís J, Jiménez Díaz G, et al. Evaluación neuropsicológ-

ica en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002.

- Donoso A. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Santiago de Chile: Ed. Universitaria, 2001.

- Ayuso T et al. Abordaje de la demencia, guía de actuación en la coordinación de Atención Primaria. Pamplona: SNS, 2007.

- Confederación Andaluza de AFAs (ConFEAFA). Al lado. Itinerario de Atención Compartida Demencias/Alzheimer. 2010

Capítulo 73

73 LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS A PACIENTES CON TETRAPLEJIA

SORAYA MOH HAMED

SOVITA MOHAMED MIMUN

FATEHA MOHAMED MIMUN

73.1 Introducción

La tetraplejia, también llamada cuadriplejia, es la parálisis provocada por una lesión o una patología que causa la pérdida parcial o total del uso de todas las extremidades y el torso. La paraplejía es parecida, pero no afectan a los brazos. Normalmente la pérdida es sensorial y motora, habiendo una ausencia de sensibilidad y control.

Completa o parcial, reversible o irreversible.

El grado de gravedad de la cuadriplejía va a depender de donde se localice la lesión de la medula espinal y de la extensión de la misma.

Un paciente con una lesión en la vértebra C1 (la vértebra cervical más alta en la base del cráneo) puede perder la capacidad de usar las cuatro extremidades y volverse dependiente de un respirador. Por otro lado, un paciente con una lesión C7 puede perder la capacidad de utilizar el torso y las piernas, pero puede usar los brazos y la mayor parte de las manos.

73.2 Objetivos

Dar a conocer las causas de la tetraplejia así como los cuidados de la TCAE en este tipo de pacientes.

73.3 Metodología

La elaboración de este capítulo de libro se ha realizado mediante la consulta y revisión de la literatura, tanto científica como textual, mediante bases científicas y libros bibliotecarios. Se han establecido filtros de búsqueda por años, especialmente actuales. Idioma del texto, tanto en inglés como español. Y acceso completo a los artículos científicos.

73.4 Resultados

De acuerdo con los objetivos propuesto y con la literatura científica consultada:

La mayor parte de los estudios muestran una mayor tasa de tetraplejía en hombres que en mujeres (80 %). En los accidentes graves, casi el 50 % de los pacientes afectado tienen entre 18 y 25 años de edad, por lo que hay una incidencia alta de pacientes de tetraplejía en el grupo de personas de menores de 30 años.

Los accidentes de tráfico son generalmente la causa más frecuente de cuadriplejía (alrededor del 60 %), seguidos de las caídas en los pacientes ancianos. Las áreas más afectadas son las vértebras C4 y C7.

La cuadriplejía generalmente es causada por un traumatismo (como por ejemplos accidentes de tráfico, buceo, caídas graves, lesiones deportivas entre otras), enfermedades (por ejemplo, mielitis transversa, esclerosis múltiple, poliomielitis) o enfermedad congénita (por ejemplo, distrofia muscular).

Además de ello, cabe la posibilidad de que una persona tenga una fractura de cuello y se pueda fracturar o dislocar las vértebras sin que cause cuadriplejía, sin necesidad de que a medula espinal esté dañada.

Por otro lado, también existe la posibilidad de dañar la médula espinal sin dañar la columna, como cuando se rompe el disco intervertebral o éste se introduce en las vértebras y daña la médula espinal.

Cuidados de la TCAE:

- Educación sanitaria para pacientes, familiares y cuidadores sobre signos y síntomas de infección y cuándo consultar a un médico o enfermera en un centro de salud. Si tiene síntomas como deshidratación, color de la orina, olor, cambio en la cantidad, fiebre, dolor abdominal, dolor de espalda, etc., deberá avisar a su médico.
- Educar a los pacientes y sus familias sobre cómo prevenir infecciones con el cuidado de la sonda vesical.
- Limpiar el catéter urinario por fuera, en el meato.
- En la realización de la higiene y secado de genitales, evitando tirar de la sonda.
- El cambio de la bolsa se realizara cada 4-5 días.

73.5 Discusión

El tratamiento y la atención médica están determinados por un equipo de profesionales sanitarios, según el caso individual de hemiplejía, el tipo y la extensión de la lesión y el estado del paciente.

Los pacientes a menudo son evaluados para determinar cómo pueden lograr la autonomía física. Es muy importante que los pacientes sepan qué es la hemiplejía y estén informados sobre su condición particular.

Aunque la tetraplejía puede adoptar muchas formas, todavía queda un largo camino por recorrer antes de que los pacientes puedan mantener cierto grado de autonomía y puedan realizar algunas actividades de forma independiente.

73.6 Bibliografía

1. Cuidados de enfermería | Hospital Nacional de Parapléjicos. (s. f.). Recuperado 6 de noviembre de 2022, de <https://hnparaplejicos.sanidad.castillalamancha.es/es/pacientes/tratamiento-integral/enfermeria/cuidados-de-enfermeria>.
2. Paraplejia: Causas, tratamiento y cuidados - Karma Mobility España. (2020, junio 4). <https://www.karmamobility.es/2020/06/paraplejia-causas-tratamiento-y-cuidados/>.

Capítulo 74

74 CONOCIMIENTOS BÁSICOS PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA SOBRE CAMBIOS POSTURALES

FATIMA BUGALEM AHMED

NASIHA MOHAMED ABDEL LAH

HAYAT MOHAND HADDU

74.1 Introducción

Es deber del personal sanitario proporcionar una mejora continua en la calidad de vida y proporcionar los cuidados necesarios durante su estancia en el hospital. Los cambios posturales se consideran una de las técnicas más efectivas para la prevención de las lesiones por presión (UPP), aunque no hay suficientes estudios científicos sobre este método. Entenderemos entonces que los cambios posturales son las modificaciones realizadas a la postura corporal de un paciente encamado. Los tipos de posturas más frecuentes son, decúbito supino, decúbitos lateral derecho e izquierdo, decúbito prono y Fowler. Debemos prestar especial atención a la hora de realizar un cambio de una postura a otra dependiendo de las patologías del paciente, así como si es portador de sueros, sondas, etc., extremar el cuidado y atención a los mismos al tiempo que se realiza la movilización para el cambio postural. En la actualidad además de la importancia de los cambios posturales también contamos con el apoyo de múltiples dispositivos para evitar las úlceras por presión, como son los colchones anti-escaras o alternanting, taloneras, almohadillas, férulas de arco, entre otras. Además disponemos de productos como aceites y cremas especiales para poner sobre la piel en los cambios y que nos ayuden a la prevención de las mismas, con una correcta higiene y secado también del paciente además de mantener la cama libre de arrugas.

74.2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta en relación con los cambios posturales en la prevención de úlceras por presión.

74.3 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.

74.4 Resultados

En gran medida la prevención de las úlceras por presión está en manos de las TCAE, ya que somos las encargadas de movilizar a los pacientes que tienen dificultad para hacerlo por ellos mismos, así como a los que no pueden moverse en absoluto, nosotras somos las encargadas de esta tarea. También son los ojos de la enfermera para que en el momento de realizar un cambio de pañal o cambio postural se revise cualquier tipo de anomalía en alguna zona y se le pueda trasladar a enfermería y apliquemos algún tipo de medida más si está lo considera necesario.

Importante:

- Evitaremos en las movilizaciones arrastrar al paciente en la cama, realizando los movimientos con la ayuda de la sábana entremetida. En las distintas posturas evitaremos el contacto directo de prominencias óseas entre sí, usando para ello dispositivos para tal fin almohadas o algo adecuado de lo que nos podamos valer para tal fin.
- Vigilaremos la posición correcta de todas las articulaciones para evitar también contracturas, deformidades y rigidez.
- Debemos además de registrar cada cambio en la hoja del plan de cuidados poniendo además la hora y registrar además si ha habido algún tipo de complicación o hemos observado algo.
- Los cambios se realizarán cada 2-4 horas siguiendo la rotación. Si la inmovilización es total no deberíamos de sobrepasar las 2-3 horas entre cambio y cambio. Además de todo esto es muy importante también el mantener la cama seca limpia y sin arrugas y usar materiales de apoyo si se precisa, cuñas, protectores de talones, colchones de aire, etc. También en ocasiones nos va bien hacer uso de los arcos de cama para que el peso de la ropa recaiga sobre este y no sobre el paciente.

74.5 Discusión

La adecuada movilización de los pacientes es uno de los principales estándares de calidad, además de uno de los mayores retos a los que se enfrenta el personal de enfermería. A través de la dotación de recursos materiales y humanos, así como la disminución del tiempo de espera de los pacientes a ser atendidos y en realizarle los cambios posturales y a través de la concienciación del personal sanitario de la gran importancia de hacer estos cambios cada cierto tiempo evitaremos todas las úlceras que se producen por este motivo evitando por lo tanto su aparición y consecuencias para el paciente. Debemos tener en cuenta que dentro de los hospitales existen unidades especiales de cuidados como la unidad de cuidados intensivos donde la gran cantidad de

dispositivos que pueden llegar a tener estos pacientes nos dificulta esta tarea de realizar los cambios posturales aún más, pero sabemos que una adecuada gestión de los cambios posturales junto con la correcta movilización mejorará la estancia de nuestros pacientes.

74.6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200092.
2. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862105711086>.
3. <https://revistamedica.com/tcae-ulceras-por-presion/>.
4. <https://revistamedica.com/ulceras-por-presion-tecnico-auxiliar-de-enfermeria-tcae/>.
5. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/movilizacion-del-paciente-uci/>.

Capítulo 75

75 LA DEMENCIA SENIL COMO ENFERMEDAD

MIRIAN TERESA YURTTZ GALEANO

ALBA BEGEGA CALVO

75.1 Introducción

El concepto de demencia senil era usado para determinar una patología que se conoce como trastorno neurocognitivo mayor, es un síndrome que destaca por el desgaste de las capacidades mentales de la persona que lo padece, principalmente las cognitivas. La demencia senil, es una enfermedad que es habitual en personas mayores debido a su desgaste cognitivo presentando una serie de síntomas negativos en la persona que lo padece. Es una enfermedad crónica, es decir, ya es de por vida no tiene solución y según va pasando el tiempo y la persona se va haciendo más mayor va avanzando con una mayor rapidez.

75.2 Objetivos

Exponer algunas pautas y recomendaciones para los cuidados a pacientes con demencia senil.

75.3 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.

75.4 Resultados

El cuidador es la persona que se encarga de cuidar y cubrir las necesidades de una persona.

En cuanto a la organización de las tareas del hogar es recomendable que cada miembro de la familia del paciente se encargue de una serie de tareas para que haya una organización. También se puede obtener la ayuda del paciente siempre que este pueda

realizarlas.

Se debe de establecer una serie de horarios para evitar la desorientación del paciente. También se evita que el paciente se sienta solo, por lo tanto debe de ser un ambiente lo más positivo posible.

En cuanto a la administración de dinero, deben de ponerse de acuerdo entre los miembros de la familia para ver quien es el encargado de administrarle el dinero al paciente, se le debe de entregar una pequeña cantidad de dinero, pero lo demás debe de permanecer a cargo de la persona que se le haya otorgado.

En cuanto a la conducción de vehículos, en la medida de lo posible durante el período de tiempo que todavía no hayan perdido su consciencia del todo pueden conducir el vehículo pero siempre y cuando vaya el cuidador a su lado supervisándole.

Algunas de las actividades de memoria que se puede realizar con ellos son las siguientes:

- Actividades mentales: como rompecabezas, crucigramas, cuentos, juegos de mesa...
- Actividades físicas: el baile y los ejercicios.
- Actividades sociales: estar con familiares y amigos o seres queridos.
- Actividades laborales: sacar a la mascota de paseo, doblar la ropa, poner lavadoras.
- Actividades creativas: la pintura y artesanía.
- Actividades de memoria: fotografías de la familia, cartas antiguas, recuerdos del pasado o del presente.

75.5 Discusión

Para finalizar este trabajo de investigación, destacamos que las personas que tienen demencia senil se comportan de forma similar a como lo hacen los niños, y poco a poco deterioran sus capacidades mentales y cognitivas y cada vez que pasa el tiempo se van deteriorando más.

Por eso, a estas personas se les debe de tratar con mucho cariño, amor, respeto y se deben de realizar muchas actividades diarias que sean estimulantes para ellos para mejor o fortalecer su capacidad mental, para ello se cuenta con la ayuda de los profesionales y de los familiares para que el paciente vea y sepa que no está solo y que cuenta con un gran apoyo.

75.6 Bibliografía

1. Cañabate González, María del Pilar (2014). «La demencia senil, el Alzheimer y el demente. Nuevas categorías para antiguos significados». Facultat de Geografia i Història. Departament d'Antropologia Social d'Història d'America i d'Àfrica. Consultado el 4 de octubre de 2022.

Capítulo 76

76 CRISIS COMICIAL DE ORIGEN INFECCIOSO , ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR

RAQUEL MERCEDES FERNÁNDEZ GARZÓN

ISABEL MARÍA FERNÁNDEZ GARZÓN

76.1 Introducción

La neurocisticercosis es la enfermedad parasitaria más frecuente del sistema nervioso central y primera causa de epilepsia de inicio tardío en áreas endémicas. Su frecuencia en nuestro país ha ido aumento por los movimientos migratorios.

76.2 Objetivos

Orientar a través de los criterios clínicos y radiológicos el diagnóstico de sospecha de neurocisticercosis, presentando un caso clínico.

76.3 Caso clínico

Paciente de 33 años natural de Chaco (área rural, Argentina), residente con viajes anuales a su lugar de origen. Sin ningún antecedente personal de interés. Presenta crisis convulsiva tónico-clónica.

Exploración y pruebas complementarias:

Buen estado general. Eupneico. Neurológico: Glasgow 15, no focalidad neurológica aguda. ACR: tonosrítmicos, no soplos. MVC, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no signos de irritación peritoneal.

RMN cráneo con contraste: se reconocen múltiples imágenes de señal líquida, las cuales impresionan de estar localizadas en topografía de los espacios subaracnoideos a nivel supratentorial tanto en ganglios basales como convexidad. Las imágenes muestran contornos bien delimitados y un área central puntiforme en su interior (escólex). Algunas de ellas muestran refuerzo en anillo. Sus tamaños varían de 5mm hasta 22mm. En topografía parietal posterior izquierda asocia edema vasogénico. Sistema ventricular supratentorial centrado simétrico. Tercer y cuarto ventrículo permeables.

Juicio clínico: neurocisticercosis

Diagnóstico diferencial: absceso cerebral, toxoplasmosis, metástasis, tuberculosis, hidatidosis, neoplasias primarias como astrocitoma, neurosífilis. . .

76.4 Discusión-Conclusión

Es fundamental en un área endémica considerar la neurocisticercosis como causa de crisis convulsiva.

Identificar y tratar a los individuos que son fuente de contagio, educar en medidas higiénicas, para conseguir una disminución de la incidencia en áreas con alta tasa de casos.

76.5 Bibliografía

1. White AC Jr, Coyle CM, Rajshekhar V, et al. Diagnosis and Treatment of Neurocysticercosis: 2017 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH). Clin Infect Dis 2018; 66:e49.
2. World Health Organization. WHO guidelines on management of Taenia solium neurocysticercosis. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032231> (Accessed on November 03, 2021).

Capítulo 77

77 ENFERMEROS EXPONEN UN CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DE OPOSICIÓN DESAFIANTE

JUANA MARIA CEREZO CORZO

ALICIA SANCHEZ SANCHEZ

SARA JIMÉNEZ GARCÍA

MARIA DEL VALLE MUÑOZ FERNANDEZ

VANESA COLLADO GONZÁLEZ

77.1 Introducción

Las conductas que son negativas y que implican desafío y desobediencia son parte del normal desarrollo de un niño, en algunas ocasiones estas conductas se vuelven muy intensas y habituales en la conducta del niño asociándose en una edad temprana en el que estas pautas se convierten en trastornos clínicos. La conducta desafiante y oponente que tiene un inicio temprano puede tener una asociación con distintos tipos de enfermedades infantiles y traspasar a la edad adulta. Las conductas antisociales y con carácter delictivo son secuelas que puede crear directamente este trastorno cuando pasa la barrera de la adolescencia. Los síntomas más significativos es la agresividad que muestran los niños en varios ámbitos de su vida diaria, normalmente en el que más destacan es en el ámbito familiar en el que se complica la convivencia.

77.2 Objetivos

Describir el trastorno de oposición desafiante mediante un caso clínico.

77.3 Caso clínico

Alberto va al psiquiatra de porque sus padres le han dado un ultimátum, le quedan tres meses para cumplir los 18 años y admite que su comportamiento no es bueno pero que no puede controlarlo.

Su madre cuenta que desde pequeño no se ha comportado bien en el colegio y le han llamado varias veces la atención pero pasaba por cosas de niño, lo ha estigmatizado y nadie quería juntarse con él porque pegaba a todos los niños, grandes, pequeños, no hacía distinción alguna, según fue creciendo fue creando un círculo de amigos que le fue

impuesto por los padres, o más bien a los padres de los demás les fue impuesto las amistades de sus hijos por relación con ellos. Actualmente está repitiendo tercero de la ESO y no tiene ganas de acabar el curso, estamos en diciembre y ya le han expulsado tres veces por mal comportamiento, con su hermana se comporta fatal, la pega, la degrada, y su hermana ya opta de cuando está en casa se mete en la habitación y la coarta el que pueda salir viniéndose arriba por este acto, tanto que la hermana que es melliza suya ha dicho que en cuanto cumpla los 18 años se va a vivir con una tía porque la situación de convivencia es insostenible, cuando a Alberto no le gusta algo, grita, da patadas y la mitad del mobiliario de la casa está destrozado, a su madre no le hace caso ninguno, a su padre todavía le guarda algo de respeto y se comporta mejor cuando está presente pero la convivencia sigue siendo muy mala. Ante tal comportamiento lo han amenazado que al cumplir los 18 años lo van a echar de casa y él dice que quiere cambiar su actitud pero que lo cabrean. Se le diagnostica a menor un Trastorno de Oposición y se pone en tratamiento mixto en el que tiene que colaborar toda la familia.

77.4 Discusión-Conclusión

Este tipo de trastornos tiene un fácil diagnóstico si los familiares consiguen convencer al causante de acudir a consulta, no se suelen mostrar colaborativos y se niegan a recibir tratamiento creyendo firmemente que los causantes de muchas de sus desventuras son sus progenitores, detonantes como ultimátum de los padres, hechos delictivos o algún trauma consecuencia de sus actos suele ser la llave para el tratamiento de estos adolescentes.

77.5 Bibliografía

1. De, S. E. L. A., obligatoria, E. S., & del campo, D. G. El trastorno desafiante por oposición. También nosotros, 103.

Capítulo 78

78 ENFERMEROS EXPONEN UN CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DE DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

JUANA MARIA CEREZO CORZO

VANESA COLLADO GONZÁLEZ

ALICIA SANCHEZ SANCHEZ

MARIA DEL VALLE MUÑOZ FERNANDEZ

SARA JIMÉNEZ GARCÍA

78.1 Introducción

En el periodo de la adolescencia, la depresión del humor en el tono se puede presentar con aspectos que son muy variables: en ocasiones se presenta con ciertas expresiones del comportamiento de forma particularmente llamativas como llantos descontrolados, crisis de rabia y desesperación o con actitudes que son marcadamente inhibidas como mutismo o que no encuentran relaciones sociales. En otras ocasiones la depresión en la adolescencia se puede enmascarar con trastornos psicosomáticos y presentar una norma en las conductas de riesgo como dependencia a los tóxicos o búsqueda incansable del peligro.

Pueden aparecer distintas formas y evolucionar a veces a veces de forma gradual con el paso del tiempo engañando con esto a los familiares teniendo remisión con el comportamiento, apareciendo momentos puntuales de rabia intensos.

78.2 Objetivos

Describir un caso clínico de depresión en la adolescencia.

78.3 Caso clínico

Lucía tiene 14 años, es una niña que tiene un aspecto estandarizado, no tiene problemas escolares ni familiares, lleva aproximadamente ocho meses en los que su actitud viene decayendo en todos los aspectos, ha bajado mucho el rendimiento escolar, no termina las tareas, en casa se ha descuidado con la limpieza y el orden en su habitación y mantiene discusiones generales con sus hermanos para que la dejen sola por no querer relacionarse con ellos, sale cada vez menos de casa y está muy poco interesada por el

móvil, este hecho es el que ha extrañado a sus padres que piensan que lo normal de su edad es que tengan que regañarla por estar todo el día con el móvil, la mitad de los días se queda en casa y no hace nada, cuando van a recogerla al instituto, la encuentran en un banco, sola o con los amigos que mantiene de la infancia pero no habla con nadie, mira siempre como lejos fijando la mirada y sin hacer caso a la conversación que se genera a su alrededor, sus padres la llevan al psiquiatra para que valore su actitud porque no saben qué está pasando, no es que su hija haya sido muy alegre y la haya gustado siempre estar de fiesta pero han notado un bajón muy grande en todos los ámbitos y están preocupados, cuando han intentado hablar con ella, ha contestado mal y si interactúa es con rabietas, ella sabe que su comportamiento ha cambiado y quiere mejorar la situación por eso acude a la consulta. El psiquiatra la pasa varios test de ansiedad y depresión y tras varias entrevistas estructuradas y observándola en su entorno natural se la hace un diagnóstico de depresión, se realiza unas sesiones terapéuticas con Lucía con resultados erráticos en las dos primeras, pero sobre la sexta recobra la confianza que tiene en ella misma y avanza con su recuperación.

78.4 Discusión-Conclusión

Para este tipo de trastorno en la adolescencia no se recomienda farmacología de base en una primera estructura. La terapia en los adolescentes suele tener efectos bastantes positivos desde las primeras sesiones solucionando la depresión de base, en la mayoría de los casos no se vuelven a producir en una edad adulta.

78.5 Bibliografía

1. Zúñiga, M. Á., Jacobo, B. R., Rodríguez, A. S., Cabrera, N. C., & Rentería, M. L. J. (2019). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205-216.

Capítulo 79

79 CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS

SILVIA TERESA HERNANDEZ MARTIN

79.1 Introducción

Se define Residuo Sanitario a aquellos residuos generados en las actividades sanitarias de la titularidad pública o privada, asistenciales, preventivas, de investigación de docencia o laboratorio, que haya entrado en contacto directo o indirecto con pacientes.

Tanto la eliminación como el reciclado de los Residuos Sanitario suponen un coste económico y social para la comunidad, que deriva en tres factores que la Oficina regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, OMS, identifica como:

1. Riesgos para la salud de los pacientes y del personal de los centros hospitalarios.
2. Riesgos para la salud pública relacionados con el transporte y la eliminación de residuos infecciosos y peligrosos.
3. Riesgos derivados de los efectos ecológicos y económicos de los diferentes sistemas de eliminación.

Los residuos que se generan en los centros hospitalarios son de muy diferentes tipo y por lo tanto el tratamiento deberá ser distinto para cada uno de estos tipos de residuos. La correcta selección de dichos residuos por parte del personal sanitario, es una labor muy importante que ayudara a minimizar los efectos adversos que puedan aparecer.

En los residuos Sanitarios residen microorganismo con capacidad de infectar a pacientes, al personal sanitario e incluso a la población en general.

79.2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir el concepto de Residuo Sanitario.

Objetivos secundarios:

- Citar la Normativa que regula la clasificación de los Residuos Sanitarios.
- Conocer la clasificación de los Residuos Sanitarios.

79.3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se han realizado diversas búsquedas de diferentes trabajos científicos y de investigación relacionados con los Residuos Sanitarios.

Se han consultado artículos en las principales bases de datos científicas sanitarias como: Scielo, Mediline Plus, Pubmed, Google Académico, entre otras.

Palabras Clave: residuo sanitario, contaminación, gestión residuos, actividad sanitaria.

79.4 Resultados

Existe una clasificación general de residuos Sanitarios basada en la NTP 372, Norma Técnica de Prevención del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, que agrupa los residuos sanitarios en 4 grupos, que son los siguientes:

- Tipo I: Residuos Sanitarios asimilables a residuos municipales.
- Tipo II: Residuo Sanitario no específico.
- Tipo III: Residuo Sanitario específico de riesgo.
- Tipo IV: Residuo tipificado en normativas singulares.

Se explicarán los distintos tipos de residuos sanitarios siguiendo las especificaciones de la NTP 83827, que es una actualización de la NTP 372 sobre el tratamiento de residuos sanitarios.

Tipo I: Residuos Sanitarios asimilables a residuos municipales.

Son residuos sólidos que se generan en centros sanitarios y que no son específicos de la actividad asistencial o sanitaria propiamente dicha.

No suponen un riesgo para la salud y son los que no plantean exigencias especiales en su gestión, estos residuos incluyen: productos y materiales de oficina como papel y cartón. . . , desechos de basuras y derivados de actividades llevadas a cabo en la cocina y en la cafetería, desechos de muebles, colchones, desechos derivados de la jardinería. . . Residuos de pacientes no infecciosos no incluidos en los grupos II y II, todos los residuos que hayan sido esterilizados, aunque estén incluidos dentro de otros grupos.

Tipo II: Residuo Sanitario no específico.

Son residuos que se generan como resultado de la actividad sanitaria.

Son residuos sobre los cuales hay que tomar medidas de prevención en la manipulación, la recogida, el almacenamiento y el transporte, únicamente en el ámbito sanitario. Incluyen materiales textiles, mezclados con líquidos o fluidos corporales, ropa de pacientes con enfermedades no infecciosas, material de curas como: gasas, compresas, apósitos, yesos, vendas, envases vacíos de perfusiones endovenosas, sondas catéteres y equipos de perfusión y diálisis, material desechable utilizado para obtener líquidos corporales, bolsa de recogida de orina, bolsas de ostomía, recipientes de recogida de muestras de pacientes no infecciosos, todo tipo de material desechable que haya estado en contacto con pacientes con enfermedades no infecciosas. . .

Tipo III: Residuo Sanitario específico de riesgo.

Son residuos que si se eliminan como los residuos urbanos, supondrían un riesgo de infección y contaminación tanto para el personal sanitario, como al resto de la comunidad e incluso al medio ambiente. Se llevarán a cabo medidas de prevención en la manipulación, la recogida, el almacenamiento, el transporte, el tratamiento y la eliminación dentro y fuera de los centros hospitalarios, ya que pueden representar un riesgo para la salud laboral y pública.

Son residuos sanitarios o infecciosos capaces de transferir enfermedades infecciosas, residuos anatómicos: cualquier resto anatómico humano, sangre y hemoderivados en forma líquida, recipientes que contengan sangre o hemoderivados u otros líquidos biológicos, se trata siempre de líquidos, en ningún caso de materiales cerrados o que hayan absorbido estos líquidos, agujas y material, punzante y cortante utilizado en la actividad sanitaria como: agujas, bisturí, cubreobjetos, tubos de vidrios, vacunas vivas y

atenuadas.

Tipo IV: Residuo tipificado en normativas singulares.

No son residuos infecciosos, pero debido a sus características, composición o actividad representan un peligro para la salud o para el medio ambiente cuando se eliminan de forma indiscriminada y sin controles específicos.

Son residuos cuya gestión está sujeta a requerimientos especiales desde el punto de vista higiénico y medioambiental. Se incluyen los residuos citostáticos, que destacan por su contaminación química que se generan en la actividad sanitaria, restos de medicamentos antineoplásicos no aptos para el uso terapéutico, el material de un solo uso que haya estado en contacto con estos fármacos, restos de sustancias químicas y residuos contaminados con productos químicos, son materiales como: pilas termómetros, disolventes, reactivos químicos, medicamentos caducados, aceites minerales y sintéticos, residuos con metales, residuos radioactivos, residuos contaminados con sustancias radioactivas.

Su recogida y su eliminación es competencia exclusiva de ERNRESA, Empresa Nacional de Residuos Radioactivos, S.A.

Los restos anatómicos humanos con entidad como: cadáveres y restos humanos con entidad, procedentes de abortos u operaciones quirúrgicas. Su gestión está regulada por el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria, Decreto 2263/74, M. Gob., BOE de 17.8.1974.

79.5 Discusión

En el proceso de eliminación de los Residuos Sanitarios encontramos la recogida, la identificación, el transporte intracentro, el almacenamiento, el tratamiento y la eliminación. Por ello, los residuos que se generan en los centros hospitalarios son de muy diferentes tipos y por lo tanto el tratamiento deberá ser distinto para cada uno de estos tipos de residuos. Para una correcta selección de los residuos sanitarios, habrá que identificarlos y clasificarlos correctamente por parte del personal sanitario, es de vital importancia que todo el personal sanitario conozca cómo se identifican, clasifican y se desechan cada residuo, así se ayudará a minimizar los efectos adversos que puedan aparecer.

79.6 Bibliografía

1. Pérez de la Plaza E., Fernández Espinosa, A.M. Auxiliar de enfermería. 5 Edición. Madrid. McGraw Hill. 2009.

Capítulo 80

80 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

EMMA LOREDO RODRÍGUEZ

ELSA JAPÓN CASTRO

ADRIANA MARIEL VARGAS CADIMA

CARMEN LÓPEZ VALLINA

MÓNICA LARA MIÑAMBRES

80.1 Introducción

El aseo o higiene del paciente son una serie de actividades que tienen por finalidad conservar y aumentar el bienestar del paciente, así como preservar la salud del individuo y evitar la aparición de enfermedades.

Un paciente encamado es aquel que por diferentes motivos debe permanecer en la cama inmóvil, y por tanto no puede realizar algunas de las actividades básicas de higiene diaria o necesita de nuestra ayuda para ello.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, junto al personal celador y con la supervisión del profesional de enfermería, es el encargado de proporcionar esta higiene necesaria para el paciente de forma diaria.

80.2 Objetivos

Dar a conocer como técnico en cuidados auxiliares de enfermería algunos aspectos generales acerca del aseo del paciente.

80.3 Metodología

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

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

80.4 Resultados

La higiene diaria del paciente se realiza normalmente una vez al día, salvo que sea necesario realizar aseos parciales durante el transcurso del día.

Antes de realizar el aseo del paciente debemos informarle del procedimiento que vamos a llevar a cabo, pidiendo su colaboración, preservando su intimidad en la medida de lo posible y evitando corrientes de aire, manteniendo una temperatura corporal adecuada. Antes de comenzar debemos preparar todo el material necesario: jabón, toallas, guantes, carro de ropa sucia, esponjas, palangana con agua caliente, ropa de cama limpia, camisón o pijama para el paciente, peine, empapador etc.

A continuación nos lavamos las manos y nos ponemos guantes desechables.

En caso de que el paciente comparta habitación, pediremos a los acompañantes que salgan de la misma y bajaremos la cortina que separa sus camas o pondremos un biombo. Le retiraremos el camisón y le colocamos una sábana por encima, con todo el material que vamos a utilizar preparado cerca de la cama del paciente.

Comenzamos por los ojos, lavándolos con una gasa cada uno sin jabón y secándolos después, del lagrimal hacia afuera.

Lavamos el resto de la cara sin usar jabón y la secamos a pequeños toques con la toalla. Para el resto de zonas usaremos la esponja con jabón y secaremos de forma suave sin arrastrar, con la toalla.

Una vez aseado, al paciente se le debe de dejar en una posición cómoda y vestido de forma adecuada, tapándolo para que no tenga frío.

Después retiraremos todo el material que no ha sido utilizado, retiraremos los guantes y nos lavaremos de nuevo las manos.

80.5 Discusión

Con esta revisión hemos pretendido hacer una revisión general acerca de la higiene básica de un paciente encamado por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en una unidad de hospitalización de un centro sanitario.

El aseo es fundamental no solo para mejorar el estado de salud del paciente si no también para mejorar su autoestima y sensación de bienestar durante su estancia.

Es importante saber identificar cualquier tipo de alteración en la piel del individuo, notificándola al personal de enfermería, así como también colaborar con el personal celador para realizar una movilización adecuada del paciente.

80.6 Bibliografía

1. Aseo del paciente encamado- <https://www.bi2t.es/aseo-del-paciente-encamado>.
2. Aseo del paciente encamado- <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711011.pdf>.
3. Higiene del paciente encamado, aseo y lavado diario - <https://www.tuortopedia.es/higiene-del-paciente-encamado/>.
4. Cuidados básicos del paciente encamado - http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/C

Capítulo 81

81 INGRESO HOSPITALARIO. FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PLANTA

LEONTINA ÁLVAREZ

81.1 Introducción

Una de las funciones principales del TCAE en planta consiste en la recepción de nuevos pacientes, es pues una labor que se debe realizar de acuerdo a unos protocolos establecidos y según el modelo de trabajo de cada hospital.

Deberemos tener en cuenta en todo momento la angustia que genera la nueva situación, teniendo especial sensibilidad en estos primeros momentos.

El protocolo a seguir ante un ingreso engloba a diferentes profesionales. Cada uno de ellos seguirá una serie de pasos con el objetivo de que tanto el paciente como su familia se adapten lo antes posible a su nueva situación.

Si bien existen diferentes tipos de ingresos en un hospital, es importante cualquiera que sea la procedencia del paciente, arropar de manera personal a cada ingreso; proporcionándole la información necesaria de la mejor manera posible.

Tener en cuenta deficiencias sensoriales y establecer las diferencias que se pueden dar a la hora de las necesidades de información según la edad de los pacientes.

81.2 Objetivos

Describir las funciones del TCAE en planta en el momento del ingreso hospitalario.

81.3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha buscado información de manera específica en los protocolos existentes y actualizados de diversos hospitales dentro de España, se han excluido los de otros países por no ser siempre los materiales y estructuras hospitalarias semejantes a los que tenemos en la actualidad en nuestro país.

81.4 Resultados

Existen tres tipos de ingresos hospitalarios.

- Urgente: se ingresa al paciente por la unidad de emergencias, en un estado de salud grave (accidente, enfermedad previa, etc.).
- Programado (ingresa a través del admisiones, por que ya estaba previsto).

- Cirugía ambulatoria (cirugías cortas, no necesitan hospitalización).

Nos ocuparemos de los dos primeros tipos, el recibimiento y los distintos protocolos cuando se recibe al paciente en las distintas plantas hospitalarias.

En el momento en que se nos comunica la llegada de un nuevo paciente se comprobarán los siguientes puntos:

- La cama tiene que estar hecha de manera correcta.
- La habitación estará limpia.
- Disponer de armario, silla y mesita.
- Correcto funcionamiento de luces y timbre.

Ante la llegada del paciente.

- Confirmar la identidad del paciente, comprobando la pulsera identificativa.
- Presentarse al paciente y a la familia.
- Acomodarlos y mostrarles el entorno de la habitación, enseñándoles la correcta utilización del mismo.
- En caso de habitación compartida, presentar la otro paciente.
- Aportar un vaso un pijama o camión, 2 toallas (baño y cara) esponjas, botella (si fuese preciso).

Las pertenencias del paciente se las daremos a la familia en custodia, si viniera solo, las introduciremos en una bolsa cerrada que guardaremos en su cajón, registrando su contenido, evitando así posibles conflictos.

Resulta imprescindible que todos los implicados en esta acción estén debidamente informados sobre la obligatoriedad de la utilización de mascarilla durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19.

81.5 Discusión

En el proceso que supone el ingreso hospitalario de un paciente, la figura del TCAE es una parte importante del equipo. No se deben dejar a la improvisación las distintas acciones que se llevan a cabo y que forman parte de un protocolo. Si bien, el método debe ser riguroso, también debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a cada persona.

En todo momento se debe dirigir al paciente por su nombre y tratándole con todo respeto. Las explicaciones de las normas del hospital (horarios de visitas, horario de comidas, prohibición de fumar y cualquier otro servicio disponible).

En definitiva, facilitar la estancia, la higiene, la comodidad y el bienestar del paciente.

81.6 Bibliografía

1. <https://docplayer.es/13093601-Programa-de-acogida-a-pacientes-y-acompanantes-en-el-hospital-universitario-central-de-asturias>.

2. <https://www.fp-santagema.es/ingreso-hospitalario-tareas-del-auxiliar-de-enfermeria>.
3. <http://www.csantantoni.com/wp-content/uploads/2015/11/PR040-Protocolo-Acogida-al-Paciente.pdf>.

Capítulo 82

82 CONOCIMIENTOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DE LOS DISPOSITIVOS DE OXÍGENO

MARÍA ELENA SEGOVIA CAMARGO

ANA ISABEL OCAÑA CAMINERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ

REBECA SANTOS SERRANO

AZAHARA TERA TRENADO

82.1 Introducción

Los pacientes respiratorios son pacientes con hipoxia general. A menudo tenía lesiones múltiples y no podía realizar actividades debido a la falta de oxígeno en la sangre y, por lo tanto, dependía de muchas actividades diarias.

Existen diferentes enfermedades respiratorias que requieren diferentes tipos de acceso de oxígeno e inhaladores para ayudar a los pacientes a respirar mejor. La EPOC es una enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que provoca la obstrucción del flujo de aire en los pulmones. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de flema (flema) y sibilancias.

Por lo general, es causado por la exposición prolongada a gases o partículas irritantes, más comúnmente del humo del cigarrillo. Otra enfermedad que requiere oxígeno, la bronquitis crónica, es la inflamación del revestimiento de los bronquios, que transportan aire hacia y desde los sacos de aire (alvéolos) en los pulmones.

El enfisema, que se caracteriza por la tos diaria y la producción de flema (flema), es una enfermedad que destruye los alvéolos en los extremos de las vías respiratorias más pequeñas (bronquiolos) de los pulmones. Para el humo del cigarrillo y otros gases y partículas irritantes.

82.2 Objetivos

Dar a conocer los diferentes tipos de inhaladores y equipos de oxigenoterapia que existen para ayudar a los pacientes respiratorios.

82.3 Metodología

Se revisaron publicaciones basadas en guías, artículos, textos en Internet. Búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane.

Se refieren al uso de equipos de oxigenoterapia e inhaladores en artículos y/o artículos en general. Palabras clave: oxígeno, alimentación, inhalador, respiración.

82.4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica, intentamos documentar los tipos de dispositivos más familiarizados con TCAE y cómo funcionan en pacientes respiratorios.

- Una fuente de oxígeno se conoce como una fuente donde se almacena y distribuye oxígeno. El oxígeno se almacena de diversas formas, desde sistemas centralizados en hospitales hasta diversos electrodomésticos.

- Otro dispositivo para entregar oxígeno al paciente es de bajo flujo, puede ser una cánula nasal, el TCAE es de fácil manejo por su conveniente ubicación. También se debe conocer una máscara de reservorio, está destinada a pacientes que experimentan saturación de oxígeno y necesitan urgentemente oxigenoterapia.

- A flujo alto podemos llamarlo ventimax para pacientes con hipoxemia moderada que necesitan requerimientos de O₂ altos y estables. Retención de CO₂ Además es un sistema de fácil colocación.

- Eso sí, en los artículos que encontraron siempre nombraban al que se usa para emergencias críticas, o PCR, como el que ayudaba a oxigenar al paciente después de la intubación. TCAE debe ser una persona familiarizada con él, porque una persona que nunca ha usado este dispositivo no es adecuado.

Debido a que esta es una emergencia crítica, minutos, segundos serán el factor decisivo en la vida de este paciente. Podemos comentar sobre este dispositivo, que es una bolsa o globo autoinflable conectado a una válvula unidireccional, que a su vez está conectada a una máscara de ventilación, tubo traqueal o tubo de traqueotomía. Se considera un dispositivo de bajo flujo cuando se conecta a ventiladores convencionales y dispositivos de alto flujo, y en cambio, en caso de intubación, cuando se conecta a un tubo endotraqueal.

82.5 Discusión

En este caso, es muy importante que el TCAE comprenda todos los tipos de dispositivos de oxigenoterapia y qué tan bajos o altos son los flujos que se entregan al paciente. Según lo confirmado, cada dispositivo tiene instrucciones específicas para el paciente, y no todas las emergencias o necesidades de oxígeno usan el mismo dispositivo.

A veces, algunos pacientes no pueden tolerar un dispositivo y tienen que usar otro dispositivo sin perder tiempo.

En este tema de la oxigenoterapia, los TCAE deben revisarse continuamente porque a menudo son emergencias de salud.

Deben estar siempre en perfecto estado de funcionamiento preparado para su uso inmediato.

82.6 Bibliografía

1. Smith S, Duell D, Martin B. Técnicas clínicas de enfermería, desde básicas hasta avanzadas. Pearson, Hall Prentice, redaktori. Madrid; 2009. Gads. Lado. 942-59.
2. Bugarín González R, Martínez Rodríguez JB. En casos severos, tratamiento con oxígeno. Elsevier [Internet]. 2015;36(5):159-65.

Capítulo 83

83 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN DRENAJE VENTRICULAR

MARÍA ELENA SEGOVIA CAMARGO

ANA ISABEL OCAÑA CAMINERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ

REBECA SANTOS SERRANO

AZAHARA TERA TRENADO

83.1 Introducción

El tratamiento de los pacientes neurológicos hospitalizados se basa no solo en la limpieza y otros aspectos, sino también en la provisión de drenajes ventriculares, los cuales deben estar bien colocados y mantenidos.

El drenaje ventricular es la colocación de un catéter en el ventrículo lateral del cerebro y el drenaje externo para controlar la presión intracraneal y/o el drenaje del líquido cefalorraquídeo (LCR).

Cuando hablamos de drenaje ventricular, también necesitamos saber qué significa presión intracraneal o PIC, que se puede definir como un aumento de la presión intracraneal que puede ser causado o contribuido por un daño cerebral.

El aumento de la presión intracraneal puede estar asociado con un aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo. Es el líquido que rodea a la médula espinal y al cerebro. El aumento de la presión intracraneal también puede ser causado por un aumento de la presión en el cerebro.

Puede ser causado por un bulto (como un tumor), sangrado en el cerebro, acumulación de líquido alrededor del cerebro o hinchazón en el cerebro. Algunas causas de aumento de la presión intracraneal pueden incluir aneurisma roto, tumor cerebral, encefalitis (irritación e hinchazón o inflamación del cerebro), lesión en la cabeza, hidrocefalia (aumento de líquido alrededor del cerebro), hemorragia intracerebral hipertensiva (debido a la presión arterial alta), meningitis (infección del cerebro y de la médula ósea de las membranas que lo recubren, convulsiones).

83.2 Objetivos

- Describir el manejo del drenaje ventricular por el TCAE.
- Describir las complicaciones que pueden sufrir y qué intervenciones puede proporcionar el TCAE.

83.3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica de publicaciones en Internet y encontramos bases de datos que aparecían para artículos que explicaban el manejo y cuidado del drenaje ventricular. Las bases de datos utilizadas fueron las bibliotecas Medline, Scielo y Cochrane. Las palabras utilizadas en DECS son neurología, drenaje, evacuación, ejercicio.

83.4 Resultados

- Nuestra revisión bibliográfica se basa en que todos los pacientes con drenaje ventricular han sido atendidos adecuadamente y el TCAE sabe manejarlo adecuadamente.
- Es importante conocer los valores normales de PIC para saber si están elevados. Los valores normales oscilan entre 10-15 mmHg, por lo que la hipertensión intracraneal se define como un aumento persistente de la presión intracraneal (PIC) por encima de 20 mmHg.
- El drenaje ventricular externo es un sistema estéril y cerrado que permite que el líquido cefalorraquídeo (LCR) drene a través de un catéter a una bolsa de recolección.
- Mediante un procedimiento invasivo que consiste en insertar un catéter en el asta anterior del ventrículo lateral, preferiblemente en el hemisferio no dominante. En el punto de Kocher (1-2 cm por delante y 2-3 cm lateral a la sutura coronal). El catéter se puede conectar a transductores y dispositivos de registro que permiten la monitorización continua de la presión intracraneal a la vez que permiten la descompresión del sistema cerebral, facilitando el drenaje externo del líquido cefalorraquídeo.
- El cuidado o manejo de TCAE de este drenaje ventricular puede incluir el monitoreo del paciente y los signos de advertencia, el monitoreo de los signos vitales y el monitoreo neurológico, el mantenimiento de la permeabilidad de las vías respiratorias y la administración de oxígeno según sea necesario. Control de temperatura, ya que es uno de los primeros signos de infección. Mantén tu cabeza alineada con tu cuerpo. Las extremidades superiores e inferiores están a ambos lados del torso. Utilizar medidas de seguridad para evitar caídas (barandales). Tome las medidas necesarias para prevenir las convulsiones.
- Debe manipularse lo menos posible para no cambiar la alineación con las columnas de control de nivel de PIC.

83.5 Discusión

El drenaje ventricular no siempre es necesario, pero a veces los signos vitales son importantes si es necesario.

En conclusión, podríamos saber que el TCAE necesita conocer cualquier movimiento del paciente, especialmente el de la cabeza, con un desplazamiento mínimo.

Si necesita ser movilizado, como hemos comentado en los resultados, se debe reevaluar el drenaje y las constantes vitales del paciente.

Elegimos este tema porque nos pareció interesante y educativo, y no todos saben cómo funciona o qué considerar en pacientes con drenaje ventricular.

Es necesario establecer unas pautas a seguir que optimicen los cuidados de estos dispositivos para disminuir la incidencia de infecciones relacionadas con la manipulación de los mismos.

83.6 Bibliografía

1. Drenaje ventricular externo: manejo y atención al paciente. Revista web. Número 4: marzo-abril de 2017. nr. 54. - Manejo del drenaje ventricular. Convenio de Servicios Sanitarios de Aragón. Z2-329-12. UCI
2. Grupo de Calidad de Traumatología. lado 1-15
3. Robles Sánchez M, Del Cotillo Fuente M.^a A, Tabarez Rodríguez M, De la Torre Calle L, Sánchez Vallejo A, Fernández García D. Revista oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud 2017;3(1).

Capítulo 84

84 EL LAVADO DE MANOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERIA (TCAE)

MARÍA ELENA SEGOVIA CAMARGO

ANA ISABEL OCAÑA CAMINERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ

REBECA SANTOS SERRANO

AZAHARA TERA TRENADO

84.1 Introducción

En una unidad de hospitalización hay miles de gérmenes, virus y bacterias. Es altamente transferible por aire, contacto y ambos al mismo tiempo. Las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales son infecciones que el paciente contrae durante la hospitalización y no está presente en el momento del ingreso.

Se consideran un grave problema de salud porque su presencia aumenta la morbimortalidad de los pacientes, la estancia hospitalaria y los costes económicos sanitarios. Mirando un poco hacia atrás en la historia, podemos saber que desde 1846, el ginecólogo y cirujano Ignaz Semmelweis implantó protocolos de lavado de manos en un hospital de Viena.

Descubrió que lavarse las manos podía reducir el número de muertes por fiebre puerperal. Años más tarde, Florence Nightingale introdujo la higiene de manos en su hospital de campaña durante la Guerra de Crimea.

Para procedimientos como el sondaje vesical o nasogástrico, el lavado de manos es obviamente preferible a la técnica aséptica. Por eso es tan importante seguir una higiene de manos adecuada en cada paso del camino en términos de cuidado, procedimientos, técnicas y más. Por la presente garantizamos calidad profesional.

84.2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta para una correcta higiene de manos por el TCAE, resaltando la importancia de este proceso en la prevención de infecciones nosocomiales.

84.3 Metodología

Realizar una búsqueda bibliográfica en Internet de artículos de bases de datos que indiquen qué tipo de higiene de manos es adecuada para evitar infecciones nosocomiales en un hospital . Utiliza bases de datos como Pubmed, Medline, Scielo, etc.

Palabras clave: enfermera, infección, hospital, departamento.

84.4 Resultados

- Nuestra revisión bibliográfica se basa en qué tipo de higiene o lavado de manos se debe realizar en TCAE para evitar la infección o su propagación entre pacientes.

- Existe un protocolo elaborado por la Organización Mundial de la Salud que todo servicio de 24 horas debe tener presente, independientemente del servicio sanitario al que pertenezca. Este protocolo se define como la higiene de manos en los hospitales según los estándares de la Organización Mundial de la Salud:

Antes del contacto con el paciente

Antes de limpiar o realizar procedimientos asépticos

Sigue el riesgo de exposición a fluidos corporales

Después del contacto con el paciente

- Muchos autores nos explicaron que el TCAE siempre trabaja cerca del paciente, por lo que los guantes deben cambiarse antes de cada paciente y retirarse después de la asistencia.

- Una correcta higiene de manos no es un lavado de manos rápido y sin sentido, hay que tomarse su tiempo, empezar con la siguiente secuencia, mojarse las manos y verter jabón, cerrar el grifo y empezar a frotarse las manos.

La cantidad de jabón debe ser proporcionada, ni demasiado para hacer espuma, ni demasiado poco para cubrir las manos.

- Frotar las manos con jabón, manos y palmas. También debes frotarte entre los dedos de los pies y las uñas, ya que las bacterias son muy pegajosas en estas áreas. Esto se hará en 20 minutos, frote para eliminar las bacterias, enjuague con abundante agua, seque bien incluso entre los dedos de los pies.

- Las mayores complicaciones que pueden surgir por no observar la higiene de manos en la sala de cabecera son las infecciones urinarias, las infecciones quirúrgicas e incluso la preparación del campo estéril.

84.5 Discusión

Un buen lavado de manos no es algo que debemos hacer con prisas, sino que como comentamos en nuestros resultados, se hará en el orden correcto y en el momento adecuado.

Como puede ver, este es un tema muy importante para el TCAE, aunque la mayoría de las veces no podrá hacer frente a la excesiva carga de trabajo.

Como hemos podido demostrar, muchas hospitalizaciones innecesarias no se evitan ni con hospitalizaciones más prolongadas ni con la financiación del hospital.

Queríamos concluir que una infección hospitalaria es lo peor que le puede pasar a un paciente hospitalizado por regla general.

84.6 Bibliografía

1. "Conoce más sobre cuándo y cómo lavarte las manos". Centros de Control y Prevención de Enfermedades. 3 de octubre de 2019.
2. S. Hubbard. Lavado de manos: ¿Se malinterpretó la lección de Semmelweis? Clin Infect Dis, 30 (2000), pág. 990.
3. Organización Mundial de la Salud. OMS. (2016).

Capítulo 85

85 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS DISTINTAS FASES DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

RAQUEL FERNANDEZ MARTIN

85.1 Introducción

La cirugía es la rama de la medicina cuyo objetivo es curar enfermedades mediante intervenciones quirúrgicas, se puede clasificar en cirugía curativa, paliativa, diagnóstica, restaurativa o estética.

Una intervención quirúrgica es llevada a cabo por cirujanos, cuyo objetivo es restaurar la función de alguna parte del cuerpo humano.

La herida quirúrgica es la pérdida de la integridad de la piel debido a una intervención quirúrgica, se clasifican en herida limpia, limpia contaminada, contaminada o sucia contaminada o infectada.

Se dice que la herida es limpia cuando es producida con técnicas aséptica, limpia contaminada es la que está en contacto con la flora normal de la zona a tratar, contaminada es cuando su origen es traumático o infeccioso y sucia contaminada o infectada es cuando proliferan microorganismos, se presenta con inflamación, dolor o exudado purulento.

Los cuidados de los pacientes quirúrgicos son diferentes según sean, cuidados preoperatorios, intraoperatorios y posoperatorios.

Los cuidados preoperatorios son los cuidados que se llevan a cabo al paciente quirúrgico desde que se decide la intervención hasta su entrada en quirófano.

Los cuidados intraoperatorios son los cuidados que se llevan a cabo al paciente quirúrgico desde su entrada al quirófano hasta su traslado a la sala de recuperación.

Los cuidados posoperatorios son los cuidados que comienzan al final de la intervención y continúan durante la recuperación, es decir, hasta que se le da el alta al paciente.

Siempre las zonas de quirófano deben estar en condiciones óptimas. Antes y después de cada intervención quirúrgica, el material debe estar esterilizado y se debe limpiar y desinfectar según protocolo.

La organización mundial de la salud (OMS), recomienda una buena higiene personal, así como el uso de ropa protectora por parte del personal con el fin de asegurar la higiene y reducir los vectores de transmisión.

85.2 Objetivos

- Diferenciar las fases de una intervención quirúrgica.
- Estudiar las distintas funciones de los TCAE en las distintas fases de una intervención

quirúrgica.

85.3 Metodología

La elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo con los conocimientos personales adquiridos durante la formación académica y mediante una investigación y búsqueda de diferentes trabajos científicos vinculados con el tema escogido. Se han utilizado bases de datos científicas como Scielo, google, Scholar.

85.4 Resultados

Fases intervención quirúrgica.

1. Preoperatorio:

En esta fase se debe asegurar que el paciente se encuentre en las mejores condiciones físicas y psíquicas, con el fin de evitar riesgo de complicaciones tanto durante la intervención como en el postoperatorio.

Los TCAEs antes de que el paciente entre al quirófano, deben realizar una serie de tareas como son:

- Comprobar la etiqueta identificativa, es decir, revisar la identidad del paciente.
- Retirar los efectos personales del paciente, que serán entregados a los familiares o bien se guardarán en una bolsa identificada con su nombre.
- Se prepara la piel, dependerá de la zona que vaya a ser intervenida.
- Se pinta las zonas a intervenir con una torunda empapada con antiséptico quirúrgico.
- Si el paciente tiene prótesis o lentes, se deben guardar identificadas.
- En caso de que el paciente presente esmalte en las uñas, se le debe eliminar, para poder valorar el nivel de oxígeno en la sangre.
- Se debe colocar al paciente gorro quirúrgico.
- Se comprobará que los signos vitales están registrados.
- Se debe aplicar los enemas de limpieza prescritos y es fundamental comprobar que han sido efectivos.
- Colaborar para que las instrucciones dadas por el médico sobre el tiempo que el paciente no debe ingerir alimentos sólidos o líquidos se cumplan. Los plazos varían según el tipo de intervención, por eso hay que seguir las instrucciones del médico.
- Comprobar que la historia hospitalaria acompaña al paciente, debe ser entregada en el área quirúrgica a la persona adecuada.
- Registrar peso y estatura del paciente.
- Es importante que la actitud ante los pacientes sea comprensiva y de escucha activa.
- Recoger consentimiento informado, el cual es fundamental que esté firmado.

2. Intraoperatorio:

Es la fase que va desde la entrada del paciente al quirófano hasta su traslado a la sala de recuperación.

Las funciones de los TCAEs en el área quirúrgica son:

- Limpiar el instrumental, equipos y superficies, tales como mesa quirúrgica, mesas o car-

ros de instrumental. La limpieza se llevará a cabo mediante los protocolos establecidos.

- Recibir y enviar el instrumental de la central de esterilización, es fundamental comprobar que los contenedores que se reciben estén precintados.
- Reposición de existencias que se van agotando.
- El material desechable recogerlo y depositarlo en los contenedores adecuados según el tipo de residuo del que se trate.
- Identificar al paciente así como comprobar que lleva su historia clínica.
- Comprobar que se ha realizado el aseo y rasurado de la zona a ser intervenida.
- Realizar el traslado del paciente de la cama o silla de ruedas a la mesa de operaciones.
- Es importante que sean atendidas las necesidades psicológicas del paciente.
- Colaborar con el equipo quirúrgico tanto para proporcionar material como para los que se solicite.

Cuando se finaliza la intervención quirúrgica los TCAEs deben ayudar a la enfermera a aplicar vendajes y apósitos, higiene de la piel, retirada de los equipos de monitorización, cubrir al paciente con una manta con el fin de evitar hipotermia, comprobar estado de sondas y drenajes y colaborar con el equipo de quirófano en la recogida, limpieza, desinfección, esterilización, reposición y clasificación del material utilizado.

3. Postoperatorio:

En esta fase se pretende evitar las complicaciones y el dolor del paciente.

Hay dos fases: Postoperatorio inmediato y postoperatorio mediato o continuado.

Postoperatorio inmediato

Es el periodo que transcurre hasta que el paciente se recupera de los efectos de la anestesia, el paciente se encuentra en la sala de reanimación.

Cuando se finaliza la intervención quirúrgica al paciente se le traslada de la mesa de operaciones hasta la cama, teniendo especial cuidado porque el paciente tiene conectados algunos sistemas y tiene heridas quirúrgicas.

Teniendo en cuenta que el paciente está inconsciente con el fin de evitar la aspiración de vómitos se le colocará al paciente en posición decúbito lateral izquierdo, en caso de no poder posicionarle en esa postura se debe garantizar que la cabeza quede ladeada.

Se debe observar que todos los sistemas estén bien conectados, que no haya sangrado llamativo, que los catéteres no estén acodados.

El paciente estará en esta sala hasta que el médico lo indique.

Las funciones fundamentales de los TCAEs son:

- Recoger la historia clínica y recibir al paciente.
- Según indicación de los médicos posicionar al paciente.
- Tomar las constantes vitales cada 10 o 15 minutos
- Comprobar la ventilación pulmonar.
- Mediante la escala de Glasgow valorar el estado de consciencia.
- Anotar los líquidos drenados.
- Colocar barreras de seguridad para evitar traumatismos.
- Cuando sea posible, mantener al paciente cómodo y arropado.
- Se debe revisar los apósitos.

Postoperatorio mediato o continuado.

El paciente es trasladado a planta de hospitalización, los cuidados que debe recibir el

paciente son:

- Se debe tener preparada la habitación.
- Se toman las constantes vitales y se registran ingresos y pérdidas de líquidos, es decir, balance hídrico.
- Se comprobará que los sistemas estén bien conectados, que los catéteres no estén acodados y que no se presente sangrado llamativo por los apósitos, etc.
- Se debe tranquilizar al paciente y reducir su ansiedad.
- Cuando el paciente tiene dolor se debe avisar a la enfermera.
- Ayudar a la higiene y vestido cuando tenga restringidos los movimientos.
- Fomentar el movimiento y deambulaci3n
- Colocaci3n de barreras para evitar traumatismos.

Protocolos de asepsia en el quir3fano:

Lo m3s destacado:

- Todo el material que entra en la zona quir3rgica siempre debe estar esterilizado.
- El quir3fano se debe limpiar y desinfectar siempre antes y despu3s de cada intervenci3n quir3rgica, siempre siguiendo el protocolo establecido.
- El equipo que trabaja en el 3rea de quir3fano utilizar3 batas, calzas, gorros, mascarillas y guantes est3riles.

85.5 Discusi3n

En la actualidad son muchas las patolog3as por las que una persona puede ser intervenida quir3rgicamente, cada paciente reacciona de distinta manera, llegando a sufrir tanto estr3s f3sico y emocional.

El objetivo com3n de todo el equipo quir3rgico es proporcionar al paciente unos cuidados que deben ser eficientes y de total asepsia.

La zona del quir3fano es fundamental que se mantenga en condiciones 3ptimas, por lo que el material que entra en esta zona debe estar esterilizado y siempre antes y despu3s de cada intervenci3n quir3rgica se debe desinfectar y limpiar, cumpliendo en todo momento con el protocolo establecido, con el fin de evitar enfermedades nosocomiales, que son las que se contraen durante la estancia hospitalaria, no estando presentes ni en el periodo de incubaci3n ni en el momento de ingreso del paciente.

Cada fase de intervenci3n quir3rgica tiene unos cuidados de enfermer3a espec3ficos que todo personal que trabaja en esas zonas debe conocer.

Para ofrecer unos cuidados de enfermer3a 3ptimos es fundamental que todo el personal tenga una formaci3n continuada, as3 como estar actualizados para conocer en todo momento los avances y los protocolos establecidos.

85.6 Bibliograf3a

1. Cuidados de Enfermer3a en el paciente quir3rgico {= Ocronos [Internet] [Consulta 1 de octubre 2022] Disponible en:<https://revistamedica.com/cuidados-enfermeria-pacien>.
2. Plan de cuidados de enfermer3a en operaci3n quir3rgica [Internet] [Consulta 1 de oc-

tubre 2022] Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com> plan-de-cuidados 3 59_poe_atencion_preoperatoria [Internet] [Consulta 2 de octubre 2022] Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es> calidad > 5

4. Tema 2. Atención de enfermería en el {=SalusPlay [Internet] [Consulta 2 de octubre] Disponible en: <https://www.salusplay.com> quirofano-y-anestesia > te.

5. Plan estandarizado de cuidados intraoperatorios {= Dialnet [Internet] [Consulta 4 de octubre 2022] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es> descarga > articulo

6. Cuidados de enfermería al paciente quirúrgico de urgencias [Internet] [Consulta 4 de octubre 2022] Disponible en: <https://core.ac.uk> download > pdf

7. Etapas del proceso quirúrgico - yoamoenfermeria.com [Internet] [Consulta 4 de octubre 2022] Disponible en: <https://yoamoenfermeriablog.com> blog

8. Manejo de Intervenciones Quirúrgicas {= Dialnet [Internet] [Consulta 5 de octubre 2022] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es> descarga > articulo

9 Fases de la Intervención Quirúrgica {= StuDocu [Internet] [Consulta 6 de octubre 2022] Disponible en: <https://www.studocu.com> > Cirugía

10 La unidad de cuidados intensivos en el postoperatorio de [Internet] [Consulta 7 de octubre 2022] Disponible en: <https://medintensiva.org> es-la-unidad-cuidados-intensi.

Capítulo 86

86 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MANUEL ALVAREZ ALVAREZ

VIRGINIA CARRETERO QUERO

SERGIO LORIDO PIRES

MARIA BELEN MENÉNDEZ GONZALEZ

SANDRA SÁNCHEZ SUAREZ

86.1 Introducción

La organización de los servicios de urgencias, normalmente, se secuencia de la siguiente manera:

Primero. El celador de puerta recibe al paciente y lo dirige a admisión a que entregue sus datos y el motivo de su entrada a urgencias.

Segundo. El paciente pasa por un triaje de enfermería, que le toma las constantes, como tensión y oxigenación en sangre.

Tercero. El paciente es llevado por el celador correspondiente a la zona indicada por el enfermero.

Cuarto. El paciente derivado a las unidades de boxes o especialidades médicas es atendido por el personal médico.

Quinto. Cuando el paciente ingresado en las dos unidades anteriores necesita que su proceso asistencial continúe, y no es necesario su traslado aún, a planta o a quirófano, y faltan pruebas que realizarle, o tiene un tratamiento de medicación, o necesita otras asistencias para el diagnóstico; entonces se deriva, desde estas unidades de boxes o especialidades, a la unidad de observación de urgencias

86.2 Objetivos

- Describir la unidad de observación del servicio de urgencias hospitalarias.
- Conocer las funciones del celador destinado en la unidad de observación de urgencias hospitalarias.

86.3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se hizo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además, se hizo una búsqueda sistemática de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos como son: Pubmed, Medline y Scielo. Se han seleccionado los artículos científicos que proceden de publicaciones académicas revisadas.

86.4 Resultados

La unidad de observación está formada por un número que puede variar dependiendo del tipo de hospital y de la población a la que atiende. Cuenta también con boxes para pacientes aislados que lo necesiten, por motivos de seguridad o de prevenir contagios. Existen boxes monitorizados para pacientes que lo precisen y tengan que estar continuamente controlados, y otros que no están monitorizados. El celador destinado en observación sabe que existe un cajetín donde el personal sanitario coloca las peticiones de las diversas pruebas que necesitan realizarse los pacientes, indicando el número de box que ocupa. Su función consiste en estos casos en preguntar si puede trasladar al paciente a la prueba pedida, siempre bajo las indicaciones del propio personal sanitario. Cuando los pacientes son trasladados desde la unidad de boxes, de especialidades médicas o incluso del box vital, el celador de observación, a los pacientes, en el número de box correspondiente, colaborando con las TCAES y el celador que le acompaña, a la colocación y movilización del paciente. Cuando los pacientes son dados de alta médica, colabora con el servicio de ambulancias, ayudando, junto con el resto del personal al traslado desde la cama de observación hasta la camilla que porta el técnico. Cuando los pacientes son derivados desde los boxes de observación a cualquier unidad hospitalaria, colabora lo mismo, junto con su compañero y el resto de personal de la unidad, al traslado de la cama de observación hasta la cama que el celador de planta baja.

86.5 Discusión

Es de destacar la labor del celador de observación de urgencias, ya que con su aptitud, interés y motivación, se une la profesionalidad que le caracteriza, ayudando en todas las situaciones de ingreso y altas, que se den en el servicio. El celador de observación estará siempre atento al teléfono busca que posee, por si fuese necesaria su presencia urgente en la unidad. La tarea del celador en la unidad de observación del servicio de urgencias es decisiva, puesto que es el encargado de realizar diversas tareas, sin olvidar el gran apoyo al resto de personal sanitario, consiguiendo así una atención eficaz y de calidad para todos los pacientes.

86.6 Bibliografía

1. Actuación del celador en el servicio de urgencias. Disponible en [http://www. celadoresonline.blogspot.com](http://www.celadoresonline.blogspot.com).

2. El celador en la unidad de observación. Disponible en <https://enfermeria.top>.
3. Funciones del celador en el área de observación de urgencias. Disponible en <https://revistamedica.co>

Capítulo 87

87 EL CELADOR EXPONE UN CASO CLÍNICO DE PARTO POR CESÁREA

CARMEN VIILLAJOS CAMPO

RAÚL JIMENEZ CANO

MARÍA DEL PRADO BLANCO VALLE

JESUS MANUEL

MANUEL NAVARRETE CARRIÓN

87.1 Introducción

La cesárea en estadísticas es el procedimiento que más se realiza en el mundo en mujeres que tienen una edad reproductiva, esto se puede considerar un motivo de salud pública con considerar que sea o no la indicación más correcta para traer un bebé al mundo, las cesáreas en sobreexceso pueden traer consecuencias de morbilidad con enfermedades y el aumentar el índice de mortalidad en las mujeres por complicaciones en la operación o postoperatorias considerando parte de estas las generadas con la anestesia. La OMS recomienda que las cesáreas deberían de realizarse en un 15% de los partos alejándose esto de la realidad y triplicando en nuestro país estas cifras oscilando por periodos y por población en edad. En los hospitales de los servicios públicos de salud no se demandan pero si en las clínicas privadas en las que este tipo de práctica es elegida por la gestante.

87.2 Objetivos

Describir el parto por cesárea a partir de la exposición de un caso clínico.

87.3 Caso clínico

Virginia tiene 33 años, es su primera gestación, ha intentado en varias ocasiones la inseminación artificial sin éxito, en esta última ocasión se ha quedado embarazada y ha tenido un embarazo dentro de la normalidad, en la semana 38 acude a su ginecólogo para plantearle la viabilidad de realizarle una cesárea programada, puesto que ella tiene mucha ansiedad por el momento del parto y solo de pensarlo entra en pánico, en las clases de preparación al parto tuvo que ser atendida por la enfermera por dos videos que las pusieron en una sala, uno de un parto y otro de los momentos previos en el cual se las enseñaba a controlar las técnicas de la respiración. A Virginia el ginecólogo la

explica que el embarazo está siendo normal, que su bebé tiene una posición cefálica y que si todo se desarrolla de forma correcta, cuando sienta contracciones, rompa agua o llegue el momento se dirija al hospital y se valorará la opción idónea, pero siempre se tratará de fomentar el parto vía natural. Al día siguiente Virginia se pone de parto, rompe aguas y acude con una crisis de ansiedad a urgencias de su hospital, se la conduce a paritorio y tras estabilizar constantes y ante el estado de ansiedad de Virginia y una vuelta de cordón que traía el bebé al cuello se decide realizar una cesárea para lo cual se la conduce al quirófano de paritorio y el ginecólogo con el personal de enfermería y el anestesista traen a un varón de 3900 gramos sano que es entregado al padre hasta que la madre sale de la sala de recuperación de la anestesia y es conducida a la planta del maternal del hospital.

87.4 Discusión-Conclusión

La recomendación que hacen los distintos profesionales de salud sobre esta práctica, es considerar la posibilidad de intentar siempre un parto vía vertical o natural, cuando este no es posible o se considera peligro para la madre, el feto o ambos se practicará la cesárea. Se debe de recomendar la viabilidad del parto natural como primera opción para la pronta recuperación de madre e hijo y evitar morbilidades y riesgo de operación quirúrgica innecesaria.

87.5 Bibliografía

1. Oncoy Rosales, A. (2018). Indicaciones de cesárea. Rev. méd. panacea, 69-73.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 88

88 CELADOR DESCRIBE UN CASO CLÍNICO DE PARTO PREMATURO

CARMEN VIILLAJOS CAMPO

MANUEL NAVARRETE CARRIÓN

JESUS MANUEL

MARÍA DEL PRADO BLANCO VALLE

RAÚL JIMENEZ CANO

88.1 Introducción

Los niños prematuros se han considerado un problema de salud pública desde hace siglos, desde tiempos inmemoriales, aunque la incidencia ha aumentado en los últimos años sin tener un motivo claro, aunque la viabilidad de la vida ha aumentado con una edad gestacional menor. En la década de los 60 se podía considerar inviable un feto que era menor de 28 semanas, aunque de forma ocasional se podía dar una sobrevivencia a un niño menor a 1000 gramos. Afortunadamente el cuidado de los niños prematuros y la tecnología han aumentado de forma gradual la vida de estos niños y en la actualidad se considera que el límite de suficiente madurez biológica para poder vivir se acepta en las 24 semanas. Bien es cierto que estos niños no están exentos de complicaciones y la viabilidad fuera del vientre materno, se complica.

88.2 Objetivos

Exponer un caso clínico de un parto de un bebé pretérmino por un equipo de celadores con el fin de aportar información.

88.3 Caso clínico

Sonia cuenta con un embarazo de 24 semanas, se encuentra mal y acude a los servicios de urgencia de su hospital, cree que tiene contracciones pero como es su primer embarazo no sabría valorarlo muy bien, ha apreciado resto de color marrón con sangre al limpiarse cuando ha ido al baño y se ha asustado. En el hospital se la acompaña al box de urgencias para realizarla una exploración, se observa efectivamente que se encuentra en los inicios del parto, se ingresa a Sonia y se le pone una vía para intentar controlar las contracciones el mayor tiempo posible, la paciente permanece ingresada dos semanas, se le proporciona corticoides para ayudar al feto a la maduración de los pulmones, la

medicación intravenosa tiene un tiempo estipulado de administración tras la cual la paciente se pone de parto inevitable, el resultado es un niño de 900 gramos, varón, este se conduce directamente a la incubadora y es trasladado junto a la madre a un hospital provincial especialista en neonatos hasta que alcanza un peso que pueda mantener de calidad de vida y con 2300 es dado de alta, para eso tiene que pasar dos meses y medio en la cuidados intensivos neonatales.

88.4 Discusión-Conclusión

Cuando por causas que se desconocen un parto se adelanta y como consecuencia un niño prematuro viene al mundo no hay, la única recomendación o pautas a seguir son las de los embarazos de riesgo o antecedentes personales o de otros embarazos por las mismas causas. Seguir las recomendaciones en cuanto a reposo y alimentación durante la gestación es fundamental.

88.5 Bibliografía

1. Palencia, A. (2019). Parto prematuro. Sociedad colombiana de pediatría, 9(4), 10-9.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 89

89 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTOR DE RIESGO CAR- DIOVASCULAR

ANA ISABEL PEREZ HERRADOR

MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ

DAVID ISASI ZAMORA

89.1 Introducción

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias cuando es bombeada por el corazón. La presión arterial es más alta cuando el corazón late (presión sistólica) y más baja cuando el corazón está en reposo (diastólica).

Se considera que una persona tiene hipertensión cuando su tensión arterial es demasiado alta. La hipertensión es una patología crónica grave que incrementa el riesgo de sufrir otras enfermedades como cardiopatías, encefalopatías y nefropatías. Es una de las causas principales de muerte prematura en el mundo y es conocida como "muerte silenciosa" porque no suele presentar síntomas.

Todo el mundo, incluso niños, pueden desarrollar presión arterial alta, sin embargo algunas personas tienen mayor probabilidad de desarrollarla debido a factores que no se pueden cambiar. Estos factores son la edad, el género, tener antecedentes familiares con esta patología, o ser afroamericano.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ayuda a los países a reducir la hipertensión como problema de salud pública. En 2021 publicó unas nuevas directrices sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión en el adulto, en las que se dan recomendaciones basadas en la evidencia sobre el comienzo del tratamiento de la hipertensión y los plazos revisión recomendados. Además se indica la presión arterial que debe alcanzarse para controlar la hipertensión.

89.2 Objetivos

- Dar a conocer más profundamente el problema de la HTA.
- Exponer los factores de riesgo y las medidas preventivas de la HTA.

89.3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica, en la que se han consultado diferentes fuentes usando como principal buscador Google académico, y se han consultado diversos artículos en las principales bases de datos: Scielo, Medline y Pubmed, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones revisadas.

89.4 Resultados

La hipertensión es una enfermedad que no siempre va acompañada de síntomas, por personas ignoran que son hipertensos. Los síntomas que pueden llegar a presentarse son cefaleas matutinas, hemorragias nasales, ritmo cardíaco irregular, derrames en los ojos, vómitos, desmayos.

La única manera de detectar la hipertensión es midiendo la tensión arterial. Las mediciones (mmHg) se clasifican en varias categorías:

- Óptima: menos de 120 y menos de 80.
- Normal: menos de 130 y menos de 85.
- Normal-alta: 130-139 y 85-89.
- Hipertensión I: 140-159 o 90-99.
- Hipertensión II: 160-179 o 100-109.
- Hipertensión III: 180 o 110.

Es importante realizar controles de la presión arterial porque esta puede acarrear en nuestro cuerpo una serie de problemáticas, entre las que se encontrarían el aumento de la probabilidad de sufrir un infarto de miocardio, un accidente cerebrovascular o insuficiencia renal.

Los factores de riesgo son:

- Edad, la hipertensión aumenta con la edad.
- Factores genéticos.
- Género y raza, es más predominante en individuos afroamericanos.
- Obesidad.
- Sedentarismo.
- Alcohol.
- Tabaquismo.
- Consumo de sal.
- Estrés.

La presión arterial alta se puede prevenir llevando un estilo de vida saludable.

Las medidas más recomendables son las siguientes:

- Comer una dieta saludable: se debe limitar la cantidad de sodio y aumentar la cantidad de potasio en la dieta. También es importante comer alimentos bajos en grasas, así como frutas y verduras.
- Tomar mucha agua.
- Hacer ejercicio: el ejercicio puede ayudar a mantener un peso saludable y a bajar la presión arterial.
- Limitar el consumo de alcohol: el alcohol aumenta la presión arterial y también puede

causar aumento de peso.

- Dejar de fumar: el tabaco pone en mayor riesgo de ataque cardíaco y accidente cardiovascular.

- Controlar el estrés: aprender a relajarse puede mejorar la vida emocional y física y así disminuir la presión arterial.

- También es recomendable tener un tensiómetro en casa para realizar nuestras, propias lecturas.

Si con los cambios en el estilo de vida la presión arterial persiste elevada, debe completarse con un tratamiento farmacológico. A menudo, dos o más medicamentos funcionan mejor que uno.

89.5 Discusión

La presión arterial alta es una condición seria que puede causar grandes problemas de salud, es una de las enfermedades letales cuya tasa de mortalidad ha crecido más en los últimos años.

Un cambio en el estilo de vida puede ser fundamental en su control. Si se diagnostica hipertensión arterial, se debe controlar la presión arterial con regularidad y mantener un control de sus valores.

La hipertensión es quizás uno de los factores de riesgo cardiovasculares más importantes, pero no se puede aislar de otros factores, ya que se favorecen entre sí, y a veces, se presentan asociados. Lo más correcto sería un tratamiento multifactorial en lugar de un control aislado de un solo factor. Un tratamiento correcto puede evitar muchos accidentes cardiovasculares.

89.6 Bibliografía

1. Sociedad española de hipertensión arterial. Guía española de hipertensión arterial.
2. medlinePlus:<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>
3. OMS:<https://www.who.int>
4. George L. Bakris, MD, University of Chicago School of Medicine.
5. Coca A. Control de la hipertensión arterial en España.
6. <http://www.texasheart.org>

Capítulo 90

90 EL PARTO Y LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

ANA ISABEL PEREZ HERRADOR

MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ

DAVID ISASI ZAMORA

90.1 Introducción

¿Qué es un parto? Lo podemos definir como un proceso fisiológico de las hembras que consiste en unas contracciones uterinas progresivas y rítmicas que hace descender al feto por la cérvix, cuello del útero, y la vagina, dando lugar al nacimiento de un nuevo ser vivo. Se produce tras una gestación que puede ir entre 37 y 42 semanas normalmente.

Las fases son:

La dilatación

Expulsión

Alumbramiento

Después del parto se iniciará la fase del puerperio o postparto.

El parto es un acontecimiento muy importante en la vida de las mujeres, recibir una buena atención puede condicionar la recuperación de la madre, ya que afecta tanto físicamente como emocionalmente

La actitud de relajación en la mujer ayuda hacer más llevadera la fase de la dilatación donde los esfuerzos de útero son muy fuertes. Las fases del parto a pesar de ser dolorosas y variadas con cansancio y dolor pasa a ser un gran momento de alegría cuando la madre tiene él bebe en sus brazos.

La atención que recibe la mujer en el parto depende de la dinámica de cada nacimiento, está principalmente enfocado a la ayuda emocional y la atención a la mujer y el recién nacido, sin interferir en el proceso natural fisiológico del parto atendiendo principalmente la salud de manera integral

90.2 Objetivos

Describir los cuidados del auxiliar de enfermería en el proceso del parto.

90.3 Metodología

Para realizar este estudio se ha realizado una lectura de datos académicos a través de búsquedas en bases de datos científicas, Medline, y en los buscadores de Google académicos. Como criterios de inclusión se han utilizado los estudios más relevantes, libros concretos sobre el tema a tratar, haciendo hincapié a los más actuales.

90.4 Resultados

El parto es un proceso natural que se presenta de forma rápida es algo imprevisto al no saber el momento exacto que se va a producir.

Durante toda la gestación la mujer se tiene revisiones y controles para prevenir cualquier hecho inesperado y anticiparse, preparando las condiciones hospitalarias para la atención necesaria cuando llegue el momento

Las causas más comunes por partos inesperados son:

Partos prematuros

Madres adolescentes

Embarazos no deseados que no tenido los controles pertinentes

Embarazos múltiples

El proceso de dilatación en partos varía depende de cada gestante y cada embarazo pudiendo ser de 6 horas y pudiendo alcanzar las 20 horas, en ocasiones

Es importante los datos relevantes de la historia obstétrica como número de partos, edad de la gestación, enfermedades, etc

Es cuando decimos que hemos llegado a alcanzar los 10 cm., aunque el tamaño exacto puede cambiar en cada caso. En este proceso la mujer tiene una sensación de apretar y empujar.

La parte del bebé que debe salir primero será la cabeza, que la adapta para poder salir ocupando el menor espacio posible. Es habitual realizar una episiotomía para reducir el riesgo de desgarro, que les puede producir problemas futuros a las mujeres.

Hasta que la placenta no es expulsada el parto no habrá finalizado

Con la ayuda de todos los profesionales del equipo sanitario lograremos un parto normal con la mamá y el bebé en perfectas condiciones.

90.5 Discusión

El papel del TCAE es muy importante dentro del equipo sanitario, ya que entre otras muchas tareas a desarrollar de forma sistemática, previamente al ingreso comprobaremos que la habitación y el baño están limpios y en perfectas condiciones para ser utilizado por el nuevo ingreso, que funciona el timbre y las luces, y que se encuentra re-puesto todo el material necesario, tanto el fungible como el no fungible. A la llegada se le facilitará camión, toallas, compresas y todo lo necesario para el momento del parto. En resumen, la prioridad para todos los profesionales es mejorar la atención asistencial a la gestante y a sus acompañantes.

90.6 Bibliografía

1. Ginecología para matronas. Judith Hernández Alonso (Letrame , 1 diciembre 2017).
2. Manual de obstetricia para matronas. Beatriz Espinilla Sanz (Ed. Difácil, 1 Abril 2016).
3. Parir sin miedo. Consuelo Ruiz Velez-Frias (Ed. Ob Stare, 1 Enero 2016).
4. Guía del nacimiento. Ina May Gaskin (Capitán Swing, 11 diciembre 2020).

Capítulo 91

91 LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA ISABEL PEREZ HERRADOR

MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ

DAVID ISASI ZAMORA

91.1 Introducción

La ginecología y obstetricia es una rama de la medicina que está especializada en ofrecer una atención a las mujeres a lo largo de su vida.

Por un lado, la ginecología se ocupa de todas las enfermedades que están relacionadas con el aparato reproductor femenino, como pueden ser alteraciones en el ciclo menstrual, tumores y otras enfermedades de transmisión sexual, como la gonorrea, la clamidia o el VIH.

Mientras que por otro lado, la obstetricia se encarga de los cuidados a la mujer embarazada, el parto y postparto.

De esta manera, podemos decir que la ginecología y obstetricia se encarga de las enfermedades del sistema reproductor femenino, así como de la prevención de estas, gracias a técnicas de exploración que se han ido desarrollando a lo largo del tiempo, con las que se busca diagnosticar de manera precoz dichas enfermedades.

Tanto la atención, como el seguimiento y los cuidados de la madre, así como del neonato, desde el parto, deben de realizarse por un equipo multidisciplinar formado por un grupo de profesionales sanitarios, entre los que se encuentra el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Por ello es vital que todo el personal que trabaje en la unidad tenga conocimientos al respecto.

Por ello es vital que todo el personal que trabaje en la unidad tenga conocimientos al respecto.

91.2 Objetivos

Explicar las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la unidad de obstetricia y ginecología, resaltando su importante labor asistencial.

91.3 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.

91.4 Resultados

El TCAE se encargará de realizar los cuidados básicos de enfermería de una manera coordinada con el enfermero/a.

Siempre trataremos de darle a la madre apoyo y una información adecuada durante el tiempo que dure el proceso, respetando siempre un ambiente de intimidad, cordialidad y familiaridad con el único fin de transmitir seguridad y confianza a la futura madre como a sus familiares y/o acompañantes.

Cuando llega a la unidad una mujer embarazada que ya ha roto aguas y/o que tiene contracciones, así como si tiene programado dar a luz el día que acude al hospital, es el TCAE el encargado de recibir a la paciente y acompañarla a su habitación, ofreciéndole camisón, toallas, y todo aquello que pueda necesitar para que su estancia hospitalaria sea lo más confortable posible.

En caso de que la paciente no pueda por ella misma, el TCAE la ayudará a desvestirse, ponerse el camisón, y colocarla en la cama en la postura que sea más cómoda para la paciente.

En la mayoría de los casos, la embarazada estará inquieta y nerviosa en esos momentos, por eso es fundamental que el TCAE intente tranquilizarla, y que haga todo lo posible porque la paciente se sienta cómoda y a gusto.

También le explicaremos cuál es el proceso a seguir, y que hasta que no haya dilatado lo suficiente no podrá ir al paritorio.

Una vez que el parto ha finalizado y que se han hecho todas las tareas correspondientes del paritorio, como puede ser la medición del bebé, la madre y el recién nacido volverán de nuevo a la habitación que tenían asignada.

Es tarea del TCAE colaborar con el/la enfermero/a en todas las labores para las que sea requerido y le servirá siempre de apoyo.

Se ocupará también del acomodamiento tanto de la madre como del bebé, y se encargará de ofrecerle líquidos a la madre, ya que es fundamental que se hidrate adecuadamente, así como de ofrecerle alimentos a la madre.

También la orientará y ayudará en el inicio a la lactancia materna, se le darán pautas sobre la posición correcta al pecho, la duración de la toma, que la nariz del bebé estén libres, etc. y la orientará, sobre todo en el caso de ser madre primeriza, en aspectos sobre la higiene del bebé; así como en su propia higiene íntima.

Se le proporcionará la ropa adecuada al bebé, así como se repondrán diariamente los armarios de lencería de cada habitación con todo lo necesario tanto para el bebé como para la madre.

En definitiva, el TCAE procurará que tanto la madre como el recién nacido se encuentren

en las mejores condiciones ambientales y sanitarias, quedando cubiertas las necesidades de ambos.

Es primordial que el TCAE informe al enfermero/a de cualquier incidencia que pueda suceder e informar de todos aquellos aspectos que puedan resultar importantes.

Definitivamente, es muy importante la figura del TCAE en este servicio, ya que junto con la matrona, son las personas que guiarán y orientarán a la mamá en esta nueva aventura que comienza con el nacimiento de su bebé.

91.5 Discusión

Es muy importante que el TCAE de la unidad de ginecología y obstetricia tenga una formación específica en esta área y esté capacitado tanto para ayudar como cuidar a la mujer durante el transcurso del parto y postparto, el inicio de la Lactancia materna y auxilio al recién nacido en sus necesidades básicas, intentando siempre que la interacción de la madre con su bebé sea lo más temprana posible.

El TCAE, junto con el personal de enfermería, son las personas que más tiempo pasan con sus pacientes, y como es de esperar, a los nuevos papás les surgirán infinitas dudas sobre cómo actuar en ciertos aspectos, que como es lógico, compartirán con el equipo de enfermería. Por ello es vital que todo el personal que trabaje en la unidad tenga conocimientos al respecto.

91.6 Bibliografía

1. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_enfermeria/T16-AE-SCS-2007.pdf.
2. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0717-7526&lng=es&nrm=iso.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002000.htm>.
4. https://www.fundacionfae.org/112_el-auxiliar-de-enfermeria-tcae-en-la-Unidad-de-ginecologia-y-obstetricia-atencion-y-cuidados-a-la-madre-y-al-neonato.

Capítulo 92

92 EL CELADOR DESCRIBE UN CASO CLÍNICO DE DIABETES GESTACIONAL

CARMEN VIILLAJOS CAMPO

MANUEL NAVARRETE CARRIÓN

JESUS MANUEL

MARÍA DEL PRADO BLANCO VALLE

RAÚL JIMENEZ CANO

92.1 Introducción

La diabetes que se produce en el embarazo es una intolerancia a los hidratos de carbono que tiene una gravedad en forma variable, esta puede empezar o diagnosticarse por primera vez en la gestación. Tiene una diferencia con el resto de diabetes conocidas, esta no se causa por una carencia de la insulina, sino se causa por los efectos bloqueadores de otras hormonas que produce la insulina, es una condición que tiene el nombre de resistencia a la insulina, ocurre partir de la semana 20 del embarazo.

El organismo realiza una respuesta normal de un aumento de secreción de insulina en el embarazo, cuando esto no ocurre se produce la diabetes. En la mayoría de los casos, la sangre vuelve a la normalidad después del parto y la insulina vuelve a aceptar valores normales y el páncreas trabaja al ritmo anterior.

92.2 Objetivos

Exponer un caso clínico de diabetes gestacional por un equipo de celadores con el fin de aportar información.

92.3 Caso clínico

Lorena, gestante de 22 semanas , acude a realizarse la curva glucémica en la semana 22 porque en una analítica de orina de control de la gestación se ha detectado valores altos de glucemia, la gestante acude a la sala de analítica donde se la coge una vía y se la toma una primera muestra de sangre para hacer una valoración, se la explica que se realizará en tres tomas con 1 hora de diferencia de una cantidad de azúcar concentrado y en cada hora se irá realizando un control glucémico. La primera toma se muestra

correcta, Lorena se toma la primera muestra y espera, no debe caminar ni moverse, solo ir al baño si lo precisa, durante este tiempo determinado Lorena se encuentra bien, al realizarle la medición de azúcar de la primera hora se encuentran valores muy altos y se procede a la aplicación de insulina rápida para la compensación. La paciente es derivada al endocrino para su valoración y tratamiento insulín dependiente en conjunto el seguimiento que deberá hacer con el ginecólogo.

92.4 Discusión-Conclusión

En casi todas las comunidades de España, a las mujeres embarazadas se les realiza una curva de glucemia entre la 25 y la 28 semanas de gestación, aunque esta curva se puede realizar antes si la embarazada da niveles altos de azúcar en analítica de orina de control. Es importante el conocimiento y la correcta formación del personal sanitario respecto a la diabetes gestacional.

92.5 Bibliografía

1. Almirón, M. E., Gamarra, S. C., González, M. S., & Issler, J. R. (2022). Diabetes gestacional. Rev Postgr Vía Cátedr Med, 152, 23-7.

Capítulo 93

93 TIPOS DE SANGRE

MARIA BELEN GARCÍA VILLEGAS

MARÍA ISABEL QUESADA POSADA

93.1 Introducción

El descubrimiento de 4 tipos de sangre hizo que facilitaron el tema de las transfusiones entre las personas. Fue un premio Nobel, Landsteiner quién los descubrió. A los grupos se les puso A, B, AB, y O.

Se encontraron al hacer transfusiones con animales. Observo que se producía una destrucción de los vasos sanguíneos y también aparecían enfermedades.

En los estudios vamos a saber que aparecían 2 antígenos (A yB) y 2 anticuerpos (antiA y antiB) dentro de los glóbulos rojos. Al mezclarlos reaccionaban.

Se unían de diferentes personas, con unos pasaban cosas y con otros no.

En este estudio expondremos de forma breve los tipos y peculiaridades de la sangre.

93.2 Objetivos

Describir aspectos básicos relacionados con la sangre y los tipos que hay.

93.3 Metodología

Debemos descubrir nuevos artículos sobre ella, y buscar información sobre su composición. Su parte líquida y su parte sólida.

Descubrir mediante estudios su composición. Ver si nuevos investigadores descubren solo es agua, sales minerales, etc o aún quedan cosas por saber que nos sorprendan. Entrar en diferentes estudios para poder saber su importancia de cara al futuro para la humanidad.

93.4 Resultados

Tras hacer nuestra revisión bibliográfica, los principales resultados que queremos exponer son que la sangre está formada por agua, sales y proteínas, que forman la parte líquida o Plasma. Y una parte sólida compuesta por glóbulos rojos, blancos y plaquetas. Los antígenos se encuentran en la superficie de los glóbulos rojos. Están formados por azúcares y proteínas.

Exponemos una clasificación en donde se distinguen 4 tipos de sangre:

- A, con marcadores A.
- B, con marcadores B.
- AB, con marcadores AB.
- O ni marcadores ni A ni B.

Otra segunda clasificación de la sangre, según su RH, es la siguiente:
RH positivo y RH negativo.

La sangre positiva tiene RH positivo; sin embargo, el negativo no tiene.

El descubrimiento de los grupos sanguíneos se produjo porque realizaba mezcla en probetas de diferentes individuos. Y unos reaccionaban y otros no. Además se había dado cuenta de que se heredaban características sanguíneas.

Mejóro mucho el tratamiento de enfermedades cuando dependían de pérdidas de sangre.

También nos hemos dado cuenta en nuestro estudio de la importancia en los trasplantes de órganos. Sería inviable cualquiera de estas operaciones sin tener sangre en abundancia para prevenir posibles complicaciones.

Se ha podido constatar que las transfusiones son una de las mejoras formas de mejorar diferentes enfermedades.

El descubrimiento de estos grupos sanguíneos ha hecho que las enfermedades hayan disminuido considerablemente.

93.5 Discusión

Es importante remarcar que unos hábitos de vida saludable influyen directamente en nuestra sangre. También queremos destacar la importancia de las donaciones, que se ha vuelto necesarias y habituales hoy en día aunque todavía hay ocasiones en las que existe escasez de sangre.

Es inconcebible pensar en cualquier enfermedad sin relacionar su causa o su mejoría con la sangre.

Se debe profundizar más en el estudio de la sangre. Es importante el conocimiento y adecuada formación del personal sanitario y de la población general sobre estos aspectos básicos sobre la sangre que se han expuesto en esta investigación.

93.6 Bibliografía

1. Análisis de sangre.KidsHealth.
2. Mayo ClinicFamly Health book. Libro de salud familiar. 5 edición.
3. Página de Medicoplus.com por Pol Bertran Prieto.

Capítulo 94

94 PLAN DE CUIDADOS: PACIENTE AGITADO CON DEMENCIA

MARIA JOSE BENITO SANCHEZ

94.1 Texto libre

Introducción:

La agitación psicomotriz es un cuadro clínico caracterizado por un incremento inadecuado de actividad motora acompañado de alteraciones en la esfera psíquica cuya etiología puede ser orgánica, psíquica o tóxico/mixta y que requiere una intervención inmediata ya que es considerada una urgencia psiquiátrica. Es de frecuente presentación en cualquier entorno.

Aunque con frecuencia se identifica la agitación con el entorno psiquiátrico, hay datos que reflejan incidencias del 11 al 50 % en pacientes con lesiones craneoencefálicas traumáticas, de hasta el 67 % de los pacientes con delirium y del 93 % con demencia. En pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos, puede alcanzar hasta al 71 % de ellos.

Las causas de la agitación podemos dividirlas en tres factores:

- Orgánicas:

Neurológicos: traumatismos craneoencefálicos y politraumatismos, estados postoperatorios, crisis parciales, estados postictales, tumores intracraneales o diseminados, demencia.

Metabólicos: alteraciones de electrolitos, insuficiencia cardíaca, hepática, respiratoria o renal.

Endocrinos: hipo/hiperglucemia, alteración del eje hipotálamo hipofisario. Alteraciones tiroideas.

Efectos secundarios de medicamentos: levodopa, digital, cimetidina, ranitidina, anticolinérgicos, antihistamínicos, antiepilépticos, corticoides, benzodiacepinas, neurolépticos sedantes.

Síndromes de abstinencia.

Alcohol (delirium tremens).

Benzodiacepinas.

Opiáceos.

Otros.

- Psiquiátricos:

Agitación Psicótica -Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, episodio maníaco, episodio depresivo: en casos de depresión agitada, más frecuente en ancianos y niños, trastorno delirante (paranoia), psicosis postquirúrgica.

Agitación no psicótica: Crisis de angustia, trastornos de la personalidad (histriónica, límite

y paranoide), alteración de la conducta en pacientes con retraso mental o demencia (distinguir del delirium superpuesto a la demencia)

- Ambientales/ situacionales o reactivas:

Debido a situaciones de alto estrés como puede ser: el duelo, violaciones, situaciones catastróficas, como inundaciones, incendios, terremotos e incluso ingresos en servicios especiales como UVIs o aislamientos

Derivados de intoxicaciones por drogas de abuso

Con los datos que conocemos, podemos hablar de la importancia de la prevención. Para ello es importante conocer que podemos encontrar ciertos factores que predisponen a la aparición de un cuadro de agitación. Podemos dividirlos en dos grandes grupos a parte de la clínica que hemos visto como etiología posible:

Demográficos: edad y sexo más frecuente en varones entre 15 y 30 años con antecedentes familiares de alcoholismo o conductas agresivas

Ambientales: más frecuente en el primer ingreso, sobre todo si este es involuntario y si a lo largo del mismo se producen conflictos bien sea con el personal o con otros pacientes.

Presentación Clínica:

La agitación clínica no debe considerarse nunca un diagnóstico de exclusión. Se trata de un diagnóstico positivo por lo que la exploración del paciente se hace necesariamente obligatoria en cada episodio.

La imagen inicial que nos podemos encontrar al entrar a valorar a un paciente agitado es una persona inquieta, con probable hiperactividad musculoesquelética, que camina de manera constante por la unidad (en caso de tener capacidad para hacerlo), con signos físicos de ansiedad tales como taquipnea, hipertensión arterial o taquicardia. El estado de tensión es más común apreciarlo en la expresión facial y las extremidades

La agitación de origen psiquiátrico se considerará como tal cuando exista psicopatología propia. En ella habitualmente la conciencia se mantiene, no suele existir desorientación temporo-espacial ni fluctuación en la intensidad de presentación del cuadro. Si hay alucinaciones son preferentemente auditivas, ideación delirante de perjuicio o megalomaniaca. En ocasiones hay alteraciones del ánimo como euforia y hostilidad que puede incrementarse hasta llegar a la hostilidad. El discurso suele alterarse en la forma, con verborrea o aumento de tono, disgregación y/o en el fondo llegando a la fuga de ideas.

El manejo de una situación de agitación una vez instaurada se basa en 4 medidas que se implementan en cascada ante el fallo de las anteriores:

- Asegurar la seguridad del paciente y el entorno
- Contención verbal.
- Contención farmacológica.
- Contención física.

La contención verbal ha de ser siempre la primera actuación en el caso de agitación no orgánica. Para que su uso sea correcto el personal debe estar instruido en su aplicación y conocer cuáles son los pasos a seguir y cuándo seguirlos. El objetivo fundamental es instaurar una alianza terapéutica con el paciente que nos pueda permitir negociar una solución de manera que disminuya la hostilidad potenciando el autocontrol del paciente en la situación. Si la contención verbal no tiene sus frutos, lo ideal es implementar de

manera paralela una contención ambiental que puede llegar al aislamiento físico si fuera positivo para el paciente, en un ambiente protector y vigilado con el mismo objetivo de disminuir la agresividad primando la protección del paciente.

En el caso de agitación orgánica, o tras el fracaso de la contención verbal/ aislamiento físico en la psiquiátrica, la medida de elección es la contención farmacológica sin que por ello dejemos de fomentar la expresión del paciente para poder continuar en paralelo trabajando contención verbal con él. La elección del fármaco dependerá de: la vía de acceso (se considera prioritaria la V.O.), la vida media e inicio de acción del fármaco y el tratamiento actual vigilando interacciones, sinergias o contraindicaciones.

Por último, la contención mecánica debe ser la última medida terapéutica en instaurarse y siempre tras el fracaso de las anteriores. Su objetivo es inmovilizar al paciente de manera total o parcial para garantizar su seguridad y/o la del entorno. Generalmente se hace contra la voluntad del paciente por lo que es importante hacerlo de manera correcta respetando con escrupuloso cuidado la dignidad del paciente. Legalmente es un procedimiento regulado y sometido a leyes de obligado cumplimiento. El cumplimiento de los protocolos de contención mecánica han de ser conocidos por todo el personal y han de ser conscientes que en la búsqueda de instituciones que respeten la integridad y autonomía del paciente, la estrategia "contenciones 0" es la línea a seguir.

Caso clínico:

Paciente de 78, acude a urgencias del hospital en ambulancia remitida por su médico de atención primaria tras 7 días con fiebre y primeros síntomas de deshidratación tras la ineffectividad del tratamiento oral prescrito. En el servicio de urgencias, dada la evolución, se decide ingreso en el servicio de medicina interna.

El paciente está diagnosticado de Alzheimer de 5 años de evolución. Actualmente es dependiente para la ABVD precisando ayuda parcial para el aseo, vestido y alimentación. Continente urinaria y fecalmente hasta el inicio del actual episodio de fiebre, por lo que desde hace 6 días es usuario de pañal. Episodios de desorientación en picos febriles. Acompañado por su esposa e hijos.

Antecedentes de fractura de húmero por accidente de tráfico hace 15 años que no supuso secuelas de importancia. Sin alergias medicamentosas conocidas.

Constantes: TA 95/61 FC108 Tª 38.2 Sat O2: 89 .

Barthel: 10.

Norton:16.

Se canaliza VVP en MSI (Abocath N°18) con perfusión de SG y paracetamol IV, se colocan GN a 2lm y se procede a su traslado a planta tras la realización de analítica de sangre y orina, ECG, Rx de tórax y PCR con el diagnóstico de Infección respiratoria (no Covid). Llega a planta somnoliento y pasa la noche acompañado por uno de sus hijos que avisa por episodio de agitación a las 7 de la mañana. A la llegada de la enfermera a la habitación se encuentra al paciente gritando, agitado psicomotrizmente. Se ha arrancado la vía y no deja colocarse las GN. A pesar de ello mantiene saturación por encima de 85 % y resto de constantes estables, afebril. Se realiza interconsulta a Psiquiatría que pauta tratamiento tras valorarlo.

Tratamiento en este momento: haloperidol 10 gotas c/8h, , levofloxacino IV c/24, paracetamol 1gr IV c/8h, pantoprazol 1-0-0, quetiapina 100 a las 23, haloperidol IM s/p, con-

tenciones de tres puntos s/p.

Tras la toma inicial de haloperidol V.O. disminuye la agitación. Se mantiene acompañamiento por parte de la familia que es informada de las indicaciones médicas y a la que se instruye para detectar el inicio de la agitación. Se pacta con la familia la no colocación de contención mecánica mientras que permanezca con acompañamiento y se pueda contener farmacológicamente.

Resultados:

Valoración por dominios.

- Dominio 1:

Promoción de la salud sin alteración actual: en el momento actual el paciente no es consciente de su enfermedad dada su evolución. La familia con su mujer como cuidadora principal asume el cumplimiento del régimen terapéutico que toma de manera adecuada. No fuma, aunque lo hizo hasta hace 7 años. Bebedor de alcohol de manera ocasional hasta la misma fecha. Al ingreso en planta higiene adecuada.

- Dominio 2:

Nutrición riesgo de alteración: sigue una dieta normal preferentemente blanda, túrmix en la última semana. Mantiene ingesta de líquidos con insistencia familiar que ingiere con espesante en la última semana. Apetito disminuido la última semana. Palidez de piel y mucosas, que están bien hidratadas.

- Dominio 3:

Excreción alterado: incontinente fecal y urinariamente desde el inicio del episodio febril. Hasta entonces incontinencias ocasionales. Actualmente uso de pañal. Abundante micción. Heces pastosas con frecuencia diaria.

- Dominio 4:

Actividad/reposo riesgo de alteración: dependiente para las ABVD. Precisa supervisión para la alimentación.

Acudía diariamente a centro de día hasta el inicio del episodio febril.

Camina con bastón. Pulsos pedios conservados. Último ITB realizado en A.P. 1.2. Porta vía venosa periférica en MSI Abocath N°18.

Taquipnea, Sat. O2 93% con GN a 2lm.

- Dominio 5:

Percepción/cognición alterado: dificultad para comunicarse que aumenta en momentos de agitación.

- Dominio 6:

Autopercepción alterado: el paciente realizó estudios superiores. No tiene alteraciones visuales ni auditivas. Espaciotemporalmente no está orientado. No recuerda tener Enfermedad de Alzheimer. Discurso no coherente. Habla clara. Desde hace 1 mes han aumentado las alteraciones de la conducta, como ansiedad y nerviosismo. Diariamente realiza actividades para estimulación cognitiva, dibuja y lee. Al inicio de la enfermedad la ira y la desesperanza se alternaban en los momentos de lucidez.

- Dominio 7:

Rol/relaciones sin riesgo actual, riesgo de alteración: casado, con tres hijos (dos varones y una mujer) Tiene 5 nietos y amplio grupo sociofamiliar que presta apoyo a la familia en

forma de alternancia de cuidados y soporte emocional. Convive con la esposa, acude a centro de día en horario de 10 a 16 los días laborables. Los hijos visitan diariamente el domicilio de los padres, turnándose para acompañar y ayudar con las tareas de encajado del padre. Refieren muy buena relación familiar y aparentan interés en los cuidados.

- Dominio 8:

Sexualidad sin alteración actual: inhibición sexual desde hace 5 años.

- Dominio 9:

Afrontamiento/ tolerancia al estrés alterado: cambio en la relación familiar desde el inicio de la enfermedad con aumento de la dependencia hacia los cuidados del resto de la familia.

Taquicardia.

- Dominio 10:

Principios vitales sin alteración actual: según la familia, el paciente católico practicante. Acuden a celebración religiosa semanalmente y, ante la propuesta, solicitan la visita del capellán.

- Dominio 11:

Seguridad y protección alterado: diagnóstico médico de demencia tipo Alzheimer, hipertensión en el momento actual.

- Dominio 12:

Confort sin alteración actual: Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD): 3. Dolor leve.

- Dominio 13:

Crecimiento y desarrollo sin alteración actual: actualmente no anorexia. Peso adecuado.

Plan de cuidados NANDA/NOC/NIC:

Diagnóstico NANDA 00035 Riesgo de lesión.

NOC:

1909 Conducta de seguridad: prevención de caídas.

1910 Conducta de seguridad: entorno físico del hogar.

NIC:

6490 Prevención de caídas.

Actividades:

- Identificar características del entorno que puedan aumentar la posibilidad de caídas.

- Proporcionar dispositivos de ayuda: bastón, barras, andador.

- Bloquear la silla de ruedas/cama/sillón en transferencias del paciente.

- Colocar los objetos de uso habitual cerca del paciente.

- Utilizar barandillas laterales en la cama para evitar caídas.

- Proporcionar al paciente medios de solicitud de ayuda: timbre, campanilla, luz de llamada, etc.

- Disponer de iluminación adecuada.

- Disponer de luz nocturna en la habitación.

NOC:

1909 Conducta de seguridad: prevención de caídas.

1910 Conducta de seguridad: entorno físico del hogar.

NIC:

6486 Manejo del entorno: seguridad.

Actividades:

- Identificar las necesidades de seguridad según función física y cognitiva.
- Identificar riesgos: físicos, biológicos y químicos.
- Eliminar/controlar factores de riesgo.
- Disponer y utilizar dispositivos de adaptación física.
- Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del paciente: valorar.

Diagnóstico NANDA: 00155 Riesgo de caídas.

NOC:

1828 prevención de caídas.

NIC:

6490 Prevención de caídas.

6610 Identificación de riesgos.

5380 Potenciación de la seguridad.

Actividades:

- Controlar la marcha y el equilibrio.
- Ayudar en la de ambulación inestable favoreciendo el uso del baston.
- Colocar objetos al alcance del paciente
- Disponer sillas a la altura adecuada.
- Eliminar riesgos ambientales.

Diagnóstico NANDA 00051 Deterioro de la comunicación verbal.

NOC:

0902 Capacidad de comunicación.

0903 Comunicación: capacidad expresiva.

0907 Elaboración de la información.

NIC:

4976 Fomento de la comunicación: déficit del habla.

Actividades:

- Solicitar ayuda a la familia en la comprensión del lenguaje.
- Facilitar que el paciente oiga lenguaje hablado con frecuencia.
- Escuchar con atención.
- Utilizar palabras simples y frases cortas.
- Utilizar gestos si procede.
- Proporcionar un refuerzo y una valoración positiva.

NOC:

0902 Capacidad de comunicación.

0903 Comunicación: capacidad expresiva.

0907 Elaboración de la información.

NIC:

5520 Facilitar el aprendizaje.

Actividades:

- Establecer metas con el paciente.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
- Repetir la información importante, si es necesario.
- Reforzar la conducta cuando sea necesario.
- Dar tiempo al paciente para que realice sus preguntas.
- Responder a las preguntas de forma clara y concisa.

Diagnóstico NANDA 00129 Confusión crónica.

NOC:

0900 Capacidad cognitiva.

0908 Memoria.

NIC:

6460 Manejo de la demencia

Actividades:

- Hacer partícipe a la familia en la planificación, realización y evaluación de cuidados.
- Establecer hábitos: dormir, eliminación, alimentación, etc.
- Identificar el grado de déficit cognitivo mediante herramientas validadas (GDS, Mini-mental).
- Identificarnos y dirigirnos al paciente por su nombre.
- Mantener el contacto visual con el paciente.
- Evitar confrontaciones.
- Evitar rotaciones frecuentes de cuidadores.

NOC:

0900 Capacidad cognitiva.

0908 Memoria.

NIC:

7140 Apoyo a la familia.

Actividades:

- Facilitar fotos con los nombres de las personas que participan.
- Decorar las habitaciones con escenas e imágenes familiares.
- Identificar (marcas) las pertenencias del paciente para que las reconozca.
- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Escuchar las inquietudes y sentimientos de los familiares.
- Favorecer la comunicación entre los miembros de la familia.
- Enseñar a la familia los planes de cuidados.
- Incluir a la familia y al paciente en la toma de decisiones sobre los cuidados.

Diagnóstico NANDA 00128 Confusión aguda.

NOC:

1911 conducta de seguridad: personal.

NIC:

6486 Control ambiental: seguridad

6490 Prevención de caídas

NOC:

4820 Orientación cognitiva .

NIC:

2300 Administración de la medicación

6486 Control ambiental: seguridad.

6440 Control del delirio.

4820 Orientación de la realidad.

Diagnóstico NANDA 00155 Riesgo de caídas.

NOC:

1912 estado de seguridad: caídas.

NIC:

6610 Identificación de riesgos.

6490 Prevención de caídas.

6654 Vigilancia: seguridad.

Actividades:

- Identificar déficit cognoscitivo o físico de pacientes que puedan aumentar posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar conductas y factores que aumentan el riesgo de caídas (medicamentos, ayuno prolongado, fiebre, etc.).
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar la posibilidad de caídas (pisos resbaladizos, iluminación, etc.).
- Mantener en buen estado los dispositivos de ayuda, bastón en este caso
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos
- Instruir al paciente y a familiares para que solicite ayuda en caso necesario
- Responder inmediatamente al llamado del paciente y/o familiares.
- Disponer de iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Colocar señales que alerten al personal del grado de riesgo de caída que tiene el paciente.
- Orientar al paciente y familiares sobre los factores de riesgo a los que está expuesto.
- Llevar a cabo medidas precautorias que sustituyan la falta de equipo necesario (coparticipación familiar).

Diagnóstico NANDA: 00051 Deterioro de la comunicación verbal.

NOC:

0902 Comunicación:

NIC:

4976 Mejorar la comunicación.

Actividades:

- Escuchar con atención.
- Dar una orden simple.
- Animar al paciente a establecer conversación.
- Utilizar pictogramas ya que lo vienen haciendo en casa y el centro de día

Diagnóstico NANDA: 00140 Riesgo de violencia autodirigida.

NOC:

1401 Autocontrol de la agresión.

NIC:

4640 Ayuda al control del enfado.

6160 intervención en caso de crisis.

5380 Potencialización de la seguridad.

Actividades:

- Disponer de un ambiente no amenazador.
- Favorecer la presencia de la familia con el paciente para fomentar la seguridad.
- Presentar los cambios de forma gradual.
- Intervenir antes de que se manifieste la agresión.
- Administrar medicamentos.
- Establecer controles externos, formando a la familia para la detección precoz del inicio de la agitación.
- Disponer vigilancia continua del paciente.
- Anticiparse a situaciones desencadenantes.

Discusión/conclusión:

La intención de la presentación de este caso clínico es recopilar y actualizar los conocimientos alrededor de la actuación enfermera en los casos de agitación.

Pretendemos dejar evidencia que la agitación no es sólo una urgencia psiquiátrica o que se relacione exclusivamente con la salud mental o las urgencias. Puede presentarse en cualquier contexto sanitario y parece de interés general poder disponer de un plan de cuidados estandarizado que nos ayude a ejecutar las intervenciones adecuadas en función de los diagnósticos que se desprendan de la valoración enfermera sin perder de vista que el objetivo fundamental durante la asistencia a un paciente con agitación psicomotriz es salvaguardar la seguridad del paciente, profesionales y entorno ya se trate de una inquietud psicomotora o de una grave crisis.

Es importante mantener la jerarquía en el orden de aplicación de las actuaciones: contención verbal, farmacológica y mecánica, buscando en todo momento la colaboración de los acompañantes del paciente en las decisiones tomadas y en la medida de las posibilidades del entorno siendo los profesionales sanitarios quienes prioricen las intervenciones.

Al igual que con otras entidades médicas, no debemos perder de vista la importancia de la prevención y detección precoz, por eso debemos incluir entre las actividades a realizar la enseñanza a los acompañantes de los signos y/o síntomas que puedan anunciar el inicio de un episodio de agitación igual que debemos favorecer la prevención con las medidas que tengamos a nuestro alcance.

La importancia de hacer partícipe a los cuidadores en todas las actividades que sean posibles, nos permite por un lado obtener datos para realizar una valoración de las posibles complicaciones al alta e incluso de hacer una previsión de los cuidados necesarios al alta de nuestro paciente y por otro, buscar una mínima alteración de la cotidianidad del paciente.

No debemos olvidar que los planes de cuidados de enfermería han de ser individualizados y centrados en el paciente, extendiéndolo en la medida de lo posible al núcleo cuidador más cercano.

Capítulo 95

95 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA EXPLORACIÓN DEL PACIENTE

ELSA JAPÒN CASTRO

MONICA LARA MIÑAMBRES

EMMA LOREDO RODRÍGUEZ

CARMEN LÓPEZ VALLINA

ADRIANA MARIEL VARGAS CADIMA

95.1 Introducción

Para hacer el diagnóstico del paciente, lo primero es verlo el médico, para esto se tiene que tener en cuenta el historial anterior del paciente y la exploración de este.

El TCAE tiene que estar presente, colaborar y participar en la exploración, o bien en la propia unidad o en la consulta externa hospitalaria.

Se llama exploración médica o examen clínico al conjunto de métodos o maniobras que hace el facultativo para concretar la salud del enfermo.

El examen clínico se efectúa cuando la anamnesis que es la información recogida por un médico mediante preguntas claras y concisas tanto al paciente como a otras personas no son suficientes para conocer el estado de salud del enfermo. La exploración y la anamnesis son complementarias una de la otra.

El médico intentará concretar unos signos a través de la exploración no instrumental ,pero deberá realizar el uso de instrumental para determinar otros signos, eso se llama exploración instrumental.

En este capítulo intentaremos explicar las funciones del TCAE en la exploración del paciente realizada por el médico, las pautas que deben seguir en la sala de exploración y como se debe preparar tanto física como psicológicamente al enfermo para la exploración del facultativo.

95.2 Objetivos

Dar a conocer las pautas de cómo actuar en la sala o consulta de exploración.

Describir las funciones del TCAE en la exploración del paciente ya sea la función de tipo asistencial o de tipo organizativo.

95.3 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 en distintos buscadores, por ejemplo Google. En distintas revistas médicas como por ejemplo revistamedica.com.

En cursos formativos sobre funciones del TCAE en hospitales.

Auladae.com

95.4 Resultados

La exploración que realiza el médico puede ser de varias formas: no instrumental se hace manualmente ,lo primero es la inspección se observa el cuerpo de la cabeza a los pies para comprobar cualquier tipo de anomalía, luego la palpación que es tocar el cuerpo con las manos. También la auscultación que es escuchar los ruidos orgánicos y por último la percusión que es producir sonidos golpeando con los dedos en áreas específicas del cuerpo para comprobar el sonido que hace tras el golpeo.

La exploración instrumental se realiza con varios materiales y aparatos que sirven para hacer exámenes específicos, los más comunes son: el depresor lingual, el fonendo, el oftalmoscopio, el espéculo, pinzas médicas o quirúrgicas ,tijeras ,yesos etc. según lo necesario para la patología del paciente.

La exploración según las circunstancias se puede hacer en varios sitios ,si acude al médico de cabecera se realizara en la consulta médica, si está ingresado en el hospital se hace en la planta o en la unidad del paciente.

El TCAE tiene varias funciones se clasifican en dos tipos que son de tipo asistencial y de tipo organizativa.

La tarea de la función asistencial es cuidar de que todo esté dispuesto para el facultativo .La historia clínica que es el documento que recoge los datos clínicos actuales del paciente junto con sus antecedentes personales y familiares, los hábitos personales, las pruebas diagnósticas complementarias, el diagnóstico ,los tratamientos realizados y la recuperación del paciente.

También debe ayudar al paciente en lo que necesite tanto a nivel físico como psicológico.

La función organizativa es la ocupación de las citas para ese día y para otros consecutivos ,de su orden, de sus cancelaciones, modificaciones procurando que la cantidad de pacientes sea la idónea .

También se encargara de llamar a los pacientes por orden de lista para que pasen a consulta y les acompañara a la puerta al fin de la consulta.

En conclusión el TCAE tiene las funciones principalmente de:

- Preparar las historias del día.
- Recibir y orientar al paciente.
- Recoger los documentos y volantes precisos.
- Comprobar que la habitación está a buena temperatura.
- Acompañar al paciente, tranquilizarlo y apoyarlo psicológicamente si es necesario.
- Algunas veces antes de empezar la exploración se talla y pesa al paciente.
- Tener una mesita auxiliar cerca, con el material y el instrumental necesario. Comprobar

que este todo en perfecto estado y esterilizado, sin roturas ni desperfectos.

- Tiene que preparar el material necesario, tiene que informarse de la exploración que se realizará e informar al paciente en todo momento.
- Tiene también que cuidar de la intimidad del paciente, comprobar que no haya perturbaciones ambientales, ayudarlo a desvestirse y vestirse si es necesario.
- Ayudar al médico observando las manifestaciones del paciente.
- Ordenar documentación, cubrir volantes, pruebas complementarias.
- Reponer carro de curas y ropa para la exploración.
- Ordenar las vitrinas, material y los instrumentos , al fin de cada consulta limpiar el instrumental y enviarlo a esterilizar lo que sea de estéril.
- Recoger los pedidos que puedan llegar.
- Rotular las muestras del paciente y enviarlas al laboratorio.
- Colocar y archivar las historias clínicas de todos los pacientes vistos del día, colocarlos en su lugar correspondiente.

95.5 Discusión

El TCAE tiene unas funciones a la hora de la exploración del paciente. Lo primero es recibir al enfermo educadamente, tranquilizarle si está nervioso y darle ánimos si ve que es necesario para que el enfermo esté cómodo durante toda la consulta médica que se va a realizar. También es necesario que proteja la intimidad del paciente, tanto a nivel personal como ambiental para que tenga una buena predisposición ante la exploración. Además debe colaborar con el facultativo manteniendo la consulta limpia y ordenada, así como mantener el instrumental que necesita el médico para cada exploración en óptimas condiciones tanto de limpieza como de funcionalidad.

95.6 Bibliografía

- docplayer.es
- auxiliarenfermeriagc.blogspot.com
- adams.es
- swartz mh

Capítulo 96

96 CUALIDADES Y APTITUDES QUE DEBE DE TENER LA CATEGORÍA DEL ADMINISTRATIVO

YOLANDA JUVERA AGARRABEITIA

CARMEN VIILLAJOS CAMPO

96.1 Introducción

En este apartado de introducción vamos a exponer cómo a lo largo del trabajo de investigación vamos a trabajar con una serie de cualidades que debe de presentar el personal administrativo a la hora de trabajar en la sanidad pública. Dichas cualidades contemplan una amplitud de capacidades que debe de realizar el personal administrativo a la hora de desarrollar sus funciones. En los siguientes apartados vamos a intentar poner varios ejemplos que nos sitúen las distintas actitudes y cualidades que puede presentar este tipo de personal y como las mismas influyen en el correcto funcionamiento de sus tareas.

96.2 Objetivos

Analizar el trabajo del administrativo relacionado con las cualidades y aptitudes que debe de tener en su puesto de trabajo.

96.3 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.

96.4 Resultados

Este apartado de resultados nos va a servir para especificar algunas cualidades y actitudes que tiene que debe de tener el personal administrativo cuando trabaje en la sanidad pública. Dicho profesional de la salud debe de tener una serie de cualidades las cuales las vamos a clasificar en tres grupos y a su vez las actitudes las vamos a clasificar a su vez en un solo grupo. Respecto a las cualidades del administrativo deben de tener por un lado cualidades intelectivas que van relacionadas con el nivel cultural e intelectual del mismo. Esta capacidad es importante para el desarrollo de sus funciones. Por

otro lado tenemos las cualidades que van relacionadas con la capacidad de organizar y seleccionar los datos necesarios del paciente para que queden perfectamente registrados. Esta capacidad organizativa es sumamente importante para las funciones de este profesional de la salud. Por último tenemos las cualidades que van relacionadas con la empatía que este tipo de personal debe de tener a la hora de trabajar con el paciente. Todas ellas necesarias para desarrollar su trabajo de manera correcta hacen que el administrativo deba de tener en cuenta todas ellas. Respecto a las actitudes que debe tener el administrativo van relacionadas por un lado con la inteligencia que les da la posibilidad de razonar en muchos casos determinadas necesidades y problemáticas del paciente. Por último el que tenga una buena aptitud a la hora de desarrollar su trabajo ya que les permitirá fomentar un ambiente de trabajo favorable para el paciente.

96.5 Discusión

En este apartado de discusión queremos poner de manifiesto como el administrativo debe de tener en cuenta diversas cuestiones relacionadas con sus cualidades y aptitudes frente al trabajo. Ambas le proporcionarán una mayor capacidad de resolver problemas así como de ayudar al paciente en sus necesidades. Igualmente hemos determinado que el administrativo debe añadir además de las funciones propias de su categoría, otras que le hagan poder desempeñar su trabajo de la manera más eficaz posible. Es por tanto importante que estos conozcan todas ellas y las lleven a cabo porque dependiendo de ellas sus funciones serán más eficaces.

96.6 Bibliografía

1. De Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 97

97 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO

MARÍA LUZ SUÁREZ RUANO

97.1 Introducción

La cirugía es un proceso complejo y lleno de tensiones para el paciente, la familia e incluso los profesionales. Debemos mantener una actitud tranquilizadora hacia el paciente y su familia, favoreciendo que disminuya su estado de ansiedad y temor.

El quirófano es un área de uso y entrada restringida. Es considerada una zona de alto riesgo y por tanto se extreman las medidas de limpieza y desinfección. El personal de quirófano utiliza equipo de ropa y calzado específico: pijama, bata, gorro, mascarilla y zuecos o calzado cerrado cubierto por calzas. En el quirófano encontramos al cirujano/a y ayudantes, anestesista, DUE/GE instrumentista y DUE/GE circulante, TCAE y auxiliar Sanitario.

97.2 Objetivos

Describir el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en quirófano.

97.3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación mconsistente 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.

97.4 Resultados

Para el desarrollo de una intervención quirúrgica es necesaria una preparación correcta del quirófano, así como la formación de todo el personal, adecuados métodos de desinfección y esterilización y determinadas precauciones de seguridad que deben realizarse, para que la sala de operaciones sea en un lugar seguro para el enfermo.

En todo este proceso, el TCAE desempeña una función muy importante, trabajando en coordinación con las enfermeras, dando apoyo a su actividad, y realiza actividades de limpieza, colocación y reposición del material en quirófano.

El TCAE dentro de la unidad de quirófano está presente en todas las etapas del proceso quirúrgico, estas son:

1. Periodo preoperatorio.

Comprende el periodo previo a la intervención. El paciente tendrá que prepararse física y psicológicamente para la intervención que va a llevarse a cabo.

Los cuidados son:

- Resolver las dudas que surjan al paciente o familiares sobre la intervención quirúrgica.
- Preparación y comprobación del material necesario para la intervención.
- Preparación del paciente el día de la intervención: higiene del paciente, enemas de limpieza, comprobación del ayuno, preparación de la piel de la zona a intervenir.

2. Periodo intraoperatorio.

Este periodo comprende el tiempo que dura la intervención quirúrgica, desde que el paciente entra en el quirófano hasta que es trasladado a la unidad de destino postquirúrgica.

Los cuidados en este periodo son los siguientes:

- Apoyar psicológicamente al paciente.
- Proteger las pertenencias del paciente.
- Proporcionar el material necesario que se solicite durante la cirugía.
- Colaborar con la DUE cuando lo necesite las técnicas que se realicen al paciente.
- Limpiar el material que se ha utilizado en el proceso anestésico para dejarlo disponible en quirófano por si se necesita posteriormente.
- Ayudar junto con la enfermera circulante a vestir y atar las cinchas de la bata quirúrgica a la enfermera instrumentalista y resto de miembros del equipo.
- Ayudar en la colocación de la manta térmica para así evitar la hipotermia.
- Comprobar que el paciente esté correctamente colocado para la intervención. Asegurarse de una correcta posición anatómica y prevenir los posibles puntos de presión colocando almohadillas de silicona. También se deben evitar las posibles caídas del paciente con soportes accesorios de la mesa quirúrgica.
- Colaborar en la colocación de los apósitos al final de la cirugía si la DUE lo precisa.
- Adecuar la cama para el traspaso del paciente a esta.
- Recoger y limpiar el instrumental quirúrgico empleado en la intervención, siguiendo los protocolos de limpieza del hospital.
- Retirar todo el material desechable utilizado en el proceso, limpiar el mobiliario, limpiar el aparataje.
- Colocar las sábanas de la mesa quirúrgica una vez se haya limpiado.
- Coordinar con los servicios de limpieza la adecuación del quirófano para la siguiente intervención quirúrgica.
- Reponer el material que haya sido utilizado para que esté listo para una próxima intervención.

3. Periodo postoperatorio.

Es el periodo posterior a la intervención. En esta fase se produce la recuperación post anestésica del paciente, se mantienen sus funciones vitales y se previenen complicaciones postoperatorias.

Los cuidados en este periodo son:

- Colaborar y asistir con todo aquello que necesite el DUE.
- Colocación de cuñas y botellas en caso de que el paciente lo necesite.
- Control de los lavados y cambiar las bolsas cuando se necesiten, así como vaciar las bolsas de diuresis.
- Cambio de sábanas o mantas si es necesario.
- Dar confort al paciente.
- Controlar la temperatura.

97.5 Discusión

Es muy importante la buena actuación del TCAE en el área quirúrgica, ya que es la base del éxito de una intervención quirúrgica, ya que el cirujano no podrá realizar su trabajo de forma fluida y eficiente sin un equipo de apoyo competente. Así mismo es importante poseer un alto nivel de concentración y atención, capacidad para cumplir órdenes e instrucciones con exactitud y ser capaces de mantener estos niveles durante periodos de tiempo prolongados otras de las aptitudes que deben caracterizar a los auxiliares de quirófano son una buena capacidad organizativa, puntualidad, seriedad y ser metódico en el trabajo.

97.6 Bibliografía

1. <http://donacion.organos.ua.es/>.
2. Art.76 del Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de la Seguridad Social.
3. <https://aprenderly.com/>.
4. <https://www.auxiliarenfermeriabcn.net/>.

Capítulo 98

98 EL CELADOR Y EL PACIENTE PALIATIVO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

BUSHRA MOHAMED AHMED

MARIA ISABEL ALVAREZ ALVAREZ

RAFAEL MANUEL FERNÁNDEZ HUERTA

CELIA GARCÍA RODRÍGUEZ

MARIA BELEN MENÉNDEZ GONZALEZ

98.1 Introducción

La Asociación Española de Cuidados Paliativos define a los pacientes terminales como pacientes con una enfermedad progresiva e incurable que no responde razonablemente a un tratamiento específico, con una esperanza de vida esperada de 6 meses a 1 año.

En situaciones terminales, el objetivo del personal de enfermería y de todo el equipo profesional no es la recuperación del paciente, sino el seguimiento de los síntomas, la finalización de los cuidados, el alivio del dolor y el apoyo familiar. Los principales criterios que determinan la última etapa son:

{= Hay una enfermedad progresiva e incurable.

- Respecto al sufrimiento y al proceso de morir, tiene un fuerte impacto emocional en los pacientes y sus familias. - poca respuesta al tratamiento agresivo de la enfermedad de base.

- Los efectos son severos, multifactoriales y se presentan con varios problemas o síntomas: dolor, estreñimiento, náuseas y vómitos, enfermedades e infecciones orales, pérdida de apetito, insomnio, dificultad para respirar, orinar, incontinencia, cambios en el tejido corneal, anuria y mantenimiento, etc.

98.2 Objetivos

Exponer las particularidades del paciente en cuidados paliativos, el papel de los celadores con este tipo de pacientes en esta unidad.

98.3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se hizo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además, se hizo una búsqueda sistemática de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos como son: Pubmed, Medline y Scielo. Se han seleccionado los artículos científicos que proceden de publicaciones académicas revisadas.

98.4 Resultados

Es fundamental la función del celador ante un paciente miembros del equipo (médicos, enfermeras, celadores, psicólogos, etc.), un apoyo muy grande para el paciente, por lo que deben ser muy cuidadosos y profesionales en su trabajo. El comportamiento del celador es continuo tanto para mejorar la calidad de vida del paciente, para asegurar la continuidad y asistencia personalizada, para mantener la dignidad del paciente, para ayudar, junto a

otros compañeros, a mantener la higiene diaria y una correcta postura para intentar que tenga la mayor comodidad posible. Actuar al extremo frente a la familia y estar atento a sus comentarios. El celador debe desarrollar empatía (la capacidad de estar en el lugar de alguien y comprender lo que está sintiendo o pensando), escuchando y hablando sobre las necesidades psicológicas del paciente y con los familiares. Hay cinco etapas por las que puede atravesar una persona con una enfermedad terminal antes de aceptar la muerte, pero no todas, pero al menos dos.

- Negación: es la protección del paciente contra la enfermedad.
- Ira: Fases de desacuerdo, enfado, disgusto e insatisfacción.
- Negociaciones: (de acuerdo) el paciente acepta la idea de que va a morir, pero trata de retrasar o retrasar el resultado tanto como sea posible.
- Depresión: El período de depresión y desánimo. Respuesta.
- Aceptación: el paciente está preparado para el desenlace.

La gente llora de diferentes formas. El celador siempre debe respetar sus creencias y necesidades religiosas y tratar a cada persona por separado y de manera diferente.

98.5 Discusión

Como resultado del análisis, concluimos que los transportistas juegan un papel muy importante para quienes se especializan en el cuidado de los enfermos terminales.

La salud del paciente debe ser el objetivo principal de los profesionales de la salud. La formación especializada en cuidados paliativos ayuda a garantizar una atención especializada adecuada para los pacientes con enfermedades terminales. A medida que

se acerca el final de la vida de un paciente, se deben tomar medidas para garantizar la comodidad del paciente, y todo el personal médico de esta unidad se esfuerza por minimizar la incomodidad del paciente. En tales casos, la familia es parte del proceso, y los familiares deben empatizar con ellos, mostrarles respeto y cariño. Los familiares deben garantizar una comunicación verbal y no verbal adecuada y siempre deben ser pacientes con su actitud. En todo momento se debe mantener el respeto, la empatía y el espíritu de cooperación. Su atención y actitud debe ser óptima y preventiva en una situación tan difícil como la de un paciente moribundo.

98.6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com>
2. <https://www.logoss.net/file>
3. <https://congresosicepa.com>

Capítulo 99

99 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA. EFICACIA DE LA SACAROSA ORAL EN RECIÉN NACIDOS DURANTE PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS.

RAFAEL RODRIGUEZ CASTILLEJO

RAQUEL CASTILLO MARTIN

RAUL NEGRO MORAL

ABDELOUAHED AMAL AMANE

ELENA SANCHO MUÑOZ

99.1 Introducción

La neonatología se encarga del estudio de los recién nacidos. Un neonato es un recién nacido que abarca desde los 0 hasta los 28 días de vida. En la unidad de neonatos ingresan bebés con diferentes problemas, entre ellos destacan la ictericia fisiológica o prematuros (aunque en neonatos suelen ingresar prematuros tardíos pero no extremos muy prematuros ya que estos ingresan en Uci pediátrica), entre otros. Los cuidados en neonatos varían dependiendo de la causa por la que esté ingresada el paciente, es decir, no son los mismos cuidados en un paciente que está en incubadora por prematuridad que el paciente que está en cuna por ictericia o pico febril.

99.2 Objetivos

Establecer una relación entre la utilización de la sacarosa oral como método no farmacológico durante procedimientos dolorosos en recién nacidos para calmar este dolor o llanto en neonatos nacidos a término o pretérmino.

99.3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se hizo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además, se hizo una búsqueda sistemática de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos como son: Pubmed, Medline y Scielo. Se han seleccionado los artículos científicos que proceden de publicaciones académicas revisadas.

99.4 Resultados

Los estudios revelan que el dolor que se les produce al realizarse algunas técnicas de enfermería puede causarles variaciones en la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno además se valora el dolor mediante escalas de este tipo.

A continuación se responde a la pregunta propuesta en este trabajo y formulada anteriormente:

Se ha buscado la eficacia de la sacarosa oral aunque también se ha comparado en algunos de ellos con otros métodos no farmacológicos y no solamente eso si no que también se ha buscado si en conjunto con estos otros métodos aumenta o no su eficacia a la hora de realizar una punción o técnica que pueda producir dolor.

En los estudios se ha encontrado que la sacarosa oral es efectiva en técnicas que no provoquen un dolor intenso o agudo como son la punción en el talón, gasometría, bilirrubina, sin embargo en cuanto a la eficacia de la sacarosa en otras intervenciones como punción arterial, inyección subcutánea, inserción de sonda nasogástrica, el cateterismo de la vejiga o los exámenes oculares los estudios no son concluyente por falta de información. Es verdad que en la mayoría de los ensayos indicaron algún beneficio del uso de sacarosa, pero la evidencia para otros procedimientos dolorosos es de menor calidad ya que se basa en pocos estudios con tamaños de muestra pequeños.

En los artículos se compara la glucosa con la sacarosa para comprobar cual de los dos es más efectivo. Se administran 2 ml al 20% antes del procedimiento doloroso y los resultados revelan que ambas dos son efectivas de esta manera en la reducción de signos dolorosos.

99.5 Discusión

La sacarosa oral es un método no farmacológico efectivo en procedimientos dolorosos en neonatos tanto prematuros como a término, aunque dependiendo de que procedimientos, en aquellos que sean más invasivos o que produzcan un umbral de dolor mayor o muy agudo no se ha comprobado la eficacia y se necesita de mayor investigación pero en la punción del talón, en realizar analíticas, inyecciones intramusculares, gases venosos o bilirrubinas está comprobada su eficacia.

Falta por determinar el volumen adecuado de sacarosa a utilizar. Aunque la glucosa y sacarosa son efectivas ambas para disminución del dolor, se utiliza con mayor frecuencia la sacarosa oral.

99.6 Bibliografía

1. Sacarosa oral [Internet]. Stjude.org. Disponible en: <https://www.stjude.org/es/cuidado-tratamiento/sabia-usted/farmacocinetica-y-medicamentos/sacarosaoral.html>.

Capítulo 100

100 ANSIEDAD POR SEPARACIÓN ESTUDIO DE CASO CLÍNICO POR TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ PÉREZ

MARIA ISABEL ALVAREZ ALVAREZ

MARIA ISABEL ALVAREZ REGUERA

100.1 Introducción

El trastorno por separación por norma general es una etapa y un proceso normal del desarrollo de un niño que es el caso que vamos a desarrollar y que suele solucionarse antes de llegar a cumplir los cuatro o cinco años. Dependiendo de la situación y por supuesto del niño y de su edad puede derivar o ser subyacente un trastorno más grave como el caso que vamos a ver, un trastorno de ansiedad por separación en niños menores de cuatro años.

La percibe como intensa o se prolonga en el tiempo esta ansiedad por separación que siente el niño sobre todo en su vida diaria y en la escuela, pudiendo llevarle a la consecuencia de sufrir ataques de pánico u otros problemas derivados del trastorno de ansiedad por separación. Por lo general se concierne con la ansiedad del niño con su madre o su cuidador principal o la figura de apego que el niño tenga.

100.2 Objetivos

Describir la ansiedad por separación a partir de la exposición de un caso clínico de un niño adoptado y separado de sus padres biológicos.

100.3 Caso clínico

Mateo es un niño que fue adoptado en Uruguay, con 10 meses, primeramente, sus padres se fueron a vivir a Dinamarca y dos meses más tarde se trasladaron a España.

Tiene una hermana mayor que él y sus progenitores tiene entre 40 y 45 años. Toda la familia tiene un alto nivel sociocultural, sus progenitores son facultativos de los servicios de salud y es una unidad familiar tradicional bien organizada, con lo cual la vida familiar es positiva.

El motivo de que los progenitores lleven a Mateo a consulta es que a partir del

consejo de un pediatra conocedor de los problemas de ansiedad y de conducta del niño, sobre todo ya preocupados por la gravedad que viene observando la familia en los últimos cinco meses, llegando a tener dificultades de lenguaje e inconvenientes y trastornos causados por Mateo en la convivencia familiar. Cuando Mateo tenía tres meses, fue llevado a un centro hospitalario dedicado a gestionar adopciones, durante este tiempo nunca tuvo una figura de apego. Cuando fue adoptado, después de pasar por Italia y finalmente llegar a España, como es conveniente se le efectuaron pruebas y reconocimientos medidos, para ver su estado de salud con un resultado positivo de que Mateo estaba bien y sin ningún problema de salud actual ni anterior a la adopción. En Mateo cuando se efectuó la consulta se podía observar algún retraso común a la edad en el lenguaje y era un poco retraído a nivel social, tímido, miedoso, meticoloso y ordenado, los cambios y salidas de sus rutinas le estresaban, mostrándose nada colaborador, según la madre ella lleva mejor la situación, pero al padre se le ve demasiado protector, refiriendo que el niño solo se defiende al demostrar esa actitud porque tiene miedo y cree que podría ser abandonado otra vez.

100.4 Discusión-Conclusión

Se concluye del caso de Mateo, adoptado en Venezuela que todo apunta a que presenta un cuadro de ansiedad por separación con problemas de vinculación afectiva y de conducta agravado en los últimos cinco meses interfiriendo en la vida familiar, se le efectúa un diagnóstico de trastorno de ansiedad por depresión a través de entrevistas clínicas, también con la observación de la conducta y pruebas estandarizadas oficiales, quedando registradas en la consulta de las respuestas a la problemática de la conducta de Mateo. Se efectuó con Mateo terapias cognitivas conductuales, en conjunto con toda la familia al completo en el entorno de Mateo y en su propia casa para la tranquilidad del niño, se reforzó el vínculo familiar, para el desarrollo de estas terapias, con la finalidad de una mejoría en la conducta del niño y de la convivencia de la vida diaria de la familia en su conjunto.

100.5 Bibliografía

1. Bosch, L. (2004). Evaluación Fonológica del Habla Infantil. Barcelona: Ed. Masson.
2. Bowlby, J. (1993). El vínculo afectivo. Barcelona: Paidós.
3. Echeburúa, E. (2006). Trastorno de Ansiedad en la Infancia. Madrid: Ediciones Pirámide.

Capítulo 101

101 PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

LIRIAH ABDESELAM MOHAMED

FRANCISCO MARTOS CONEJO

STEFANNY ALEXANDRA CASTRO CONTRERAS

MARÍA DE LA SOLEDAD RUBIO SAN JUAN

MARTA ALVAREZ GONZALEZ

101.1 Introducción

La incidencia de cáncer gástrico se ha mantenido estable durante los últimos diez años en nuestro país. Sí se ha podido observar un aumento de este tipo de cáncer proximal. Los adultos que son jóvenes y de raza blanca son los que tienen mayor probabilidad de presentar el adenocarcinoma gástrico proximal. A día de hoy se desconocen del todo las razones de lo que es la disminución en la incidencia de este tipo de cáncer, aunque varios resultados de los estudios lo atribuyen a la disminución que se tiene de la refrigeración de las frutas y de las verduras.

101.2 Objetivos

Describir cómo se llega a un diagnóstico de adenocarcinoma gástrico a través de la exposición de un caso clínico.

101.3 Caso clínico

Paco tiene 55 años, en la consulta de su médico habitual cuenta que no tiene hambre, es su síntoma principal, se le han quitado las ganas de comer hace un par de meses, como consecuencia de esto ha perdido 9 kilos, y se ha puesto a comer, pero sin hambre, respeta los horarios de comida por ser disciplinado y porque es necesario, come menos cantidad porque siempre tiene sensación de plenitud. Se realiza una analítica en la que se encuentra anemia, falta de vitamina D, K y el grupo de las vitaminas B también se encuentra alterado, ante estos resultados, decide derivarlo al especialista de digestivo pensando que puede ser una enfermedad celiaca porque manifiesta que en algunas ocasiones tiene diarrea. En

los días que median entre la consulta de primaria y la consulta del especialista aparece dolor gástrico en forma de molestia que no es muy intenso, el especialista realiza una gastroscopia a Pacoosé Luis y aprecia mediante la cámara del endoscopio una lesión tumoral en la zona del esófago que se comunica con el estómago, se toman muestras para su análisis, se ingresa al paciente y después de informarle se le prepara para intervenirle quirúrgicamente en los próximos días y proceder a su resección para poder someterse al tratamiento de quimioterapia lo antes posible, el tumor tiene un estadio II, lo que después de la intervención quirúrgica necesitará de un ciclo de 11 sesiones de quimioterapia cada 21 días y se seguirá valorando en las revisiones a través del Pec-Tac como va evolucionando la capacidad de regeneración de la zona, la alimentación del paciente, la inmunidad de su organismo y la calidad de vida que puede mantener.

101.4 Discusión-Conclusión

El adenocarcinoma gástrico es un tipo de tumor que cuando aparecen los síntomas por regla general ya tiene un mal pronóstico, es un tipo de cáncer en el que el primer síntoma es la no absorción de los alimentos, por lo tanto, la pérdida de peso se puede dar de forma progresiva, esto supone un problema sobre todo en las mujeres, la edad media de aparición es de 50 años, para las mujeres de esta edad que coincide con la menopausia y consecuencia del cambio hormonal la ganancia de masa hormonal, la pérdida de peso supone un gran alivio para ellas en un principio por lo que tardan en acudir al especialista.

101.5 Bibliografía

1. Sánchez, E. (2017). Adenocarcinoma gástrico. Revista Médica Sinergia, 2(1), 13-21.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 102

102 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARTA SOTOS SOTOS

102.1 Introducción

El celador es un profesional no sanitario que se encarga de realizar diferentes funciones según los diferentes servicios y especialidades.

Entre ellas están los servicios especiales, de los que cabe destacar la unidad de cuidados intensivos, una unidad cuya finalidad es atender a pacientes que se encuentran en un estado de salud crítico o comprometido, y que precisan de monitorización constante y atención continuada.

Por ello es necesario el conocimiento por parte de todo el personal de una serie de cuestiones básicas acerca del paciente crítico, ya que precisa de un tratamiento especializado.

102.2 Objetivos

Conocer como personal celador algunas cuestiones básicas acerca de nuestras funciones en el servicio de UCI, para un mejor desempeño de nuestro trabajo.

102.3 Metodología

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

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

102.4 Resultados

Para que un paciente sea trasladado a una unidad de cuidados intensivos debe necesitar un alto nivel de cuidados y tener capacidad de recuperación.

Esta unidad cuenta con aparataje, medicación y material específico como respiradores, monitores, bombas de infusión etc que otros servicios no tienen.

Ante el ingreso de un paciente todo el personal de enfermería, auxiliares de enfermería, médicos intensivistas, personal celador etc debe estar correctamente formado para trabajar de forma conjunta, garantizando las mejores condiciones para el paciente.

Entre las funciones del celador en el servicio de UCI podemos destacar las siguientes:

- Traslado de pacientes a la unidad y también para la realización de pruebas diagnósticas a servicios complementarios (TAC, resonancia magnética etc).
- Traslado de muestras biológicas a los diferentes laboratorios.
- Movilización del paciente en colaboración con el equipo de enfermería.
- Traslado de documentación, aparataje o material.
- Conocimiento acerca de los protocolos de aislamiento de un paciente.
- Ayudar al personal de enfermería en todas aquellas tareas o procedimientos en los que sea necesario: técnicas, curas, tratamientos etc.

El paciente de UCI precisa de un trato cuidadoso por parte de los profesionales, donde se debe prestar especial atención a no arrancar catéteres, drenajes, apósitos, cables de monitorización, tubuladuras del respirador, gafas de oxígeno etc.

102.5 Discusión

Hemos realizado una revisión cuya finalidad era poder hacer una recopilación de toda aquella información referente a las funciones del personal no sanitario celador, para una mejor y más correcta formación de los profesionales en estas unidades especiales.

Debemos de tener en cuenta en todo momento que estamos tratando con pacientes cuyo estado de salud es grave y que corren peligro de muerte, por lo que nuestras tareas deben estar siempre supervisadas y dirigidas por personal médico o de enfermería, trabajando en conjunto para que el paciente esté en todo momento seguro.

Cabe recordar la importancia de la movilización del paciente encamado en este servicio y del aseo del paciente, dos momentos en los que la figura del celador está muy presente.

102.6 Bibliografía

1. El celador en la UCI- <https://www.google.com/amp/s/revistamedica.com/celador-uci/>.
2. El celador en la unidad de cuidados intensivos - <https://sinfsa.com/wp-content/uploads/2020/04/CURR-EL-CELADOR-EN-LA-UCI.pdf>.
3. Curso celador en la uci- <https://www.google.com/amp/s/www.euroinnova.edu.es/celador-unidad-cuidados-criticos/amp>.
4. Funciones del celador en urgencias, uci y uvi- <https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-urgencias-uci-uvi>.

Capítulo 103

103 EL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

NEREA ALONSO GARCIA

LETICIA FELGUEROSO REBOLLOS

103.1 Introducción

Los cuidados paliativos son definidos como la asistencia y cuidados a los pacientes y a sus familias por un equipo multidisciplinar. Estos cuidados están enfocados a proporcionar bienestar y apoyo tanto a los pacientes como a sus familias en la fase final de una enfermedad terminal.

Los elementos fundamentales según la Asociación de Cuidados Paliativos son:

- Pronóstico de vida inferior a seis meses.
- Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva.
- Falta de posibilidad de respuesta al tratamiento específico.
- Existencia de problemas intensos, múltiples y cambiantes según la enfermedad se va agravando.
- Todos estos elementos producen un impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), los cuidados paliativos no adelantan ni atrasan la muerte, proporcionan alivio del dolor y ayudan a los pacientes a vivir con dignidad hasta que llegue el momento de la muerte, así como ayudan a las familias a hacer frente la enfermedad del paciente y a su propio dolor, por tanto, estos cuidados deben abarcar las necesidades físicas, psicológicas y espirituales del enfermo y de su familia, por ello estos cuidados necesitan la formación de equipos interdisciplinarios.

La OMS establece entre otros objetivos:

- Alivio del dolor.
- No alargar ni acortar la vida.
- Proporcionar apoyo psicológico, social y espiritual, tanto al paciente como a la familia.
- Mejorar la calidad de vida.

103.2 Objetivos

Exponer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en cuidados paliativos.

103.3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación basada en una revisión bibliográfica sobre el tema a tratar , realizando una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en Scielo, Pubmed, Scopus y Medline, seleccionando artículos científicos académicamente reconocidos.

103.4 Resultados

El auxiliar de enfermería como miembro del equipo tiene como objetivo, al igual que el resto del equipo, la atención integral del paciente y van a ser los profesionales sanitarios que más tiempo dedique al enfermo, con un contacto muy directo, por lo que deben conocer signos normales o cambiantes para poder comunicar cualquier cambio importante en el paciente.

Una vez que se agotan los recursos curativos, nos debemos apoyar en las terapias paliativas donde el control del dolor y el bienestar del paciente debe ser lo más importante.

El personal de enfermería y dentro de ellos el auxiliar, desempeñan un papel importante en el cuidado de los pacientes con cuidados paliativos, por tanto, es fundamental que el personal de enfermería esté capacitado para atender de una forma adecuada a este tipo de pacientes, ya que el objetivo de los estos cuidados no es solo aliviar el dolor del paciente en sus últimos momentos, sino que también es fundamental que logren que el paciente y su familia se sientan apoyados emocionalmente.

Los auxiliares de enfermería (TCAE) deben lograr que el paciente sea lo más independiente posible y cuando esto no sea posible debido al avance de la enfermedad, deberán intentar que el paciente se adapte de la mejor forma posible a sus limitaciones , cuidara no solamente los aspectos físicos, sino también los psicológicos y espirituales y por ello debe procurar lograr una buena comunicación tanto con el paciente como con su familia. Vigilará en todo momento que el paciente no presente dolor, alteraciones del sueño o intranquilidad, respetando en todo momento los deseos del paciente.

El TCAE es el que más tiempo dedica a los cuidados del enfermo terminal y debe ser capaz de tener una buena comunicación con el paciente para consolarlo, aliviarlo y procurar que nos sienta cerca. En muchas ocasiones una simple sonrisa o caricia es lo más importante para ellos.

103.5 Discusión

Como conclusión podemos afirmar que el auxiliar de enfermería desempeña un papel fundamental en la atención al paciente terminal en los cuidados paliativos, debido a su cercanía tanto con el enfermo como con su familia, apoyando a ambos hasta llegar al objetivo final que es la aceptación de la muerte y desde mi propia experiencia personal en cuidados paliativos, no solo como personal sanitario, sino como familiar, en esos momentos, todo el equipo tanto el médico, como enfermería y demás sanitarios proporciona a los pacientes y a los familiares un gran apoyo, gracias a su cercanía y profesionalidad.

103.6 Bibliografía

1. Cuidados Paliativos para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Formación Continuada Logos, S,L.
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000100017.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm>.
4. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-cuidados-paliativos/>.

Capítulo 104

104 INTERVENCIÓN DEL FISITERAPEUTA ANTE LA LUMBALGIA CRÓNICA

MARÍA TERESA MARTÍ GABALDÓN

ANGELA MORALES CUELLAR

INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

SONIA NOVILLO DÍAZ-TENDERO

LIDIA TORIBIO MARTÍN

104.1 Introducción

La lumbalgia se puede considerar como una causa principal en la limitación de la actividad en individuos que tienen menos de 45 años y es la enfermedad músculo-esquelética con más prevalencia en los mayores de 65 años.

Los enfermos con esta patología no se pueden diagnosticar de esta dolencia con solamente los hallazgos de las imágenes radiológicas, cursa esta enfermedad con dolor que se ve influenciado por la posición y actividad a la que está sometida el individuo.

La incorporación a la vida laboral después de sufrir un episodio de lumbalgia es un criterio que tiene una mayor efectividad en los pacientes que la lumbalgia es subaguda o aguda, en los pacientes que la patología es crónica, la dolencia se vuelve más complicada. En la valoración de los factores psicológicos pueden influir en la lumbalgia de carácter crónico, aunque estos no puedan predecir la discapacidad, se encuentra en miedo y la ansiedad de volver a repetirse los episodios ya experimentados y la falta de funcionalidad que ello conlleva mientras duren los mismos.

104.2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es aportar información sobre el tratamiento fisioterapéutico de la lumbalgia crónica a través de la exposición de un caso clínico.

104.3 Caso clínico

Ernesto tiene 46 años, tiene una baja laboral hace dos meses por lumbalgia, esta lleva siendo crónica hace años, en los episodios anteriores se ha ido recuperando a los pocos días, pero en esta ocasión sigue con un dolor persistente que no le deja el descanso e

incorporarse a su vida laboral.

Su médico de atención primaria lo ha derivado a la consulta del rehabilitador para ver si es posible su valoración por el especialista, este en la exploración lo pauta un ciclo de sesiones que realiza el fisioterapeuta en el gimnasio.

Estas sesiones constan de TENS de 20 minutos para mitigar el dolor, termoterapia de 20 minutos para sostener la región y calentar la zona y ejercicios de pauta de restricción de movimientos y cambios de hábitos y estructuras fundamentales para mejorar la vida diaria. La lumbalgia crónica se puede solucionar con cirugía previa valoración por la lesión y la base de la recuperación del paciente.

104.4 Discusión-Conclusión

El tratamiento fisioterapéutico se combina para el buen desarrollo con el psicológico, últimamente se está generando mediante técnicas en la que se usa la modificación de conducta, tanto en el ámbito cognitivo-conductual como en el del condicionamiento operante, esto se hace junto con la terapia física que debe ser individualizada para cada paciente explorando las pruebas de imagen practicadas y la capacidad de dolor que tiene el paciente para realizar los ejercicios.

104.5 Bibliografía

1. Gómez-Conesa, A., & Moya, S. V. (2015). Lumbalgia crónica y discapacidad laboral. *Fisioterapia*, 27(5), 255-265.

Capítulo 105

105 INTERVENCIÓN DEL FISITERAPEUTA ANTE LA ESCOLIOSIS IDEOPÁTICA

MARÍA TERESA MARTÍ GABALDÓN

LIDIA TORIBIO MARTÍN

SONIA NOVILLO DÍAZ-TENDERO

INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

ANGELA MORALES CUELLAR

105.1 Introducción

La escoliosis se considera una deformidad que se produce en la columna cuando en este se presenta una curva estructural que se genera en un grado que varía en la deformidad del tronco. La forma que es más habitual de producirse es la escoliosis idiopática en el individuo adolescente, esta se desarrolla en la columna, en una fase de crecimiento y que puede generar efectos severos en forma estética y funcional, aunque este diagnóstico es siempre de exclusión. La escoliosis es tratada con ortesis o se soluciona con cirugía, tiene una magnitud severamente potencial. No obstante, hay que vigilar el comportamiento de la curva que puede ser de forma frecuente la que produzca en desarrollo de esta enfermedad, se hace un seguimiento clínico a través de imágenes radiológicas en serio para decidir cuál es el tratamiento más adecuado. Cuando la severidad se empieza a acusar, se empieza por la rehabilitación en el gimnasio a cargo del fisioterapeuta en un grado de sesiones de días alternos divididos en varios ciclos.

105.2 Objetivos

Aportar información sobre el tratamiento rehabilitador de la escoliosis en el gimnasio por el fisioterapeuta.

105.3 Caso clínico

Sara tiene 12 años, se queja constantemente de dolor de espalda, su madre la corrige continuamente la postura, dice que se siente mal, el pediatra realiza una imagen radiológica en el que se aprecia una escoliosis ya en un grado severo, se desvía a la consulta del traumatólogo para recibir una valoración. Sara tiene una curva bastante severa en la

espalda con prominencia en varios grados, se la coloca un corsé de retención que debe llevar 20 horas al día, Sara tiene un comportamiento errático con el corsé, se lo quita por la noche y en los meses de calor se ha negado a ponérselo, los fines de semana tampoco se lo ha puesto, la escoliosis no ha mejorado nada con el desarrollo y la adolescencia, se toma la decisión de una intervención quirúrgica y se pone a Sara en lista de espera, durante el tiempo de espera Sara acude al gimnasio con un fisioterapeuta para aprender comportamiento y corregir posturas con un fisioterapeuta.

105.4 Discusión-Conclusión

La escoliosis cuando se produce en la niñez o en el inicio de la adolescencia tiene como inconveniente el comportamiento a los medios de conservación iniciales que se ponen por parte de los traumatólogos, estos medios son de difícil manejo y son incómodos para el menor por lo que agrava el problema.

105.5 Bibliografía

1. Álvarez García de Quesada, L. I., & Núñez Giralda, A. (2021). Escoliosis idiopática. *Pediatría Atención Primaria*, 13(49), 135-146.
- 2 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 106

106 EL FISITERAPEUTA EPONE LA ARTRITIS REUMATOIDE

MARÍA TERESA MARTÍ GABALDÓN

LIDIA TORIBIO MARTÍN

SONIA NOVILLO DÍAZ-TENDERO

INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

ANGELA MORALES CUELLAR

106.1 Introducción

La Artritis Reumatoide se considera una enfermedad que tiene un carácter crónico, progresivo y acaba siendo invalidante, tiene una afectación de los tejidos articulares y peri-articulares que tiene una presentación en brotes de dolor y de inflamación de la sinovial que provoca una limitación funcional y de disminución de la autonomía.

Se afecta de forma principal la muñeca, mano hombro codo y la columna principal. La causa principal no ha sido determinada por los estudios ni se puede comprobar su etiología, se cree que se produce por un depósito interarticular de varios complejos inmunes o por microorganismos.

106.2 Objetivos

Dar a conocer la artritis reumatoide a partir de la descripción de un caso clínico.

106.3 Caso clínico

Delfina es derivada a la consulta de reumatología por presentar desde hace más de un año dolores en las articulaciones de forma progresiva, refiere que el dolor empezó en los codos, se ha ido extendiendo a otras articulaciones, y aparte del dolor también tiene incapacidad funcional. Trabaja en una fábrica envasando fruta y pensaba que era del trabajo y de las corrientes de aire, al llevar seis meses de baja por esta dolencia y lejos de mejorar ha visto que ha ido empeorando se remite al reumatólogo para su valoración. El especialista observa en la analítica que los marcadores reumatoides son altos indicando alguna enfermedad que uniendo los datos a la exploración física de la paciente y a una densitometría que se realiza confirman el diagnóstico de artritis reumatoide. Esta enfermedad tiene un tratamiento combinado de farmacología y de fisioterapia para poder ayudar al control de la deformidad de las articulaciones prologando el movimiento de estas.

106.4 Discusión-Conclusión

La fisioterapia que se puede realizar en las articulaciones está muy limitada por el dolor y la falta de funcionalidad que tiene el paciente, se trata en el gimnasio de especializada estos casos de artritis reumatoide con tens que alivian el dolor y con calor térmico de forma temporal para aliviar las funciones y poder trabajar movimientos de refuerzo.

106.5 Bibliografía

1. López, H. G. (2019). Fisioterapia en la artritis reumatoide. eFisioterpaia. net.
- 2 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 107

107 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON SONDA VESICAL

CYNTIA LÓPEZ LÓPEZ

M. GEMA MARTIN DEL BURGO GONZÁLEZ

107.1 Introducción

Los pacientes que se someten a la técnica de cateterismo permanente son aquellos que no pueden orinar espontáneamente debido a diversas complicaciones o enfermedades, cirugía. La sonda vesical es una técnica de enfermería que debe realizarse de forma aséptica para drenar o recoger la orina de la vejiga.

Las sondas pueden estar hechas de diferentes materiales, lo que afectará el tiempo que permanezcan en el cuerpo del paciente. Los tipos de materiales pueden incluir látex, silicona y teflón.

Las sondas también pueden ser rectas o en ángulo. Para contar y registrar esta orina, se conecta una sonda a la bolsa de orina, que tiene una válvula que se puede abrir y vaciar. Esta bolsa siempre debe estar debajo de la cintura para que la orina pueda fluir hacia adentro.

107.2 Objetivos

Describir cómo debe ser la atención de TCAE para los pacientes que se someten a un cateterismo vesical permanente.

107.3 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.

107.4 Resultados

El uso de un catéter urinario puede causar muchas complicaciones, como alergia al látex, daño a la uretra, cálculos renales, infección del tracto urinario o del riñón, fiebre, pérdida

de orina alrededor del catéter.

Es importante saber la diferencia entre el cateterismo vesical femenino y el cateterismo vesical masculino, esto está relacionado con la medida de la uretra, las mujeres tienen una uretra muy corta, por lo que el procedimiento será más fácil y la orina regresará inmediatamente al tubo.

En cambio, a los hombres les cuesta más llegar a la vejiga porque tiene más brazadas. Nuestra revisión se basa en el cuidado de las sondas vesicales permanentes, que requieren un cuidado especial.

Otras pautas a tener en cuenta por el TCAE son:

- Los catéteres vesicales permanentes deben revisarse en cada turno para evitar que se retiren accidentalmente. Si el paciente está consciente y orientado y se nota humedad alrededor del catéter, esto debe anotarse para evaluar el estado de permeabilidad del catéter.
- La esterilidad es crítica para cualquier procedimiento que involucre el movimiento del tubo, la prueba de permeabilidad y el vaciado de la bolsa.
- También es importante que la bolsa de orina se adhiera a la pierna del paciente debajo del muslo y la nalga para que al estar pegada no se pueda mover con tanta facilidad y el paciente tenga más control.
- Deben evitarse las sacudidas durante la transferencia y la movilización, ya que puede retirarse accidentalmente y dañar la uretra, ya que el globo interno todavía está inflado en este punto y se romperá al pasar por el catéter uretral.
- No dejar la bolsa sobre el suelo, colocar un paño estéril o vendaje para evitar el contacto directo entre el suelo y la bolsa.
- La válvula es antirreflujo, cuando se vacía la bolsa, el TCAE debe comprobar que la bolsa ha vuelto a la parte correcta y cerrada, esto evitará que la orina se derrame en el suelo y no se pueda registrar correctamente la diuresis del paciente.
- Hay varios tipos de sonda que no deben ser permanentes, para este fin se utiliza una sonda vacía, que es una parte especial de la sonda que debe usarse para recolectar una muestra de orina.

107.5 Discusión

El cuidado del catéter vesical es importante para evitar infecciones nosocomiales y sus posibles complicaciones. Por ello, la formación sobre los tipos de catéteres y su cuidado es importante para los TCAE y todos los profesionales sanitarios que trabajan con estos catéteres.

En cuanto a la introducción de la sonda, debe ser estéril, porque así también evita la transmisión de la infección al paciente, por lo que debe realizarse entre dos sanitarios, uno de los cuales manipula la sonda, y el otro le ayuda a ponerse la bolsa de sonda.

Deben estar perfectamente alineados para que cuando la orina empiece a retroceder por el catéter se pueda colocar la bolsa de recogida inmediatamente. Asegurarse de informar al paciente sobre esto, ya que la extracción accidental también puede causar una infección del tracto urinario.

107.6 Bibliografía

1. Duce G, Fabry J, Nicolle L. Prevención de infecciones nosocomiales. Una guía práctica. Malta: OMS; 2003.
2. Sabharwal S. Lesión de la médula espinal (lumbosacra) En: Frontera WR, Silver JK, Rizzo TD, eds. Fundamentos de medicina física y rehabilitación. 4ª edición. Filadelfia, Pensilvania: Elsevier; 2019: Capítulo 158.
3. Pavanello R Silva C, Frota Mendoza SH, Romero Aquino C, Soares da Silva AF, Malacchia JL, Campos Caresin A et al. Principales factores de riesgo de infección del tracto urinario (ITU) en pacientes hospitalizados: recomendaciones de mejora. cuidado mundial. 2009 febrero, (15): 1-7. pags.
4. López Cruz G, Reyes Gómez U, Hernández Cruz Tamm-Proteína de Horsfall: implicaciones clínicas en el tracto urinario. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2010;27(2):125-128.

Capítulo 108

108 PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE HEMORRAGIA UTERINA

STEFANNY ALEXANDRA CASTRO CONTRERAS

MARÍA DE LA SOLEDAD RUBIO SAN JUAN

GEMA MAGÉN GÁLVEZ

DIANA CASANOVA PALENZUELA

MARTA ALVAREZ GONZALEZ

ALICIA PARDO RAMÍREZ

108.1 Introducción

Se entiende por hemorragia uterina (HU) al sangrado uterino que contrasta con el patrón mensual cíclico, así como también a un sangrado excesivo en cantidad o duración.

Se trata de una patología frecuente en la consulta ginecológica y del médico de familia, llegando a afectar al 10-15 % de las mujeres.

108.2 Objetivos

Exponer el Proceso de Atención de Enfermería de una paciente con hemorragias uterinas.

108.3 Caso clínico

Jacinta, paciente de 44 años acude a consulta de ginecología por presentar hemorragias uterinas acíclicas. Fumadora de 2 paquetes diarios, madre de 3 hijos y trabajadora en un colegio como limpiadora. Al preguntarle por las relaciones sexuales evita la mirada y habla con temor o vergüenza.

El papel que juega la enfermera en este caso tiene que ir en varias direcciones.

Por una parte tenemos el problema más urgente que es la hemorragia uterina, pero por otra parte está el hábito del tabaquismo y relaciones sexuales que le avergüenzan o le atemorizan.

Las primeras pruebas que se le realizan al llegar a consulta son: Inspección visual,

anamnesis, ecografía, analítica completa y test de embarazo.

Tras la realización de estas pruebas se llega a la conclusión de que nuestra paciente podría estar sufriendo un adelantamiento de la menopausia (Menopausia precoz) donde el tabaco podría ser el desencadenante.

Existe evidencia científica de que el consumo de tabaco está ligado a la aparición temprana de la menopausia debido al efecto tóxico del humo del cigarrillo sobre los folículos ováricos y a la interferencia de la nicotina en la liberación de la hormona luteinizante. Llegando a adelantar la menopausia en un promedio de 2 a 3 años.

Para controlar las hemorragias, María deberá decidir si desea mantener de forma cíclica o no el sangrado. De ello dependerá que se le pauten estrógenos continuos y progestágenos cíclicos o estrógenos y progestágenos continuos.

En cuanto a las relaciones sexuales, una vez que se habla detenidamente con la paciente se llega a la conclusión de que padece de sequedad vaginal. Muy relacionada con la menopausia precoz.

Una vez detectado y solucionado el problema de la hemorragia uterina, desde enfermería se pueden abordar los otros dos problemas: tabaquismo y disfunción sexual.

El tabaquismo lo descartamos porque la paciente no muestra iniciativa para dejar de fumar.

Para abordar la disfunción sexual, analizamos las diferentes etiquetas y se ha llegado a la conclusión:

Diagnóstico Nanda: disfunción sexual r/c conocimientos deficientes sobre la etapa del desarrollo m/p temor y ansiedad

108.4 Discusión-Conclusión

Para concluir, desde el equipo de enfermería se protegerá la dignidad de la paciente y evitará humillaciones. María tiene derecho a elegir y controlar su estado de salud.

Se le ha prestado atención a su situación personal y a sus circunstancias clínicas.

La menopausia precoz se ha afrontado usando el proceso de atención enfermera.

Se han seleccionado intervenciones enfermeras, en función de la evidencia científica y su grado de recomendación, para ayudar a María a superar con éxito esta etapa de su ciclo vital, siempre desde el respeto a la dignidad de la persona y cumpliendo con el código deontológico enfermero.

108.5 Bibliografía

1. Hanglund M. La mujer y el tabaco: atracción fatal. Boletín de la Organización mundial de la Salud [Internet]. 2010 ;88. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/10-0747/es/>.

Capítulo 109

109 ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN REFERENCIA A LA HISTORIA CLÍNICA

ROSA MARÍA JOYERA GARCÍA

JUAN FRANCISCO GONZÁLEZ QUÍLEZ

FRANCISCO JAVIER NIETO PALOMO

INÉS MARÍA SÁNCHEZ GARCÍA

109.1 Introducción

La Ley de Patrimonio Español Histórico nos reseña el documento como "toda una expresión en el lenguaje convencional o natural y en cualquier tipología de soporte material, incluidos, asimismo, los soportes informáticos. Desde el punto y contexto administrativo, documento sería toda información o hecho fijado o documentado en cualquier tipo de soporte material que sirvan para comprobar o acreditar algo. Poseerán la deferencia de documento administrativo público los documentos emitidos válidamente por los organismos de las Administraciones Públicas. Cada una de las Administraciones Públicas establecerá metódicamente todos los órganos que tengan en facultad las competitividades de despachar las copias legítimas de los documentos tanto públicos como los privados.

109.2 Objetivos

Exponer por parte del Auxiliar administrativo las pautas a efectuar en el registro de la documentación y dar a conocer cómo saber gestionar la historia clínica en el hospital.

109.3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se hizo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además, se hizo una búsqueda sistemática de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos como son: Pubmed, Medline y Scielo. Se han seleccionado los artículos científicos que proceden de publicaciones académicas revisadas.

109.4 Resultados

La documentación establecida como no clínica, son los documentos administrativos requeribles y precisos para la gestión, la adecuada organización, coordinación de los recursos y de los correspondientes factores de los centros. Estos documentos logran ayudar y mucho a y en la comunicación interna en el manejo del centro denominándose Intracentro o bien entre los asociados centros relacionados, denominándose intercentro.

- Intracentro o Historia social: en ella se expone la composición familiar y situación social y económica
- Hoja de seguimiento: En este documento se refleja las gestiones. Efectuadas para ayudar a resolver problemas sociales.
- Planificación de las correspondientes pruebas complementarias o Solicitud de pruebas complementarias: se efectuará por parte del profesional médico
- Historias clínicas su solicitud: se suele efectuar por cualquier personal médico a través de la identificación del paciente y por el motivo de la consulta.

En la gestión y administración de la historia clínica se fundan en la evaluación de los rendimientos en la asistencia, de la complejidad de la propia atención prestada y de la evaluación y revisión de los costes por técnica, proceso, asistencia o por usuario-paciente. Es establecida como un documento médico-legal, en los sucesos de procesos judiciales.

El sostenimiento de este derecho involucra preponderantemente a la Historia Clínica, permaneciendo accesible solo y únicamente al personal que esté legalmente autorizado.

Y mantener por supuesto siempre el secreto de los datos que se están manejando.

109.5 Discusión

De la exposición y del estudio de este artículo en referencia a la importancia de la historia clínica y que como los Auxiliares administrativos tenemos que ser conocedores de todas y cada una de las pautas y directrices que se deben tomar y actuar así como el tratamiento la custodia y sobre todo la administración y gestión de los datos reflejados en ella en la cual está sometida a las leyes sobre el secreto profesional, es demasiado importante nuestro trabajo y a la hora de efectuarlo somos los responsables de todo lo anteriormente referido para que nuestro trabajo sea lo más eficaz y eficiente posible.

109.6 Bibliografía

1. Álvarez, M. T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos

Capítulo 110

110 UN REPASO PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) SOBRE LA HIPERGLUCEMIA

SANDRA RICO FERNÁNDEZ

110.1 Introducción

Las alteraciones metabólicas más comunes son las que se manifiestan con variaciones en los niveles de glucosa en sangre: glucemia. Si nos referimos a los niveles en la orina, hablaríamos de glucosuria.

La hiperglucemia puede considerarse como una cantidad excesiva de glucosa en el torrente sanguíneo. La determinación de una hiperglucemia supone el hallazgo básico en todos los tipos de diabetes mellitus, cuando se encuentra descontrolada o en el momento inicial de la enfermedad.

En esta situación comienzan a producirse los denominados cuerpos cetónicos, que se producen gracias a la labor del hígado, como consecuencia de la degradación de las grasas liberadas a la sangre, ante un déficit de insulina.

110.2 Objetivos

Hacer un repaso dirigido a los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería sobre qué es una hiperglucemia, cómo identificarla, qué consecuencias pueden estar asociadas, etc.

110.3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación, 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.

110.4 Resultados

La hiperglucemia consiste en la elevación de los niveles de glucosa en sangre por encima de los valores establecidos. Existen varias causas que pueden descompensar una diabetes:

- Ejercicio físico insuficiente.
- Aumentar en la dieta la ingesta de hidratos de carbono.
- Falta de administración de antidiabéticos orales o de insulina.
- Padecer alguna enfermedad o situación que aumente las necesidades de insulina (embarazo, intervenciones quirúrgicas, infecciones, traumatismos...).

Los síntomas son polifagia, polidipsia y poliuria acompañados de pérdida de peso a pesar del aumento del apetito, pudiendo aparecer también picor, mala cicatrización de las heridas, alteraciones coronarias o de los vasos e infecciones de repetición.

En caso de que el tratamiento no sea adecuado puede provocar:

1. Cetoacidosis diabética:

- Se presenta en pacientes con diabetes tipo 1 y 2 en tratamiento con insulina.
- Comienza con náuseas, vómitos, sed y orina abundante, dificultad respiratoria, aliento con olor afrutado a acetona, dolor abdominal y sensación de confusión.
- La glucosa en sangre está por encima de 300 mg/dl.

2. Estado hiperosmolar no cetósico:

- Aparece en los diabéticos tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales.
- Se manifiesta por abundante orina, hipotensión ortostática y variaciones en el nivel de consciencia del letargo al coma.
- La glucosa en sangre está por encima de 600 mg/dl.

110.5 Discusión

A la vista de la información consultada, procedente de diversas fuentes bibliográficas de interés científico-sanitario puedo concluir que el TCAE puede prestar sus servicios, enmarcándose en el denominado equipo de enfermería y, a su vez, en un equipo multidisciplinar. Por este motivo, resulta útil que conozca qué es una hiperglucemia, cómo identificarla, qué consecuencias pueden surgir...

Profundizar en esta temática resulta vital para que los profesionales de enfermería presten una atención sanitaria más eficaz y, por tanto, más beneficiosa tanto para el paciente como para la institución sanitaria, repercutiendo positivamente en la calidad asistencial.

Capítulo 111

111 CASO CLÍNICO DE ENFERMERÍA SOBRE EL VIH

MARTA ALVAREZ GONZALEZ

STEFANNY ALEXANDRA CASTRO CONTRERAS

MARINA LÓPEZ MUÑOZ

DIANA CASANOVA PALENZUELA

ALICIA PARDO RAMÍREZ

111.1 Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un padecimiento crónico tratable, en el que se ha logrado que la gran mayoría de los pacientes adquieran la supresión virológica y por consecuencia que tengan una esperanza de vida equiparable y semejante a la de la población general.

111.2 Objetivos

- Dar a conocer y visualizar que es el V I H a través de un caso clínico.
- Identificar los principales factores de riesgo que desencadenan la enfermedad.

111.3 Caso clínico

Varón de 32 años, está casado y con 3 hijos, que concurrió al servicio de las Urgencias de un Hospital debido a que presentaba un cuadro de tos con una expectoración blanquecina según refiere de varias semanas de evolución, astenia, pérdida de 3-4 kg de peso en alrededor de 2 meses y una disnea de moderados esfuerzos. Refería que mantiene relaciones sexuales con otros hombres y dice que sin ninguna medida de protección de una forma habitual.

Fumador de 25 cigarrillos/día, consumidor de alcohol refiere que solo los fines de semana y que consumía por inhalación cocaína de forma ocasional. No expone otros antecedentes de interés en lo que nos atañe y en el momento de la consulta no toma tratamiento de forma habitual.

A la realización de la exploración física, mostraba constantes normales, a excepción de temperatura de 37,4°C y unos crepitantes finos en sendas bases pulmonares.

Su estado por general era bueno, ostentaba una exploración abdominal corriente y ausencia de adenopatías palpables en los territorios accesibles. Se efectuó

analítica básica (gasometría arterial basal, hemograma y bioquímica).

Al paciente se le ingresó en el Servicio de Medicina Interna y se procedió a la toma de muestra para el *Pneumocystis jirovecii* en un esputo inducido, que dio un resultado positivo, por lo que se instruyó tratamiento con trimetoprim sulfametoxazol, de duración 21 días con una notoria mejoría clínica, pero paulatina, se le fue reduciendo de poco a poco la dosis.

Tras una estancia de ingreso de mes y medio en el hospital, el paciente exhibió una evolución favorable, siendo dado de alta para el posterior seguimiento en modo ambulatorio en Consultas Externas dentro de 4 meses, ordenándole una analítica para una semana precedentemente de darle la cita en la consulta.

Tras pasar los 4 meses, el paciente concurrió a la consulta donde una vez en ella se le dieron e informo de los resultados y se le explicó que los resultados manifestaban que la enfermedad estaba en ese momento estable.

Tras finalizar la consulta se le dio una posterior y nueva cita, pero esta vez para dentro de unos 6 meses debido a la buena evolución y a la esperada respuesta al tratamiento.

111.4 Discusión-Conclusión

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una complicación de salud pública, no solo porque al tener desemejantes vías de transmisión (perinatal, por transfusión, sexual, por estupefacientes inyectables), ha establecido focos de infección, tanto en las personas adultas, como en la población infantil de todas las edades, sin importar, estratos sociales, prácticas sexuales o culturales, sino que asimismo, es un padecimiento demasiado estigmatizado debido a que sus primeras revelaciones se reconocieron en hombres con prácticas homosexuales. No obstante, la infección tanto en los hombres como en las mujeres que dicen mantener prácticas meramente heterosexuales ha ido en elevación en los últimos años, repercutiendo, en mayor medida en poblaciones donde los escasos recursos económicos, sostienen una muy deficiente información acerca del virus y restringido acceso a la educación y atención a la salud, debido a la escasez de recursos en algunas de las instituciones dedicadas a la salud pública.

Capítulo 112

112 PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

JUAN FRANCISCO GONZÁLEZ QUÍLEZ

FRANCISCO JAVIER NIETO PALOMO

INÉS MARÍA SÁNCHEZ GARCÍA

EVA MARÍA DÍAZ GARCÍA

112.1 Introducción

El lenguaje utilizado en los textos administrativos no es tan diferente del lenguaje que usamos en otras áreas, solo que es más estricto y conservador. Las principales pautas a tener en cuenta a la hora de redactar correctamente el texto son las siguientes:

- Utilizar el vocabulario adecuado.
- Elaborar bien las oraciones que componen el texto.
- Usar correctamente los signos ortográficos, especialmente los de puntuación.

La precisión del uso léxico de un texto tiene que ver con elegir el término, palabra, frase o expresión exacta para referirse a la realidad a la que se pretende referir. Esto incluye el uso correcto del vocabulario. Para ello, se debe evitar la ambigüedad, es decir, utilizar una palabra con un significado muy general en un contexto en el que se podrían utilizar otras palabras más específicas.

También es importante evitar la duplicación innecesaria de términos e ideas sustituyéndolos por sinónimos apropiados.

El texto es claro y no hay duda de su significado cuando se lee. Para lograr esta claridad, es importante utilizar términos que no inviten a más de una interpretación o que mezclen interpretaciones.

Otro factor que contribuye a la claridad y precisión de los documentos administrativos es la redacción. El texto debe estar escrito de tal manera que una información lleve gradualmente al lector a otra información para que pueda interpretar su significado.

112.2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión es el de conocer el papel del auxiliar administrativo en la redacción de documentos.

112.3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se hizo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además, se hizo una búsqueda sistemática de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos como son: Pubmed, Medline y Scielo. Se han seleccionado los artículos científicos que proceden de publicaciones académicas revisadas.

112.4 Resultados

Todos los textos consisten en frases u oraciones. Para hacerlos comprensibles, se debe prestar atención al orden en que se conectan entre sí los elementos o componentes que los componen, así como a su longitud.

Una oración es el grupo de palabras que usamos con más frecuencia para transmitir información, y también es la palabra que transmite la mayor cantidad de información. Los enlaces a las palabras que componen la frase no son aleatorios, sino con una secuencia que nos permite comprender su significado.

En resumen, los componentes básicos de una oración son un sujeto y un predicado formado por un verbo y un complemento.

Como defectos típicos en la construcción de oraciones tenemos:

- Abuso de construcciones impersonales.
- Mal uso del gerundio.
- Uso incorrecto de algunas preposiciones.
- Omisión de elementos (conjunción que, artículos, sustantivos).

Para que un texto administrativo sea comprensible, hay que seguir unas pautas generales, como el aspecto de la letra (sin remates), el tamaño de la misma (10 o 12). La letra en cursiva es adecuada para los títulos de obras literarias, la negrita se utiliza sobre todo en títulos de capítulos y la versalita para escribir nombres y apellidos de los autores de publicaciones.

Los usos ortográficos que han de seguirse en la elaboración de textos administrativos, son lo que dicta la Real Academia Española. La redacción de textos sigue las normas gramaticales y ortográficas de la misma.

Para confeccionar un texto de manera adecuada, hay que saber previamente que información se va a incluir en él, es decir, tener una idea del texto que se quiere escribir. Esta información debe organizarse en bloques distintos, que son los diferentes párrafos. Debemos incluir a lo largo del texto formas de identificar el mismo, como repeticiones o sinónimos. También es importante introducir marcadores textuales para relacionar los distintos párrafos entre sí. El buen uso del vocabulario y la contextualización adecuada de las distintas informaciones aportan coherencia.

Los documentos administrativos distribuyen la información en tres partes:

- Cabecera, que contiene los datos necesarios para identificar al emisor, al receptor y al propio documento.
- Cuerpo, que contiene la parte esencial del mensaje que se quiere transmitir, junto con los datos necesarios para interpretarla adecuadamente.
- Pie, que contiene los datos para autenticar y localizar el documento.

112.5 Discusión

Una de las formas de lograr la claridad necesaria a la hora de redactar un texto administrativo es ponerse en la piel de las personas que lo van a leer e imaginar que no saben nada de las ideas que estamos pensando escribir.

El texto debe ser muy específico y debemos evitar aceptar información que podamos pensar que estamos compartiendo con el destinatario. La claridad se logra a través de la precisión del vocabulario y las expresiones utilizadas en el texto.

La claridad del texto está determinada por la fragmentación del texto. Cuanto más simple es el texto, más oraciones simples, menos coordinadas componentes y un nivel de subordinadas.

Es importante evitar las expresiones genéricas, puesto que así se consigue un texto más explícito y claro.

El nivel lingüístico del texto debe huir de la especialización, evitando jergas de tipo profesional o el uso excesivo de tecnicismos.

112.6 Bibliografía

1. www.administracion.gob.es.
2. www.clasificacionde.org.

Capítulo 113

113 INTERVENCION EN PACIENTE CON GLOBO VESICAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y EXTRAHOSPITALARIO

MARIA DEL MAR MARTINEZ MALUENDA

JESUS MONGE ALEJANDRE

113.1 Texto libre

La sintomatología del paciente afectado por globo vesical generalmente es común, los síntomas asociados son:

- Anuria durante más de 6 horas.
- Inflamación de la vejiga por retención de orina
- Dolor abdominal y a la palpación.
- Endurecimiento en la zona de vejiga.

Es una sintomatología molesta para el paciente, pero de rápida mejoría y tratamiento si se trata debidamente.

La evacuación de la orina de la vejiga mediante una sonda vesical evacuatoria es el tratamiento más efectivo, para ello seguiremos un protocolo de colocación de la sonda evacuatoria para lo cual necesitaremos:

- Clorexidina para limpiar la zona púbica.
- Gasas.
- Guantes estériles.
- Paño de campo estéril.
- Lubricante urológico.
- Sonda evacuatoria.
- Sonda vesical.
- Cuña para orinar donde podremos echar la micción del paciente.

El método para realizar una evacuación efectiva será realizada preferiblemente entre 2 personas, una se encargará de la parte aséptica para garantizar la prevención de posibles infecciones.

- Limpieza de manos.
- Limpieza con clorexidina de los genitales del paciente.
- Poner guantes.
- Con ayuda de una segunda persona nos prepararán el paño de campo.
- Abrir la sonda y lubricar.
- Introducir la sonda en la vejiga.
- Cuando salga la orina colocar la cuña para que caiga en ella.

-Retirar la cuña y vaciarla.

El paciente notará mejoría casi al instante, después de la evacuación de la vejiga puede aparecer hipotensión o sangre en la orina (Hematuria).

Después de la evacuación de la vejiga es conveniente realizar un seguimiento para comprobar que las micciones son regulares y no hay de nuevo la formación de globo vesical en el paciente

El tratamiento del globo vesical es de fácil tratamiento, pero no hay que olvidar que detrás de este síntoma hay una patología que puede ser la causante las más frecuentes pueden ser:

- Causas de carácter neurológico en el paciente como pueden ser: Enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, Esclerosis múltiple, lesión en la médula espinal, traumatismo craneoencefálico.
- Causas por la ingesta de ciertos medicamentos como por ejemplo: Antipsicóticos, benzodiazepinas, opioides, agonistas alfaadrenérgicos (Utilizado para el tratamiento del glaucoma ocular), bloqueantes del canal del calcio.
- Después de una cirugía es común y frecuente la retención de orina, la anestesia tanto general como epidural pueden impedir dar la sensación en el paciente de vejiga llena.
- Estrechamiento de los uréteres.
- Agrandamiento de la próstata en pacientes varones.
- Cálculos en las vías urinarias.
- Infección de las vías urinarias.
- Estreñimiento.

En determinadas enfermedades crónicas que impide la micción de forma refleja el procedimiento de evacuación de orina se debe realizar frecuentemente para evitar la formación de globo vesical, en estos tipos de pacientes son ellos mismos los que se realizan la evacuación cuando sienten necesidad la necesidad y por diversas causas patológicas de su enfermedad base no pueden orinar de forma espontánea.

Los controles analíticos en este tipo de pacientes es recomendable que sean frecuentes con el objetivo de evitar infecciones de vías urinarias que podrían agravar el estado del paciente generando malestar.

El procedimiento de sondaje evacuatorio sean cuales sean las causas tanto en fases agudas como en fases crónicas es un procedimiento efectivo que permite aliviar molestias al paciente, la mayoría de los pacientes con globo vesical agudo se recuperan completamente sin necesidad de tomar otras medidas.

Capítulo 114

114 LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUA (ETS) Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA ANA SUÁREZ MÉNDEZ

GAETANA PEDICONE

114.1 Introducción

Las infecciones de transmisión sexual o también llamadas ETS engloba a un conjunto de enfermedades sexuales producidas o causadas por mantener relaciones sexuales sin usar ningún método de protección y que una de las dos personas padezca algún tipo de infección o de ETS, por lo que se transmite de una persona otra.

Pero también hay otros métodos de contagio como compartir agujas infectadas, entrar en contacto en fluidos biológicos como sangre u otras secreciones.

Estas pueden darse por protozoos, gérmenes, bacterias o virus que proceden de hongos o protozoos.

Pueden contagiarse durante el embarazo, parto o lactancia.

114.2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo o proyecto de investigación es saber las precauciones que se deben de tomar.

114.3 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.

114.4 Resultados

Algunos de los medios para evitar este tipo de enfermedades o ETS pueden ser las siguientes:

- Ofrecer una educación sexual para tener conocimiento de los tipos de ETS que existen y su método de transmisión.
 - La buena higiene de los órganos sexuales tanto masculinos como femeninos, deberá hacerse de forma diaria con agua y jabón íntimo para ello.
 - Uso de barreras anticonceptivas como preservativos cuando se mantienen relaciones sexuales.
 - Observar los órganos reproductores femeninos y masculinos para tener el control ante cualquier cosa extraña.
 - Consultar al médico ante ver cualquier signo o síntoma extraño.
 - Proporcionar o dar información a la gente sobre todo a la población para que tengan conciencia sobre ello y lo lleven a cabo.
 - Usar siempre protección en todo momento para evitar todo tipo de enfermedades o infecciones que se contagian mediante el coito sin protección.
 - No tener complejos por su imagen personal o su cuerpo.
 - Tener confianza con la pareja y comentar sobre actividades sexuales anteriores.
 - Si alguna de las dos personas padecen una enfermedad sexual, debe de decírselo a la otra persona para evitar el contagio en ella y que se proteja.
 - Acudir al médico de cabecera o que este te derive a planificación familiar para que te den los métodos anticonceptivos que mejor se ajusten a tu cuerpo o tu organismo.
 - Chequeos cada cierto tiempo para asegurarse que todo esté en correctas condiciones.
- Algunas de las funciones del TCAE en este entorno puede ser realizar una campaña publicitaria en el interior del ámbito hospitalario para hacer saber a la gente sobre las consecuencias de mantener relaciones sexual sin protección.

114.5 Discusión

Para finalizar el capítulo de libro, se puede decir que el TCAE es muy importante en todos los medios sanitarios porque asiste y brinda ayuda al resto de profesionales sanitarios que así lo precisen.

Hoy en día, gran parte de la población desconoce las infecciones o ETS por transmisión sexual por lo que se les debe de concienciar, pero en especial la gente joven porque piensan que no tendrá consecuencias o que esa persona no padece ningún tipo de infección cuando en realidad es lo contrario.

Por eso, se debe de tomar conciencia con quien se realizan diferentes actividades sexuales porque uno puede desconocer este tipo de cosas.

Capítulo 115

115 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: IDENTIFICACIÓN INICIAL DE LESIONES POR AGENTES QUÍMICOS Y BIOLÓGICOS PARA TÉCNICOS DE LABORATORIO Y OTROS TÉCNICOS SANITARIOS

MARTA SOTO GONZALEZ

SUSANA VALERA LANTARON

115.1 Introducción

El efecto adverso que puede producir una determinada sustancia química (tóxico) se conoce como intoxicación. La capacidad de producir dicho daño es la toxicidad y depende de una serie de factores (la dosis, la vía de entrada...). Las vías de entrada más comunes son:

- Oral o digestiva. Por ingestión. La sustancia química se absorbe a través de los vasos sanguíneos del intestino.
- Respiratoria. Por inhalación. La sustancia en forma de vapor, gas o polvo la absorben los capilares de los alvéolos.
- Cutánea. Por contacto. La entrada del tóxico se realiza por los vasos subcutáneos o musculares a través de la piel y las mucosas.

115.2 Objetivos

Exponer los tipos de intoxicaciones más frecuentes en el medio hospitalario, a modo de introducción para los técnicos de laboratorio, técnicos de radiodiagnósticos, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y otros técnicos sanitario o personal sanitario.

115.3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación, 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.

115.4 Resultados

Intoxicaciones por ingestión:

La ingestión de sustancias es la forma más frecuente de intoxicación, tanto en el hogar como en el entorno laboral.

Sustancias peligrosas en el ámbito laboral:

- Insecticidas.
- Hidrocarburos como disolventes.
- Alcoholes (el más tóxico es el metanol).
- Metales pesados como el arsénico.

Intoxicaciones por inhalación:

Existen muchos productos químicos que presentan riesgos para la salud al ser inhalados; entre ellos

destaca el monóxido de carbono (CO), por su frecuencia y peligrosidad.

Otros productos que pueden producir intoxicación por inhalación y que tienen efecto asfixiante:

- Dióxido de carbono (CO₂).
 - Ácido cianhídrico (HCN).
 - Sulfuro de hidrógeno (H₂S).
 - Algunos productos químicos, ya tratados en las intoxicaciones por ingestión: hidrocarburos, alcoholes, arsénico o insecticidas organofosforados.
- Algunos productos de limpieza como la lejía, el amoníaco y derivados del cloro (su acción inhalatoria es menos grave, es solo irritante).

Intoxicaciones por contacto:

Los ácidos y las bases son las sustancias más peligrosas por contacto. Pueden ser cáusticas o corrosivas, originando quemaduras dolorosas. Destacan el ácido clorhídrico o el ácido sulfúrico, utilizados en las industrias químicas, farmacéuticas y en laboratorios.

Intoxicaciones por drogas y alcohol:

Las sustancias se consideran drogas de abuso cuando se toman deliberadamente para obtener un determinado efecto (no su objetivo terapéutico).

El alcohol en bajas cantidades produce cierto efecto euforizante. Sin embargo, en altas dosis el etanol (su componente activo) provoca dependencia y depresión del sistema nervioso central: disminuye la actividad neuronal y produce hipotensión, hipotermia y letargia.

Intoxicaciones por medicamentos:

En los menores las intoxicaciones por medicamentos suelen ser accidentales. En la adolescencia y la edad adulta suelen deberse a accidentes por sobredosis, mezcla de medicamentos incompatibles o intentos de suicidio; mientras que en los ancianos se

suelen producir por confusiones debido al elevado número de medicamentos que toman. Los medicamentos que con mayor frecuencia se encuentran implicados en intoxicaciones son los psicofármacos y los analgésicos.

Intoxicaciones por agentes biológicos:

Intoxicaciones en las que el tóxico tiene un origen biológico, ya sea microbiano, animal, fúngico o vegetal. En estos casos, al tóxico se le conoce como toxina.

Otros tipos de intoxicaciones:

Por ejemplo, las toxiinfecciones alimentarias o la intoxicación por consumo de setas y/o plantas.

115.5 Discusión

Revisada la información consultada en distintas fuentes bibliográficas, todas ellas de interés científico y/o sanitario, me atrevo a concluir que el personal sanitario presta sus servicios en diversas áreas dentro de las instituciones sanitarias, como un miembro más del equipo multidisciplinar, siendo necesario que conozca la utilidad de saber reconocer qué es una intoxicación, cuáles son los tipos más habituales en el medio hospitalario y, especial interés tiene saber como prevenirlas para así evitar los daños y sus consecuencias.

Profundizar en esta temática resulta vital para que los profesionales de la salud sean más conscientes de la necesidad de prevenir cualquier riesgo y/o accidente y, por tanto, repercutir positivamente en la salud como trabajador y en la organización para la que se trabaja.

115.6 Bibliografía

1. Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.
2. Los accidentes de trabajo también ocurren en el hospital. Editorial Ocronos (2019).
3. Guía de procedimientos. SAMUR Protección Civil (Madrid, 2019).

Capítulo 116

116 EFECTO SOBRE EL DOLOR DE LA COMBINACIÓN TIAMINA, PIRIDOXINA Y CIANOCOBALAMINA (TPC)

MARTA DEL ROSAL LÓPEZ

116.1 Introducción

El dolor es una de las causas más comunes por la que los pacientes acuden a las consultas de atención primaria, siendo una de las causas que más preocupan a la población. En la mayoría de los casos se palía con prescripción por parte del especialista de AINES, a pesar de los riesgos que conlleva el uso de los mismos.

Con el alto porcentaje de la población que padece el dolor lumbar , artrósico y musculoesquelético en general, se trabaja en la búsqueda de tratamientos alternativos o complementarios que acorte y disminuya el tratamiento de AINES en pacientes con este tipo de dolor.

Dese hace décadas, se reconoce el papel analgésico adyuvante del complejo TPC, siendo una alternativa efectiva y que evita los riesgos en el paciente que provocan los AINES.

116.2 Objetivos

Describir como la asociación de la combinación TPC aporta un efecto adyuvante del dolor en casos de dolor mixto.

116.3 Metodología

El presente artículo, se ha realizado mediante revisión bibliográfica sistemática de múltiples bases de datos con carácter científico reconocido, como Google académico, Martindale, Medline.

Se obtiene toda la información de artículos publicados bajo revisión científica y respetando las normas de calidad científica internacionales.

116.4 Resultados

La alta frecuencia de consultas por afecciones musculoesqueléticas, pone de manifiesto la evidencia de la naturaleza mixta del tipo de dolor, este dolor presenta componentes

neuropáticos, nociplásticos y nociceptivos, por lo que requiere un tratamiento combinado, con distintos puntos de acción farmacológica. La publicación desde hace décadas de casos y resultados probados en numerosos pacientes, ponen de manifiesto la importancia en el resultado de mejora del dolor del complejo de vitamina B, concretamente de la tiamina, piridoxina y cianocobalamina conocido como TPC.

Existe un alto número de casos que evidencian el efecto analgésico de el complejo TPC en dolores de naturaleza mixta.

El complejo Tiamina, cianocobalamina y piridoxina, ha resultado bajar la sensación de dolor cuando este mismo presenta una naturaleza mixta, con vertiente nociceptiva y vertiente neuropática.

El uso de la combinación TCP baja el número de días de tratamiento con AINES de pacientes que padecen dolores musculoesqueléticos en general y especialmente dolor lumbar.

Cuando un paciente combina el tratamiento de AINES prescrito por el especialista, con la toma del complejo TCP, las dosis iniciales de prescripción se ven disminuidas y el mantenimiento de la analgesia más prolongada en el tiempo.

El efecto analgésico del TPC se produce por la combinación de tres actividades del mismo, actividad neuroprotectora, neuromoduladora y antinociceptiva.

116.5 Discusión

El dolor crónico es una de las principales afecciones de la población actual, el aumento de esperanza de vida hace que el porcentaje de pacientes afectados por esta dolencia aumente cada año.

el tratamiento indicado en el mayor número de casos es el de AINES, conllevando un riesgo añadido que necesita ser minimizado, desde hace años, se ha comprobado que si se asocia a este tratamiento el complejo tiamina, piridoxina y cianocobalamina, el uso de aines disminuye considerablemente incluso pasando a no ser necesario en el mantenimiento de la dolencia si se mantiene un tratamiento prolongado del complejo TPC.

Su actividad sobre el sistema descendente del dolor antes descrito, lo convierte en una alternativa perfecta para evitar tratamientos dañinos en el paciente y la recurrencia del padecimiento del dolor, mejorando de una forma menos invasiva la calidad de vida de los pacientes afectados.

116.6 Bibliografía

1. Nava-Mesa, M. O., & Lanche, G. A. (2021). Papel de las vitaminas B, tiamina, piridoxina y cianocobalamina en el dolor de espalda y otras condiciones musculoesqueléticas: revisión narrativa. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 47(8), 551-562.

2. Serrano, M. T. F., Young, V. G. C., Lema, I. G., & Fabeiro, M. M. (2021). Diagnóstico diferencial del dolor lumbar. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 28(6), 353-356.
3. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica (1a. ed.). Barcelona: Pharma.

Capítulo 117

117 VALORACIÓN DE PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ROCÍO MESA GÓMEZ

117.1 Introducción

Dentro de los múltiples cuidados que deben de tener los pacientes en el entorno hospitalario podemos encontrar que los pacientes que están en periodos prolongados de tiempo encamados o en posiciones mantenidas tienen un riesgo mayor de la producción de las úlceras por presión. Este tipo de úlceras se relacionan con el roce, la fricción y la presión en la piel del paciente encamado y con alguna protuberancia ósea del paciente.

Estas úlceras por presión requieren unos cuidados especiales por parte de todos los profesionales sanitarios y en especial por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, ya que es desde la función de estos profesionales el control y el cuidado de estas úlceras por presión en los pacientes que están en riesgo de sufrirlas o ya las sufren.

117.2 Objetivos

- Conocer y evaluar los principales cuidados que se ejercen desde los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los pacientes con riesgo de sufrir úlceras por presión por el tiempo prolongado posicional.
- Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y las úlceras por presión.

117.3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre julio de 2022 y noviembre de 2022.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("nursing assistant" OR tcae) AND ("pressure ulcers" OR upp).

117.4 Resultados

En los artículos seleccionados para esta revisión, podemos observar en tres de los artículos seleccionados (2,4,5) que el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental en la curación y tratamiento de estos pacientes que sufren úlceras por presión. Se evidencia que la aparición de las úlceras por presión está íntimamente relacionada con la isquemia tisular producida por una presión o fricción prolongada sobre el tejido cutáneo produciendo una disminución sistémica de la zona.

Dentro de las regiones y zonas más proclives a la aparición de estas úlceras por presión podemos encontrar las protuberancias óseas y las zonas menos vascularizadas como las mas comunes a la hora de la aparición de las úlceras por presión. Las regiones como la región sacra, los talones, el occipital, y los codos son zonas donde se puede evidenciar una prevalencia mayor a la hora de la producción de este tipo de úlceras por presión. Se puede evidenciar que un correcto cuidado de la piel, así como una correcta higiene de la región es fundamental a la hora de prevenir la aparición de estas úlceras por presión. Es por tanto fundamental la observación y la prevención previa a la instauración de las úlceras por presión que suelen presentar una difícil solución. Desde el punto de vista del técnico en cuidados auxiliares de enfermería encontramos fundamental el papel que presenta en la prevención y el tratamiento activo de este tipo de lesiones.

117.5 Discusión

Hemos podido observar en nuestra revisión que la mayoría de pacientes que tienen un alto riesgo de sufrir estas úlceras por presión podrían evitar la aparición de muchas de estas úlceras con una correcta prevención e higiene de las regiones que se encuentran con más riesgo de aparición de las úlceras por presión. Los cambios posturales juegan un papel fundamental a la hora de prevenir y combatir estas úlceras por presión y la regulación por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental. Es por eso que creemos conveniente una actualización en la materia por parte de todos los profesionales sanitarios encargado del cuidado de los pacientes encamados.

117.6 Bibliografía

1. Ramírez Bonivento Eric, Guarquila Abril Estefanía, Latorre Segovia Susana, Arce Chariguaman Wellington, Chancay Domenech Leiver. Manejo integral de las úlceras por presión en pacientes institucionalizados. Journal of Ammerican Health.2021. 4 (2). Disponible en : <http://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/98>
2. Jara Sagñay Melysa, García Silva Douglas, Loja Muzha Frank, Vasconez Chusino Andrea. Prevención de las úlceras por presión (UPP). Revista científica de la investigación y el conocimiento. 2019. 3 (3): 47-46. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7066905>
3. Santos CT, Almeida Mde A, Lucena Ade F. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. Rev Lat Am Enfermagem. 2016. 14;24.

Capítulo 118

118 LA PRESENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS

JARA GONZALEZ RODRIGUEZ

118.1 Introducción

Una residencia de ancianos es una institución o instalación donde las personas mayores viven de forma temporal o permanente y donde el profesional sanitario especializado le brinda sus necesidades básicas o cuidados fisiológicos que son imprescindibles en la vida de las personas o que se deben de cubrir.

En estas instalaciones se brindan servicios para el desarrollo personal y atención sociosanitaria.

Existe una diferencia entre gerontología y geriatría, y es que la gerontología abarca los cuidados destinados a las personas mayores teniendo en cuenta las diferentes patologías o estilos de vida saludables para estos.

118.2 Objetivos

El principal objetivo son saber y conocer las diferentes funciones del TCAE en este servicio.

118.3 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.

118.4 Resultados

Algunos de los profesionales que pueden existir en este servicio pueden ser:

- Enfermeros.
- Auxiliares de enfermería.
- Fisioterapeutas.
- Cocineros.
- Servicio de limpieza.

- Gerente.
- Auxiliar administrativo.
- Ayudante de cocina.
- Personal de lavandería.
- Trabajador social.
- Psicólogo.
- Psiquiatra.

Cada uno de estos profesionales deben de tener una formación adecuada por lo que deben de estar especializados en su departamento o área.

La prestación de servicios puede variar en función del residente y de sus necesidades y su estancia en la residencia de ancianos.

También ofrecen servicios como medicina, enfermería, atención psicológica, lavandería, convivencia.

Algunas de las funciones del TCAE pueden ser:

Realizar aseos a los pacientes, ayudar a la hora de comer en que caso de que estos lo necesiten, control de líquidos y diuresis, ayudarles a vestirse, realizar actividades o talleres con ellos para reforzar sus funciones cognitivas y motoras y reforzar su memoria y sus diferentes capacidades porque se van deteriorando con el tiempo.

Por lo que en la residencia el personal que está contratado por el personal de RRHH, debe de tener una especialidad adecuada cada una de las personas que conforman la plantilla para desempeñar sus funciones con los pacientes de la residencia.

También estos pueden tener visitas de sus familiares u otros seres queridos a unas horas establecidas de visita por el gerente del centro.

118.5 Discusión

Para finalizar o terminar este trabajo o capítulo de libro, debe de decirse que en muchas ocasiones que aunque el personal o la familia no quiera no queda de otra que llevar a estas personas a una residencia bien ya porque no puede cuidarlos la familia porque trabajan u otras diversas cosas, porque son muy mayores y no se valgan por sí mismos y no tengan a nadie, porque estén en una fase que son muy cabezones y no pueda la familia ya cubrir todas sus necesidades que estos requieran.

Por eso, debemos de ayudarlos o comunicárselo al médico para recibir ayuda de este también y poder tomar una solución.

118.6 Bibliografía

1. Pérez-Rojo, Gema; Lopez, Javier (2022). Promoción del buen trato a personas mayores en instituciones. ISBN 978-84-1377-595-1. OCLC 1335776928. Consultado el 16 de agosto de 2022.
2. El Digital de Asturias. «Diferencias entre gerocultor y técnico de atención a personas en situación de dependencia». Consultado el 11 de marzo de 2020.
3. Rodríguez, P., Izal, M., Cassinelo, A., Sancho, M. & Martínez, J. M. 1999, Residencias

para personas mayores. Manual de orientación. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
4. IMSERSO 2004, Informe 2004. Las personas mayores en España.

Capítulo 119

119 LA COLABORACIÓN ENTRE EL PROFESIONAL DE MANTENIMIENTO Y OTRAS CATEGORÍAS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

FAUSTINO FERNANDEZ REINA

119.1 Introducción

En el nuevo marco de renovación de los centros sanitarios españoles se ha planteado como esencial la colaboración entre distintos profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, que se implican en la gestión de los procesos, tanto terapéuticos como sociales y de mantenimiento de las instalaciones. De este modo, se establecen principios de cooperación efectiva, buscando la utilidad que permita salvar barreras e inconvenientes detectados. Así mismo se han ido identificando distintas claves que se han de tener en cuenta para que esta cooperación sea realmente efectiva y que se pueda prolongar en el tiempo. Concretamente, parece que hay diez factores claves para garantizar el éxito en la cooperación efectiva entre distintos profesionales del ámbito sanitario. En el ámbito sanitario encontramos distintos tipos de profesionales, tanto sanitarios (como facultativos, personal de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, psicólogos) como no sanitarios (como pueden ser celadores, personal de mantenimiento, de albañilería, carpintería, peluquería, auxiliares administrativos y administrativos, etcétera). Todos ellos han de colaborar para alcanzar las distintas metas que derivan en una mejor atención de calidad al paciente y usuario del centro, si bien esto no es siempre es fácil ni sencillo. La transformación de las instituciones sanitarias y su renovación son una cuestión primordial a la hora de introducir cambios como los descritos.

119.2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es analizar las claves para que se produzca el éxito en la cooperación entre el personal de mantenimiento sanitario y otros profesionales de las instituciones sanitarias.

119.3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se hizo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además, se hizo una búsqueda sistemática de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos como son: Pubmed, Medline y Scielo. Se han seleccionado los artículos científicos que proceden de publicaciones académicas revisadas.

119.4 Resultados

Tras analizar distinta bibliografía al respecto del objeto de estudio, se encuentran los siguientes factores a tener en cuenta: en primer lugar, ser capaz de generar confianza, impulsando a la formación conjunta, desarrollando habilidades sociales de comunicación y de trabajo en equipo, asumiendo roles y responsabilizándose de las propias tareas y funciones; en segundo lugar, la mejora de la comunicación a través de la generación de estructuras que faciliten la comunicación, tanto vertical como horizontal, entre distintos profesionales y estamentos. En este sentido, se han de incluir diferentes herramientas de comunicación interprofesional, como pueden ser reuniones, foros de consulta, actividades participativas, buzones de sugerencias, etcétera, dando respuesta a los intentos de comunicación. Por otro lado, se deben impulsar proyectos que normalicen la cooperación entre profesionales, impulsando, asimismo, protocolos de actuación en equipo; también fomentar el crear foros interdisciplinares, pero que tengan finalidades y objetivos comunes para realizar pruebas experimentales pilotos que se puedan centrar en el paciente y que puedan extenderse y generalizarse a otras instituciones y organizaciones sanitarias. Finalmente, se ha de actuar en base a la evidencia clínica y a la evidencia científica con respecto a la cooperación interdisciplinar. En último lugar, se han de utilizar e incorporar al ámbito laboral las TIC y las nuevas tecnologías, consiguiendo que la interoperabilidad de los sistemas de información se haga permanente. Para ello, se ha de permitir el acceso a distintas informaciones de participación y cooperación a todos los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, que intervienen en los procesos de atención al paciente y de mantenimiento de las instalaciones. Para acabar, se pueden registrar las intervenciones realizadas al respecto de comunicación y cooperación en una historial donde poder valorar y analizar las mismas, realizando un seguimiento y proponiendo alternativas.

119.5 Discusión

Se puede concluir que la cooperación y la colaboración entre distintos profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios de los medios hospitalarios, es fundamental para conseguir, en última instancia, una mejor atención de calidad al paciente y usuario del sistema nacional de salud. Por este motivo, analizamos 10 claves de éxito que benefician esta cooperación efectiva, como son la capacidad de generar confianza en el trabajador, la mejora de la comunicación, el ser capaz de impulsar proyectos de cooperación y participación y la introducción de las TIC y de las nuevas tecnologías para fomentar la misma, dotando de herramientas colaborativas a los trabajadores.

119.6 Bibliografía

1. Moyano, A. F., Garmendia, J. G., Palmero, C. P., Vargas-Machuca, B. G., Pinto, J. P., Alcina, M. Á., ... & Maroto, I. V. (2007). Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria.

Revista Clínica Española, 207(10), 510-520.

Capítulo 120

120 LA FUNDAMENTAL E IMPRESCINDIBLE UTILIZACIÓN DE LA MASCARILLA POR EL CELADOR EN EL ENTORNO SANITARIO

DOLORES ESTRADA RUEDA

SARA ABDELLAH GARCIA

DAMARIS CAÑADAS MIRAS

120.1 Introducción

Además de la limpieza de superficies, higiene de manos, distanciamiento social y evitar el contacto con la cara, nariz, ojos y boca, una de las principales barreras a la contaminación es el uso de mascarillas. Tenga en cuenta que el uso de una máscara sola no será efectivo a menos que se combine con otras medidas. El uso de mascarillas es un requisito básico para acceder a hospitales, centros médicos y otros espacios confinados en lugares públicos donde no se pueda mantener en todo momento la distancia de seguridad de 2 metros entre personas.

Por tanto, los profesionales, usuarios y acompañantes deberán utilizar mascarillas al entrar en las instalaciones y durante su estancia, salvo que los cuidadores soliciten su retirada. Las personas con dificultades para respirar o contraindicaciones debido a condiciones médicas o discapacidades no pueden usar máscaras.

Según la información disponible, las dos vías principales de transmisión del virus Covid-19 son la transmisión por contacto y las gotitas respiratorias. Ocurre cuando una persona infectada tose o estornuda. Las personas que están muy cerca (a menos de 1 metro) de personas con síntomas respiratorios, como tos o estornudos, están expuestas a estas gotitas respiratorias potencialmente infecciosas. Además, estas gotas pueden caer en superficies donde el virus puede sobrevivir, por lo que los hábitats en las inmediaciones de una persona infectada pueden convertirse en una fuente de infección (por contacto).

120.2 Objetivos

Describir los tipos de mascarillas que hay, el importante uso de la misma en el entorno sanitario y sus inconvenientes.

120.3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de los artículos científicos en diferentes bases de datos científicas (Scielo, Google Académico y Medline). Los filtros de búsqueda fueron la fecha de publicación, el idioma (español e inglés) y el acceso a texto completo.

120.4 Resultados

Existen diferentes tipos de mascarillas según el nivel de protección y la cantidad de uso. La complejidad de los diferentes tipos de mascarillas afecta directamente el costo. Por otro lado, la gran demanda de mascarillas ha provocado una escasez de máscaras, lo que ha provocado aumentos de precios y una regulación gubernamental reciente.

Hay varios tipos de mascarillas:

- Mascarillas quirúrgicas.
- Las máscaras con filtro se denominan máscaras con filtro FFP (FFP2 y FFP3) o respiradores o respiradores autofiltrantes.
- FFP1 no tiene válvula de exhalación y minimiza la filtración que no protege al usuario, pero previene la infección.
- FFP2 y FFP3 protegen al usuario de la contaminación durante la generación de aerosoles. Pueden o no tener una válvula de exhalación.
- Mascarillas no médicas.

Uso de mascarillas en entornos sanitarios:

Para sitios con transmisión comunitaria confirmada o sospechada o brotes graves de Covid-19, la OMS recomienda las siguientes medidas:

Los trabajadores de la salud que trabajan en las áreas de atención, incluidos los trabajadores sociales y los paramédicos, deben seguir usando mascarillas quirúrgicas durante su turno normal; las gotas deben desecharse al cambiar los respiradores, excepto cuando sea necesario comer y beber, así como después de cuidar o tocar al paciente.

Los expertos creen que el uso regular de mascarillas es especialmente importante en lugares donde el riesgo de infección puede ser alto, como áreas remotas, consultorios o clínicas médicas, ambulatorios, unidades de Covid-19, unidades de oncología o transporte (o centros de atención primaria).

Para una máxima eficacia, los trabajadores de la salud continúan usando mascarillas quirúrgicas durante los turnos, además de la higiene frecuente de las manos y otras medidas de distanciamiento en las cafeterías, áreas de reunión como los vestuarios y áreas donde las mascarillas pueden no ser apropiadas.

120.5 Discusión

El uso de mascarillas como parte de un paquete de medidas de prevención y control puede limitar la propagación de ciertas enfermedades respiratorias virales, especialmente Covid-19. También se utilizan para proteger a las personas sanas (cuando se exponen a una persona infectada) o para el control de fuentes (cuando las utiliza una persona infectada para evitar la transmisión a otras personas).

En todos los casos, el uso de cubrebocas es insuficiente para brindar una adecuada protección o control de fuente, por lo que se deben tomar otras medidas personales y sociales para evitar la propagación de virus respiratorios. Independientemente del tipo de mascarilla utilizada, se deben seguir la higiene de manos, el distanciamiento físico y otras medidas de prevención y control de infecciones (PCI) para evitar la transmisión de persona a persona de Covid-19.

120.6 Bibliografía

1. Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la Covid-19. OMS. 2020.

Capítulo 121

121 LA FIGURA DEL CELADOR: HISTORIA, EVOLUCIÓN, FORMACIÓN Y FUNCIONES

DAMARIS CAÑADAS MIRAS

DOLORES ESTRADA RUEDA

SARA ABDELLAH GARCIA

121.1 Introducción

Los celadores que trabajen en instituciones de salud y de seguridad social, cuyos portadores sean empleados que desempeñen las funciones previstas en el artículo 14, inciso 1 de esta Ley 2, y tener un certificado de estudios o certificado equivalente (o colegiación profesional) categorías reconocidas en la legislación laboral o convenios colectivos.

En una práctica de atención médica, un celador es un profesional que empaca y transporta a los pacientes, completa el papeleo de antecedentes y realiza tareas para apoyar a los profesionales de la salud en el hospital. Además de la educación, el celador debe ser alguien que pueda ponerse en el lugar del paciente y ser consciente de sus necesidades, porque la apatía puede distraer al paciente de la cooperación.

El inciso 2 del artículo 14 de la Ley determina los deberes de los trabajadores de protección de los insalubres que laboran en las instituciones de salud y seguridad social. La ley pertinente se define en la decisión del Ministerio de Trabajo del 5 de julio de 1971. Las tres leyes vigentes hasta el momento han sido derogadas, manteniéndose las funciones de la antigua ley (según el sexto punto transitorio de la citada ley nº 55/2003).

En definitiva, ser celador tiene un principal objetivo y es velar por el bienestar del paciente. Es principalmente una profesión vocacional.

121.2 Objetivos

Establecer mediante los datos obtenidos tras la búsqueda bibliográfica la historia, evolución, formación y funciones de la profesión de celador.

121.3 Metodología

Para realizar este trabajo se hizo una revisión bibliográfica de artículos científicos, cuya búsqueda fue en las bases de datos científicas Medline, Pubmed, Scielo y Google Académico. Los criterios de inclusión de los artículos para la revisión fueron: el año de publicación, el idioma y el área temática. Se establecieron filtros de acceso a texto completo.

121.4 Resultados

Se sabe poco cómo llegó este grupo de celadores a cumplir con sus funciones en el centro médico. Debido a la falta de datos disponibles sobre el tema, no podemos tener certeza sobre el nacimiento de los celadores, pero hay algunas evidencias de que los llamados camilleros, fueron los antepasados de los celadores actuales.

La primera referencia escrita que hemos encontrado data de 1874, cuando los estatutos del hospital fueron aprobados específicamente el 1 de febrero y contenían una sección sobre las funciones que debían desempeñar los "funcionarios".

En 1876, el Instituto de Inmunología General también registró la presencia de tres adolescentes. El 6 de junio de 1955, el Boletín Oficial de Madrid publicó una convocatoria de protesta contra el personal médico del Hospital de la Caridad. El folleto cubre el fundamento y la agenda de la defensa y señala las similitudes entre el trabajo de los trabajadores de la salud y los celadores de seguridad de hoy.

En cada puesto podemos distinguir distintos tipos de celadores en función de las tareas que se les asignen. Por lo tanto, se dispone de celadores de seguridad que tienen contacto directo y regular con los pacientes, como en salas de emergencia, salas de servicio, quirófanos, salas de recuperación o unidades de cuidados intensivos.

También existen celadores que brindan atención al público, como guardias nacionales, centros de salud, guardias de seguridad o ambulancias. Adicionalmente, existen celadores de seguridad que realizan funciones en áreas que pueden ser responsables del mantenimiento, tales como lavanderías, almacenes, salas de autopsias e incluso unidades administrativas.

El celador debe permanecer modesto y tranquilo en todas las situaciones, demostrar buenas habilidades de comunicación y siempre saber cómo tratar a los pacientes. Después de recibir una formación estructurada, pueden trabajar en este trabajo en hospitales públicos y privados, clínicas, instalaciones geriátricas e incluso en la práctica privada.

121.5 Discusión

Los organizadores no son personal sanitario, sino que están en contacto directo con todos: médicos, enfermeras, auxiliares y, por supuesto, pacientes. En particular, el celador

no está especializado en ningún servicio en particular, sino que se encarga de realizar todas estas tareas para que el centro de salud funcione correctamente. En resumen, ser un celador tiene un solo propósito y es mantener a los pacientes saludables.

Para este propósito, el celador siempre se dedica a las transacciones bajo la supervisión de un oficial de gestión. La organización incluye el servicio al cliente, la paciencia, la comunicación y el ingenio, y brindar comodidad a los demás. En primer lugar, es una profesión vocacional.

121.6 Bibliografía

1. Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.
2. Salinas, P. G., & Boneli, E. L. (2005). Comentarios a la Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Capítulo 122

122 EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO Y SU INFLUENCIA EN LA CONFIABILIDAD DE LOS SISTEMAS Y EQUIPOS SANITARIOS

MOHAMED ABDELKADER MOHAMED

FAUSTINO FERNANDEZ REINA

122.1 Introducción

El mantenimiento puede definirse como "un conjunto de acciones destinadas a reacondicionar o mantener componentes, equipos o sistemas en un estado en el cuál sus funciones pueden ser cumplidas". Por ello, el personal de mantenimiento presenta, entre su vocabulario habitual, conceptos como "mantenibilidad" y "confiabilidad", términos relacionados no solo con que los componentes y equipos desarrollen sus funciones, sino con que lo hagan con calidad y seguridad, preservando el entorno y al menor coste posible.

De cara a garantizar la confiabilidad, disponibilidad y mantenibilidad de los equipos y sistemas, se precisa de invertir capital y de asumir riesgos. De esta forma, llegar a la consecución de dichos términos no se basa tanto en la cantidad de los equipos y materiales, como en su calidad. Dicho de otra manera, la institución o empresa invertirá capital para incrementar sus coeficientes de seguridad.

En función de las características de la empresa o la organización, esta inversión será mayor o menor. En el caso que nos ocupa, que son las instituciones sanitarias, la inversión del capital es aún más elevado, pues su principal objetivo es el mantenimiento en la salud de la población. Analizar al personal de mantenimiento y cómo, con su labor, puede influir en la confiabilidad y disponibilidad de los equipos biosanitarios, es un tema de actualidad que conviene ser analizado.

122.2 Objetivos

Analizar cómo se aplican, a nivel práctico, los criterios de mantenibilidad, disponibilidad y confiabilidad en instituciones sanitarias por parte del profesional de mantenimiento.

122.3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se hizo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además, se hizo una búsqueda sis-

temática de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos como son: Pubmed, Medline y Scielo. Se han seleccionado los artículos científicos que proceden de publicaciones académicas revisadas.

122.4 Resultados

Los conceptos mencionados previamente deben ser analizados de forma individualizada. En primer lugar, el término de "mantenibilidad" puede definirse como "la expectativa que se presenta de que un sistema pueda ser reparado o mantenido en un marco temporal concreto". Puede definirse en términos de "probabilidad", de forma que la mantenibilidad se relacionaría con la probabilidad de que un equipo que ha presentado un error o un fallo sea reparado en un determinado tiempo. Por lo tanto, a nivel cotidiano, este criterio va delimitado por el tiempo en el que se comienza la reparación, la duración en la reparación, los tiempos muertos, la necesidad de repuestos o por espera de materiales. . . También influye el tiempo que se tarda en diagnosticar o localizar el fallo, los tiempos de desmontaje y los tiempos de ajustes y pruebas. En todos ellos incidirá, directamente, la capacidad del personal de mantenimiento, su experiencia y su capacidad de diagnóstico y de reacción. Se detecta, como variable añadida vinculada, el hecho de que el equipo de trabajo se encuentre correctamente organizado y haya buenos procesos comunicativos.

Por otro lado, el poder reducir tiempos y aumentar la mantenibilidad se relaciona con un aumento entre la confiabilidad y la disponibilidad. Los tres términos se relacionan entre ellos de forma bidireccional, de forma que si uno mejora, mejoran de forma análoga los otros dos y viceversa.

Cómo variables añadidas a mencionar, se ha encontrado que, con la mejora de la mantenibilidad, disponibilidad y confiabilidad, se asocian: la facilidad del equipo de trabajo para realizar el mantenimiento, la capacidad de los profesionales y la planificación previa del mantenimiento. Es más, este personal deberá ser conocedor de los distintos tipos de sistemas y equipos con los que se trabaja en las instituciones sanitarias y los requisitos que se le aplica a cada uno. De esta forma, en los incineradores hospitalarios, buscaremos una alta confiabilidad y mantenibilidad, sin embargo, para el tratamiento de aguas estos criterios pueden variar.

Ser consciente de dichos criterios ayudará a realizar una adecuada labor de planificación.

122.5 Discusión

Que el sistema sanitario sea confiable es fundamental. Para conseguirlo se debe invertir capital, entendiendo que lo barato -a largo plazo- puede salir caro. La bibliografía científica ha demostrado que, cuando se trabaja con la salud del ciudadano, merece la pena invertir capital en mantenimiento preventivo para evitar, posteriormente, mantenimientos correctivos. Los criterios analizados en este estudio mejoran o empeoran en función de las características del personal de mantenimiento, de su experiencia, de su capacidad en la toma de decisiones,

de sus procesos comunicativos y de su capacidad planificadora y organizadora. Asimismo, el margen de maniobra del que disponen estos profesionales y estos equipos es esencial. También se han de tener en cuenta los materiales con los que se cuenta, así como la inversión que la institución sanitaria ha realizado en material de calidad. En este sentido, la mantenibilidad puede garantizarse con bajas inversiones, pero esto no revertirá en la confiabilidad de los sistemas y equipos.

122.6 Bibliografía

1. Depestre, L. O. L. (2012). Del Mantenimiento Correctivo al Mantenimiento Centrado en la Confiabilidad. Revista Centro Azúcar, 39(3).

Capítulo 123

123 LAS ÁREAS ORGANIZATIVAS DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHADO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

MARIA BELEN MENÉNDEZ GONZALEZ

123.1 Introducción

En una institución sanitaria, podemos encontrar diferentes departamentos.

En este trabajo, vamos a centrarnos en el departamento de lavandería y planchado.

Este departamento es el que se encarga de higienizar todas las prendas que utilizan los pacientes y también la ropa hospitalaria.

Toda la ropa que se utiliza dentro de una institución sanitaria, después de utilizarla es necesario mantenerla en unas buenas condiciones de higiene.

Por lo tanto, esto se consigue gracias al servicio de lavandería y planchado.

Los centros públicos, por lo general suelen incluir el lavado y reposición de ropa en función de varios factores como son la cantidad y tipo de ropa generada, el número de usuarios, tamaño y capacidad del centro. En función de todo esto, puede ser que la institución cuente con un servicio propio de lavandería y planchado o cuente con un servicio ajeno al centro para realizarlo.

123.2 Objetivos

Explicar el espacio físico de una lavandería hospitalaria que se divide en organización funcional y espacial dentro del servicio de lavandería y planchado, así como definir las funciones del servicio.

123.3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se hizo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además, se hizo una búsqueda sistemática de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos como son: Pubmed, Medline y Scielo. Se han seleccionado los artículos científicos que proceden de publicaciones académicas revisadas.

123.4 Resultados

Esta ropa sucia es necesario pesarla cuando llega a esta sección para llevar a cabo un control de la producción. Hay que tener en cuenta que el peso de la ropa sucia va a ser mayor debido a la humedad que contiene y a la presencia de objetos que pueden portar por error. La ropa se mueve mediante cintas transportadoras.

La segunda sección es la de clasificación/marcado de la ropa. Para poder optimizar el proceso es necesario clasificar la ropa y separarla por lotes para cargarla en las máquinas para su posterior lavado.

Los lotes de ropa tienen que contener prendas que tengan características similares para que puedan ser sometidas al mismo programa de lavado.

En la tercera sección se encuentra el lavado de la ropa. En esta sección, la ropa sucia pasará a estar limpia e higienizada gracias a las lavadoras convencionales o túneles de lavado. La carga de la ropa en estas lavadoras o túneles de lavado puede ser de forma manual o mecánicamente.

Las lavadoras que son de poca capacidad se cargan de forma manual y en ellas se lavan prendas pequeñas o poco volumen de ropa.

Por el contrario, las lavadoras que son de gran capacidad como son los túneles de lavado, la carga es de forma mecánica.

En la cuarta sección está la sección de planchado y secado que consiste en la aplicación de calor con presión, para eliminar las arrugas que se forman en algunos tejidos durante el lavado y secado de las prendas.

123.5 Discusión

En definitiva, el servicio de lavandería y planchado constituye un departamento esencial dentro de los hospitales, ya que sin él no se podría dar un adecuado mantenimiento de toda la ropa hospitalaria y no se podría garantizar unas condiciones óptimas para los pacientes, ya que entre las funciones de este servicio está garantizar que la ropa esté perfectamente limpia e higienizada, sin restos de suciedad ni olor y que el tratamiento al que se somete la ropa es eficaz, y el deterioro de los tejidos durante el proceso es mínimo y también son los encargados de asegurar la reparación de las prendas y la reposición de los tejidos deteriorados y que las prendas que no sean adecuadas para su nuevo uso sean retiradas y no lleguen otra vez al usuario gestionando la compra de nuevas prendas y facilitando su reposición, manteniendo un equilibrio adecuado entre calidad y costes.

123.6 Bibliografía

1. Manual de procesos de lavandería y ropa hospitalaria. Consultado el 10/12/2021. Disponible en: <https://www.saludneuquen.gob.ar>.

Capítulo 124

124 ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

MARIA CARMEN MENDEZ DELGADO

LAILA SAOU AZAGBIB

FRANCISCO MARTIN RUEDA

124.1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es una unidad muy compleja. Su objetivo es brindar una atención integral a las personas con un estado de salud extremadamente delicado. El celador asiste al personal de la sala, debido a que los pacientes de la UCI deben moverse con mucho cuidado para evitar el deterioro, los celadores asignados a la UCI deben estar bien preparados y entrenados en cambios posturales.

En general, los pacientes de la UCI deben ser empacados con mucho cuidado para que no se vuelvan pesados, y dada la naturaleza de los usuarios que reciben este servicio, el personal responsable de la UCI debe estar bien capacitado y listo para cambiar de posición.

Su situación debe ser muy consciente del estado de los uniformes y, por tanto, consciente de que se deben utilizar batas estériles en contacto directo con determinados usuarios. Debido a la naturaleza de este servicio, deben tomar medidas para evitar ruidos innecesarios.

Así, la UCI asistirá al personal de servicio y será un punto de contacto con otros servicios del hospital.

124.2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en la unidad de cuidados intensivos.

124.3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de los artículos científicos en diferentes bases de datos (Scielo, Google Académico y Medline). Los filtros de búsqueda fueron la fecha de publicación, el idioma (inglés y español) y el acceso libre a texto completo.

124.4 Resultados

La debilidad a las infecciones de los usuarios ingresados en la UCI provoca extremar las precauciones por parte de los celadores que trabajan en esta unidad.

Cuando exista un alto riesgo de exposición, los celadores siempre deben usar mascarillas FFP2 o quirúrgicas, guantes, batas, gafas protectoras, prestar especial atención a la higiene de las manos y extremar las precauciones durante la actual epidemia del virus del SARS-Cov-2.

Si el riesgo es bajo, se recomienda que el personal de turno use guantes de nitrilo, preste especial atención a la higiene de las manos y use triple contención cuando manipule muestras para garantizar la seguridad de las muestras y un sistema de contingencia. Esto reduce su exposición al medio ambiente y a las personas en caso de emergencia.

El sistema de triple envasado consiste en colocar la muestra en un recipiente primario protegido por un recipiente secundario y un embalaje exterior rígido y duradero que protege al primero.

Las funciones del celador en este servicio son desempeñadas por:

- Transferir al usuario desde el departamento correspondiente a la UCI con toda la historia clínica del paciente.
- Trasladar al paciente a una sala adecuada y posicionarlo en la cama designada. Cabe señalar que se trata de pacientes más complejos que nunca, por lo que estos procedimientos deben realizarse en condiciones muy seguras.
- Para facilitar la prevención de lesiones, es importante considerar sistemáticamente las posiciones más comunes (supino, prono, rotación lateral, posición de Fowler).
- Lleve consigo todos los materiales, equipos y documentos presentados por sus superiores.
- Debido a que los pacientes son susceptibles a la infección, los celadores deben usar uniformes estériles que se cambian cada vez que salen de estas salas.

124.5 Discusión

Los usuarios de la UCI deben tener cuidado de no dejar que su salud se deteriore sin la ayuda de un especialista. Por lo tanto, este tema es muy importante, ya que a través de este contrato se ayudará a mejorar la imagen de la institución de salud y evitar el deterioro de la condición del paciente. Por ello es necesario que este profesional este capacitado para acudir a las necesidades de estos pacientes.

La situación de crisis relacionada con la pandemia del Covid-19 ha afectado significativamente a las medidas de seguridad del trabajo realizado por los trabajadores de seguridad y salud. Esto sin duda tendrá un impacto emocional en los profesionales de la salud.

124.6 Bibliografía

1. El celador en la UCI [Internet] Disponible en <https://www.faeditorial.es/capitulos/el-celador-en-la-uci.pdf>.
2. Funciones del celador [Internet] Disponible en http://www.auxiliar-Enfermería.com/funciones_celador1.htm#marc08.

Capítulo 125

125 NUTRICIÓN Y CARIES. EL PAPEL DE LA HIGIENISTA DENTAL

SUSANA CORNÁS DÍAZ

125.1 Introducción

La caries dental es una enfermedad multifactorial que más afecta al ser humano en todo el mundo, y así ha sido a lo largo de la historia. De hecho, la epidemiología de la caries ha ayudado a dar una visión de cómo era el tipo de dieta de nuestros antepasados.

La frecuencia de caries dental del paleolítico fue muy baja, lo que nos indica la dieta baja en azúcares que llevaban. Esto empezó a cambiar en el neolítico con la con los inicios de la agricultura y el aumento de consumo de cereales, ya encontrándonos con predominio de caries radicales.

En la actualidad el alto consumo de alimentos procesados y cargados de azúcares son un problema a nivel mundial, la implantación de programas de educación, donde el ciudadano entienda la importancia de una buena elección de su dieta sigue siendo muy necesario.

125.2 Objetivos

Describir la importancia de una buena alimentación para un buen control de la salud bucodental, destacando la importancia del papel de la higienista dental en la educación sanitaria en el ámbito de la prevención primaria.

125.3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se hizo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además, se hizo una búsqueda sistemática de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos como son: Pubmed, Medline y Scielo. Se han seleccionado los artículos científicos que proceden de publicaciones académicas revisadas.

125.4 Resultados

Entender la etiología de la caries es fundamental para poder atacarla y atajarla, ya que la gran mayoría de las veces estamos hablando de una enfermedad reversible. Ya en 1960 el Dr. Keyes estableció lo que se conoce como el "diagrama de Keyes". En él se explica que la caries es el resultado de la interacción de 3 factores:

huésped, microorganismos y dieta.

Ciñéndonos a este último, la dieta, la higienista bucodental es una pieza clave a la hora de informar sobre el nexo tan importante que existe entre la nutrición y la caries.

El consejo dietético debe ir siempre acompañado de una evaluación de los hábitos del paciente, identificando los más nocivos y proponiendo alternativas mucho más saludables.

Insistiendo en la importancia de factores clave, como son:

- Horario y frecuencias de consumo: los alimentos más cariogénicos son los sólidos consumidos antes de irnos a dormir. Se debe dar importancia a un buen horario de comidas y un buen cepillado después de cada una de ellas.
- Consistencias: diferenciando los alimentos más retentivos de los menos. Y enseñando que, igual que existen alimentos favorecedores de la caries por ser muy pegajosos, como pueden ser unas galletas, también existen alimentos que pueden ayudarnos a contrarrestar ese efecto, como la manzana.
- Tipos de azúcares: educación en los diferentes hidratos de carbono de nuestra dieta. Por ejemplo, un error muy común es el pensar que la fruta no tiene azúcares, obviando totalmente la fructosa.

125.5 Discusión

La promoción de una dieta saludable debería considerarse fundamental en el ámbito dental, al igual que las técnicas de cepillado, tipos de cepillo o pastas dentales, ya que está más que demostrado el importante nexo de unión que existe entre nutrición y caries. Reducir el consumo de azúcar e introducir hábitos saludables entre nuestros pacientes será una pieza clave para una buena salud bucodental unida a un buen estado físico de nuestros pacientes.

Los técnicos superiores en higiene bucodental están perfectamente formados para ser una pieza clave en este tipo de educación y hacer una labor preventiva e informativa en su consulta de atención primaria.

125.6 Bibliografía

1. Adam, L. (1992): La apicultura a través de los tiempos, Jornadas Técnicas, XI Feria Regional Apícola de Castilla-La Mancha, Pastrana.

Capítulo 126

126 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS FACTORES QUE AFECTAN AL CUIDADO DE LA PIEL DEL PACIENTE

BELÉN CACHERO SUÁREZ

126.1 Introducción

La piel es el órgano más extenso de nuestro organismo.

Entre sus funciones destacamos la protección, ya que actúa como una barrera frente a los agentes externos como bacterias, la temperatura o sustancias tóxicas. Además también ayuda a la regulación de la temperatura corporal del organismo.

La piel está compuesta por tres capas: la epidermis, la dermis y la hipodermis.

En los hospitales nos encontramos como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con pacientes encamados que precisan de nuestra ayuda para poder realizar sus tareas básicas, y una de las más importantes es la higiene y cuidado de la piel.

126.2 Objetivos

Conocer como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería algunos factores que influyen en el cuidado de la piel, para así mejorar nuestro trabajo con el paciente.

126.3 Metodología

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

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

126.4 Resultados

El aseo corporal del paciente encamado no solo ayuda a mejorar su higiene, sino que además proporciona sobre el individuo un estado de mayor confort, reduce molestias y alivia el dolor.

El aseo del paciente se realiza siguiendo el siguiente orden: cara, brazos, manos, axilas, tórax, abdomen, piernas, pies y genitales.

En el cuidado diario de la piel del paciente nosotros tenemos por tanto un importante papel, y por ello debemos de conocer una serie de factores que influyen sobre la misma:

- La genética: esta determina el tipo de piel del individuo (seca, grasa, mixta), el tono de la piel, el envejecimiento biológico y su estado general.
- Las hormonas: tienen un fuerte impacto sobre la piel del individuo, por ejemplo en la adolescencia provocan acné, durante el embarazo también sufren cambios como la hiperpigmentación, la menopausia acelera el envejecimiento de la piel.
- Las radiaciones: la exposición a rayos UVA puede producir lesiones de mayor o menor gravedad.
- La alimentación e hidratación: una dieta equilibrada así como una hidratación adecuada nos proporcionarán los nutrientes esenciales para nuestra piel, protegiéndola.
- Consumo de sustancias como alcohol, tabaco, etc. aceleran el envejecimiento de la piel.
- Contaminación ambiental: favorece la oxidación de la piel y acelera el envejecimiento.

Todos estos factores determinan la calidad que tiene la piel del individuo, y debemos también de tenerlo en cuenta a la hora de su tratamiento.

126.5 Discusión

Como hemos visto existen diversos factores propios del individuo y de cómo lleva su vida diaria que influyen en el estado de su piel, y que nosotros como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos de tener en cuenta para su correcto tratamiento, ya que no es lo mismo tratar con una piel joven que con una más envejecida o con una piel seca o grasa.

La higiene del paciente y su aseo diario son un tratamiento esencial para mejorar su estado de salud, y en él entra también el cuidado de la piel, ya que es la principal barrera de defensa que tiene nuestro organismo para combatir múltiples patologías e infecciones.

126.6 Bibliografía

1. Cuidado de la piel- <https://cinfasalud.cinfa.com/p/cuidado-de-la-piel/>.
2. Factores de influencia en la piel- <https://www.sebamed.es/blog/4-factores-de-influencia-en-la-piel>.
3. Factores externos que dañan la piel- <https://www.nivea.es/consejos/piel-bonita/factores-externos-que-danan-la-piel>.
4. Factores que afectan al cuidado de la piel- <https://www.google.com/amp/s/revistamedica.com/factores-que-afectan-cuidado-piel/>.

Capítulo 127

127 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA IMPORTANCIA DEL FUNCIONAMIENTO DEL PÁNCREAS

XANA CASARES SANCHEZ

127.1 Introducción

El sistema endocrino es el conjunto de glándulas de secreción interna, las cuales se encargan de liberar hormonas al torrente sanguíneo, regulando así diversas funciones como el crecimiento, el estado de ánimo, la función de los tejidos y el metabolismo. Funciona por señales químicas. El estrés, las infecciones y los cambios en el equilibrio de líquidos y electrolitos de la sangre también pueden afectar a los niveles hormonales. Incluye al hipotálamo, que influye en la hipófisis.

Entre las glándulas que forman el sistema endocrino encontramos el páncreas, cuyo funcionamiento vamos a ver a continuación.

127.2 Objetivos

Conocer como funciona el páncreas, como parte esencial de nuestra formación básica como TCAE.

127.3 Metodología

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

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

127.4 Resultados

El páncreas es una glándula situada en la parte superior del abdomen. Tiene función exocrina, ya que segrega enzimas digestivas que pasan al intestino delgado, y endocrina, pues también produce hormonas, como la insulina y el glucagón:

- Insulina: interviene en el aprovechamiento metabólico de los nutrientes, sobre todo con el anabolismo o síntesis de los glúcidos. Determina la captación rápida, el almacenamiento y el uso de la glucosa por casi todos los tejidos y favorece el almacenamiento

de las proteínas. Su déficit provoca la diabetes mellitus y su exceso provoca hiperinsulinismo como hipoglucemia.

- Glucagón: sus funciones son opuestas a las de la insulina, ya que incrementa la concentración sanguínea de glucosa. A veces, se usa en los casos de choque insulínico (hipoglucemia).

Como hemos visto un incorrecto funcionamiento de esta glándula del páncreas puede provocar la diabetes Mellitus (dm), que es una

patología de origen metabólico que es crónica y que se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre (hiperglucemia). Con el tiempo, causa problemas serios en el corazón, los ojos, los riñones, los nervios, las encías y los dientes.

Existen diversos tipos (diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes gestacional) y su tratamiento debe ser el adecuado en cada caso (inyecciones diarias de insulina, pastillas, dieta etc).

Algunos síntomas que pueden significar que el páncreas no funciona de forma adecuada son: dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre, ictericia. . .

127.5 Discusión

Como técnicos en auxiliares de enfermería somos parte básica del equipo de enfermería que se encarga del tratamiento de los pacientes con diversas patologías que se encuentran en las unidades de hospitalización de los centros sanitarios, y por ello debemos de conocer las patologías que pueden presentar, así como el correcto y buen funcionamiento de los distintos órganos y partes del organismo del cuerpo humano.

Por ello en este caso hemos visto que es el páncreas y cómo funciona. Así como también las enfermedades que causa si funciona de forma incorrecta.

Destacamos la diabetes mellitus como uno de los problemas más frecuentes.

127.6 Bibliografía

1. El páncreas - <https://www.google.com/amp/s/www.iqlacy.com/que-operamos/cirugia-del-pancreas/el-pancreas-su-funcion-y-sus-alteraciones/%3Famp>.
2. El páncreas - https://pancan.org/section_en_espanol/learn_about_pan_cancer/what_is_the_pancreas
3. Páncreas - <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=pancreas-85-P03537>.
4. Páncreas, anatomía y funciones - <https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/85,P03775>.

Capítulo 128

128 ERGONOMÍA PARA EL PERSONAL DEL CENTRO HOSPITALARIO

MARCELINA LÓPEZ IGLESIAS

ANGELES PARDO BAÑEZ

CANDELA ZARABOZO RUBIO

RUBÉN ALONSO SANMARTINO

MÓNICA FERNÁNDEZ ALONSO

128.1 Introducción

Existen múltiples riesgos asociados a la ergonomía en el sector del ámbito sanitario y por lo tanto es necesario tener unas buenas prácticas, conocer dichas prácticas, hacer un buen uso de las máquinas y herramientas que la empresa pone a disposición en este campo, resultara un factor determinante para minimizar al máximo las lesiones y por lo tanto proteger la salud de los trabajadores.

Dentro del ámbito sanitario existen diversos profesionales que realizan tareas que implican la manipulación de cargas, muchos de estos movimientos y manipulaciones se realizan a diferentes alturas, con volúmenes distintos, pesos diferentes, etc. pueden aparecer molestias, incluso lesiones en la espalda.

128.2 Objetivos

El objetivo a perseguir con este capítulo es mostrar la importancia de contar con la ayuda necesaria para mantener una buena ergonomía en nuestro ámbito laboral.

128.3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro se ha buscado información en diversas páginas de internet con información sobre prevención de riesgos y ergonomía. También se ha documentado el trabajo en dossiers de formación preventiva por parte de empresas como el manual de prevención de Lidl y en cursos baremarles para el sector sanitario de CCOO.

128.4 Resultados

En el entorno hospitalario a menudo se debe realizar tareas que pueden poner en riesgo nuestro bienestar físico ya sea manipulando cargas, movilizand o a pacientes o manipulando maquinaria. Las ayudas mecánicas en estos casos se convierten en un aliado imprescindible, pero no siempre se pueden contar con esa ayuda. Si bien es verdad que en muchos casos el trabajador anticipa la rapidez en la realización de la tarea a la utilización de las ayudas mecánicas si en ese momento no las tiene a mano, lo ideal es disponer de ellas para no sobrecargarse y evitar posibles lesiones musculoesqueléticas. La ergonomía nos facilita herramientas para mantener una correcta salud postural y nos dice entre otras cosas que la manera correcta de sentarnos ante un ordenador es utilizando una silla a la altura correcta para nuestras piernas, quedando las rodillas flexionadas en ángulo de 90 grados, con los brazos doblados en el mismo ángulo y pegados al cuerpo y la espalda totalmente apoyada y recta. Los pies deben estar totalmente en contacto con el suelo y la pantalla ha de quedar a la altura de la vista.

En el caso de que debamos levantar una carga del suelo, lo haremos separando las piernas de manera que la carga nos quede entre ellas, nos agacharemos flexionando las rodillas y manteniendo la espalda recta y cogeremos la carga con las dos manos. Al levantarnos, lo haremos realizando la fuerza con las piernas y no con la espalda y de manera segura evitando realizar giros mientras sostenemos la carga. Para dejarla en el suelo o en otra superficie, separaremos las piernas lo suficiente para que la carga quepa en el medio de ellas y nos agacharemos doblando las rodillas y manteniendo la espalda recta.

128.5 Discusión

Con la creación de este trabajo nos gustaría proponer que la empresa o el gerente de un centro sanitario tenga en cuenta la inversión en herramientas que favorezcan el trabajo diario de los profesionales sanitarios, en especial, esas herramientas o equipos de trabajo que vengan a ayudar en la manipulación de las cargas.

También es importante la realización de cursos en materia de prevención de riesgos, que ayuden a sensibilizar y dar a conocer a los diversos profesionales de un hospital de las buenas prácticas en manipulación de cargas.

Por otra parte también consideramos importante la implicación por parte del trabajador en realizar sus tareas con la máxima seguridad laboral.

128.6 Bibliografía

1. <https://www.fisioterapia-online.com/infografias/la-tortura-del-oficinista>.
2. https://www.uma.es/prevencion/navegador_de_ficheros/navegador_de_ficheros/descargar/Area%20
3. <https://www.cenea.eu/riesgos-laborales-ergonomicos-hospitales-geriatricos/>.

Capítulo 129

129 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL LAVADO Y CORTE DE UÑAS

PABLO FERNÁNDEZ GARCÍA

129.1 Introducción

Como parte del aseo y cuidado general del paciente, tenemos el cuidado de las uñas. Las uñas son una estructura protectora que se encuentra en las regiones distales de manos y pies, formadas por queratina y calcio.

Las uñas crecen lentamente, se estima que 2,5 mm por cada mes.

Existen diversas patologías y enfermedades que afectan a las uñas, como son: uñas encarnadas, hongos, lesiones y deformidades, padrastrós, infecciones etc

Para prevenirlas y/o evitarlas es necesario realizar una higiene y cuidados básicos, que en el caso de pacientes que no puedan realizarlo por sí mismos, hará el TCAE.

129.2 Objetivos

Conocer los procedimientos básicos de higiene del paciente en relación con el lavado y corte de uñas.

129.3 Metodología

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

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

129.4 Resultados

La higiene de las uñas y su cuidado es una tarea más que entra dentro del aseo e higiene del paciente.

Debajo de estas se acumula suciedad y por tanto proliferan microorganismos que pueden ser foco de infecciones y complicar la situación clínica del individuo.

Los pacientes encamados y hospitalizados pueden verse con complicaciones para su cuidado, sobre todo en los pies, por lo que debemos de estar atentos nosotros como TCAES.

El lavado y cuidado de las uñas puede realizarse junto con el aseo general del paciente o realizarse de forma parcial.

Utilizaremos para ello: guantes desechables, empapador, palangana con agua, cepillo, esponjas, jabón, tijeras o cortaúñas y lima.

Antes que nada como siempre es importante informar al paciente del procedimiento, preparar con antelación todo el material y realizar el lavado de manos y uso de guantes desechables, para evitar las infecciones nosocomiales.

Protegeremos la cama con el empapador, poniéndolo debajo del pie o de la mano.

Sumergimos la mano o el pie en la palangana con agua tibia, dejando a remojo unos minutos, lavando con la esponja y el jabón posteriormente y frotando con el cepillo de forma suave para retirar la suciedad de debajo de las uñas.

Aclaremos y sequemos, para después cortar las uñas (en las manos siguiendo la forma del dedo y en el pie de forma recta) y limarlas.

Se aclaran nuevamente y se secan, retirando después todo el material y acomodando al paciente de nuevo.

Nos retiramos los guantes y realizamos de nuevo la higiene de manos.

129.5 Discusión

La higiene básica del paciente es una actividad que se realiza de forma diaria y que tiene gran importancia en el proceso de recuperación de un paciente ingresado en un centro hospitalario.

Muchas veces en esta tarea descuidamos el cuidado e higiene de las uñas y el paciente no puede realizarlas en muchas ocasiones por sí mismo sin ayuda.

Por ello es importante que vigilemos esta zona y que realicemos el corte y cuidado si es necesario, avisando de cualquier incidencia al personal de enfermería.

Es una zona que puede ser foco de infecciones, ya que debajo de las uñas se acumula gran cantidad de suciedad.

129.6 Bibliografía

1. Higiene de manos y pies en pacientes encamados - <https://www.elrincondelcuidador.es/higiene-cuidado-piel/higiene-de-manos-y-pies-en-pacientes-encamados>.
2. Protocolos del TCAE en pacientes ingresados - <https://www.google.com/amp/s/revistamedica.com/pr/tcae-higiene-pacientes/>.
3. TCAE técnicas y protocolos - <http://www.auxiliar-enfermeria.com/tecnicasauxenf.htm>.

Capítulo 130

130 LAVANDERÍA: SELECCIÓN DE DETERGENTES Y PRODUCTOS DE LAVADO

PAULA PRADO HEVIA

130.1 Introducción

El detergente es una sustancia que mejora el nivel de eficacia en el lavado de prendas, ya que tiene determinadas propiedades físico-químicas que le permiten dispensar en el agua u otro líquido, un sólido, con el objetivo de separarlos.

Es decir, ayuda a retirar la suciedad de las prendas sin afectar al material que se debe limpiar.

Cada servicio de lavandería o cada empresa de limpieza realiza su propia selección de productos y detergentes, con la finalidad de obtener la mejor calidad-precio para el lavado de las prendas.

Pero no por ello deben disminuir la eficacia, hay una serie de características que deben cumplir como veremos a continuación.

130.2 Objetivos

Dar a conocer los detergentes y productos de lavado que se utilizan para la ropa en lavandería.

130.3 Metodología

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

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

130.4 Resultados

La compra de detergentes y productos de lavado es un tema complejo, ya que hoy en día en el mercado nos encontramos con innumerables productos y empresas que buscan hacerse un hueco en el mercado.

Todos los detergentes deben tener una serie de productos activos que les permitan disminuir la tensión superficial del agua para favorecer la eliminación de la suciedad, saponificar la grasa, blanquear y eliminar la materia orgánica o microorganismos.

La composición química de estos detergentes puede afectar también a la vida útil de las prendas, ya que algunos son más agresivos que otros.

La ropa tiene como decimos una vida útil, es decir, un número de lavados que puede "soportar" el tejido antes de que resulte completamente inservible.

La evaluación y selección de los detergentes se realiza en base a unas pruebas de lavado, donde en una primera fase se lava una prenda 3 veces en un ciclo de lavado igual, para ver si consigue retirar las manchas de las prendas.

Si superan esta primera fase de la prueba, se pasará a valorar otros aspectos como: grado de blanqueamiento de la prenda, residuos, valoración económica del producto utilizado, resistencia de la prenda tras el lavado, valoración del proceso.

Cada servicio de lavandería impone sus bases y especificaciones para escoger el detergente más adecuado, aunque generalmente se otorga en el anterior apartado una puntuación de 1 a 3 puntos en cada uno de los "ítems" para elegir el producto ganador que va a ser utilizado.

130.5 Discusión

Las necesidades particulares de cada servicio de lavandería hacen que la elección de los productos de lavado y de los detergentes a utilizar sean distintos.

Hemos visto una revisión general acerca de cómo sería el proceso para elegir un detergente y en qué aspectos generales se han de fijar.

El detergente y los productos de lavado utilizados en el servicio de lavandería son nuestra herramienta para asegurar que las prendas estén correctamente limpias, sin residuos ni materia orgánica o microorganismos que puedan resultar un foco de infecciones nosocomiales dentro de las instituciones sanitarias, por ello es importante una elección adecuada.

130.6 Bibliografía

1. Detergentes - <https://quifyl.com/mejores-detergentes-lavanderia/>.
2. Lavado y desinfección - <https://lavalux.es/lavado-y-desinfeccion-a-altas-y-bajas-temperaturas/>.
3. Lavandería industrial- <https://quimicasgomez.com/lavanderia>.
4. Lavandería de ropa hospitalaria - <https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones>.

Capítulo 131

131 LOS DIFERENTES TIPOS DE MANTENIMIENTO QUE PUEDE REALIZAR EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO DE UN CENTRO HOSPITALARIO

FRANCISCO JAVIER ARMENTA LARA

FAUSTINO FERNANDEZ REINA

131.1 Introducción

Para comenzar el presente trabajo, es necesario comprender que es el mantenimiento. Por mantenimiento entendemos aquellas acciones que se realizan para poder conseguir el buen funcionamiento de cualquier máquina o instalación.

En cuanto al mantenimiento que se realiza dentro de un centro hospitalario, podemos decir que es aquella actividad que se realiza para prevenir la aparición de averías y también para el restablecimiento de infraestructuras.

Los objetivos que persigue la labor del mantenimiento son los siguientes:

- Lograr cumplir con los valores de disponibilidad, fiabilidad y garantizar una larga vida a todas aquellas máquinas e instalaciones del centro hospitalario.

Hoy en día, en cualquier centro hospitalario existe un departamento con un personal cualificado exclusivo de mantenimiento.

Este personal es el encargado de garantizar el correcto funcionamiento de todas las máquinas y aparatos que podemos encontrar en cualquier centro hospitalario.

131.2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos de mantenimiento hospitalario que realiza el personal de mantenimiento.

131.3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se hizo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además, se hizo una búsqueda sistemática de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos como son: Pubmed, Medline y Scielo. Se han seleccionado los artículos científicos que proceden de publicaciones académicas revisadas.

131.4 Resultados

Entre los mantenimientos que se realizan dentro de una institución sanitaria, podemos describir los siguientes:

1- Mantenimiento de mejora: este tipo de mantenimiento son las tareas que se hacen para que el mantenimiento resulte lo más sencillo posible incluso llegando a reducirlo en la medida de lo posible.

Este mantenimiento de mejora se consigue gracias al buen uso y trato de las máquinas e instalaciones por parte de todo el personal que hay en el centro hospitalario.

El diseño de las máquinas también es importante, ya que con un buen diseño se puede conseguir reducir el mantenimiento. También es muy importante que todas las piezas que son susceptibles de cambio y mantenimiento tengan un buen acceso. Esto acortaría el tiempo de realizarles el mantenimiento.

2. Mantenimiento preventivo: este tipo de mantenimiento es el que mayor importancia tiene. Dentro de este mantenimiento están las actividades que se hacen periódicamente para poder prevenir el desgaste de las piezas y mantener todos los equipos de las instalaciones en un buen estado de funcionamiento.

Este tipo de mantenimiento es el que más se utiliza en los centros hospitalarios. Para ello hay que tener en cuenta criterios financieros, recursos técnicos disponibles, etc.

3. Mantenimiento correctivo: este tipo de mantenimiento engloba las reparaciones de averías imprevistas que no se engloban dentro del mantenimiento preventivo. En los centros hospitalarios, la mayoría de las averías suelen solucionarse en un plazo no mayor de 24 horas.

4. Mantenimiento predictivo: este tipo de mantenimiento consiste en detectar posibles futuras averías y esto se logra incorporando sensores en las máquinas que nos permite obtener una serie de datos y gracias a ellos podemos prevenir averías en las máquinas.

131.5 Discusión

El personal de mantenimiento de los centros hospitalarios son de vital importancia, ya que gracias a ellos se puede asegurar un correcto funcionamiento de todas las máquinas que hay en las instituciones sanitarias.

Debido a la gran cantidad y variedad de maquinaria existente en las instituciones sanitarias, es necesario que el personal de mantenimiento haya tenido una buena formación y prácticas para poder enfrentarse a cualquier incidencia que se presente, ya que de él mismo va a depender el buen funcionamiento de la institución.

Por otra parte, es importante que el personal de mantenimiento lleve a cabo todos los planes de mantenimiento, ya que de esa forma se podrá conseguir evitar averías y lograr así un ambiente seguro para todos los usuarios de los centros sanitarios.

131.6 Bibliografía

1. Mantenimiento de los establecimientos de salud. Sinco Editores <http://hugu.sescam.jccm.es>

Capítulo 132

132 ACTUACIÓN DEL CELADOR Y EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CON BALA DE OXÍGENO

LAMIA HAMDAOUI SAID

RIDUAN MOHAMED

MINA AJNAOUI EL BOUAZZATI

132.1 Introducción

Existen varios métodos y dispositivos para reponer el oxígeno. La elección de un método particular debe ser individualizada y debe considerar lo siguiente:

- Edad del paciente y condición médica.
- Parte inspiradora requerida.
- Fácil de adaptar al paciente.

Cada método tiene sus propias fortalezas y debilidades que deben tenerse en cuenta al elegir uno u otro en una situación particular. Durante la ventilación asistida (no invasiva e invasiva), el oxígeno es suministrado en circuito cerrado por el propio ventilador con su mezclador de oxígeno-aire. Se proporciona al paciente un ventilador ajustable de FiO_2 .

Cuando un paciente respira por sí mismo, el oxígeno se entrega a través de los vasos sanguíneos que se dividen en sistemas de bajo y alto flujo según sus características. Comprender los sistemas de flujo alto y bajo es muy importante.

132.2 Objetivos

Describir las funciones del celador en la oxigenoterapia.

132.3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de los artículos científicos en diferentes bases de datos (Scielo, Google Académico y Medline). Los filtros de búsqueda fueron la fecha de publicación, el idioma (inglés y español) y el acceso libre a texto completo.

132.4 Resultados

Los celadores son responsables de transportar a los pacientes al hospital (transporte dentro del hospital) y, a menudo, requieren oxigenoterapia ("Este es el uso de altas concentraciones de oxígeno en el aire para prevenir los síntomas y síntomas de la hipoxia"). Es una terapia que implica el suministro de oxígeno".

La RAE define la hipoxia como "falta de oxígeno en el organismo".

La posición más adecuada para apoyar a un paciente con dificultad respiratoria es la posición de Fowler, que maximiza la expansión del tórax con una inclinación de 45 a 60 grados. El ventilador debe desconectarse de la cama del hospital antes de realizar cualquier transferencia. Si está utilizando tanques de oxígeno para hacer ejercicio o conectarse, el personal médico debe desconectar la fuente de oxígeno del tomacorriente y conectarla a un punto de oxígeno portátil.

El cilindro de oxígeno está equipado con un reductor de presión con un reductor de oxígeno (para ajustar la presión de salida), un manómetro (para medir la capacidad de presión) y un medidor de flujo (para ajustar el caudal de salida), y mucha paciencia. Se utiliza una mascarilla a través de la nariz (gancho nasal) o cánula nasal.

Una cánula nasal es un tubo de plástico unido a un globo que lleva oxígeno a la nariz del paciente. Un giro en sentido antihorario del volante abre la válvula del cilindro, un manómetro lee la presión en el cilindro y un medidor de flujo ajusta el flujo de oxígeno que sale del cilindro en litros por minuto.

El cilindro de oxígeno debe colocarse verticalmente en la cabecera de la cama (entre el colchón y la cabecera), no horizontalmente sobre la cama. Se debe tener especial cuidado al manipular los cilindros de oxígeno para evitar caídas o descargas eléctricas. No procesado en presencia de grasa. Cuando no esté en uso, manténgalo en posición vertical con la válvula de ventilación cerrada.

El celador explica la ruta y los métodos al paciente, escucha siempre los consejos del personal médico, se asegura de que la camilla esté encendida, se completan los controles y se presenten todos los elementos necesarios, botellas de oxígeno, suero, etc.), y se aseguran de que el paciente esté bien protegido, y levantan la barra de seguridad para evitar caídas.

Cuando se realiza al hospital, evitan el flujo de aire sobre o a través de las áreas de incomodidad del paciente. El movimiento durante el viaje al hospital debe coordinarse sin problemas y rápidamente. Los pacientes nunca se quedan solos en su destino hasta que cuentan con el personal adecuado.

En cualquier caso, los celadores no colocan los tanques de oxígeno en forma horizontal y rara vez se acuestan en la cama. La posición correcta debe ser erguida junto a la cama. Se debe tener mucho cuidado para evitar colisiones y caídas. En caso de accidente durante el viaje, comunicarlo con el personal médico de inmediato.

132.5 Discusión

Los celadores son responsables de transportar a los pacientes con tanques de oxígeno, mientras que los profesionales médicos son responsables de desconectar los tanques

de oxígeno de los tomacorrientes de pared comunes y conectarlos a tanques de oxígeno portátiles. Los médicos son los responsables de determinar los litros por minuto al paciente. Antes del transporte, deberán asegurarse de que el tanque de oxígeno esté completamente cargado para completar el transporte y que el oxígeno llegue al paciente correcto a través de la cánula nasal.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en oxigenoterapia y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

132.6 Bibliografía

1. Oxigenoterapia {= Áreas de Salud de Plasencia- protocolos de enfermería, w www.areasaludplasencia.com.
2. Celadores online de instituciones sanitarias: Tema 1. El Celador: Funciones Generales. (s. f.). Celadores online de instituciones sanitarias. Recuperado 17 de septiembre de 2022, de <http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>.

Capítulo 133

133 LA FIGURA DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE TERMINAL

CHEIMA EL MEHEDI MOHAMED

MOHAMED MOHAMED ABDEL-LAH

ASMANI MOHAMED HAMED

133.1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define a los pacientes terminales como "pacientes con una enfermedad grave, activa y terminal con un pronóstico limitado" (pacientes que han muerto, generalmente antes de los 6 meses).

Criterios para determinar la etapa final:

- Pacientes con enfermedad incurable, progresiva y terminal.
- El enorme impacto emocional en los pacientes y sus familias asociado al proceso de tortura y muerte.
- No responde o es menos probable que responda al tratamiento activo.
- Presencia de síntomas o problemas intensos, múltiples y cambiantes: estreñimiento, dolor, vómitos y náuseas, enfermedades e infecciones orales, insomnio, anorexia, úlceras por presión, disnea, incontinencia, trastornos del tejido corneal, retención y anuria.
- Tratar a los pacientes que necesitan cuidados paliativos requiere un trabajo en equipo, y el personal de enfermería que forma parte de ese equipo (médicos, enfermeros, TCAE, celadores, psicólogos, voluntarios, etc.) es inconmensurable.

Los profesionales siempre deben respetar, cooperar y empatizar con los pacientes y las familias, escuchar a los pacientes, compartir sus sentimientos y respetar sus creencias y necesidades religiosas.

Es importante que los celadores se comuniquen verbalmente con precisión, usen un diálogo comprensible y justo y una comunicación no verbal, y usen gestos y actitudes que sean considerados con los pacientes y sus familias.

Los celadores deben tener mucho cuidado con sus palabras y nunca responder preguntas de pacientes o familiares.

133.2 Objetivos

Dar a conocer la actuación del celador en esta etapa final del paciente.

133.3 Metodología

Este trabajo se ha realizado mediante una búsqueda bibliográfica de artículos científicos en diferentes bases de datos. Las palabras claves que se han utilizado han sido: celador, cuidados paliativos, paciente terminal. Los criterios de inclusión fueron el año de publicación el idioma y el acceso a texto completo.

133.4 Resultados

En primer lugar, debemos saber distinguir a la hora de trabajar con pacientes terminales (distintos de los mencionados en la historia clínica) para los que consideramos los siguientes criterios:

- Tipo de enfermedad: es avanzada, progresiva y ya sabemos que serán enfermos terminales.
- Existe una amplia gama de problemas y síntomas y su estado e intensidad variable: vómitos, náuseas, dolor, diarrea, incontinencia...
- Si no hay o hay mínimas opciones de tratamiento, solo se puede intentar un tratamiento paliativo para que el dolor no sea tan intenso en los últimos días.
- El impacto emocional en la familia y el paciente.

Reconociendo estos estándares, los celadores que entran en contacto por primera vez con los pacientes y sus familias deben tener un perfil adecuado para asegurar la comunicación verbal y no verbal con ellos.

Además, deberán comportarse siempre con cortesía y paciencia manteniendo un espíritu de respeto, empatía y cooperación.

Los celadores deben comprender la condición de muerte de tales pacientes. Además, deben hacer todo lo posible para ponerse en el lugar de sus seres queridos y pacientes, comprender el estado de dolor mental y físico y poder comportarse en consecuencia.

Como ejemplos del comportamiento correcto de los celadores, encontramos:

- Proporcionar a los pacientes una buena limpieza y brindarles el máximo confort.
- Vigilar constantemente a los pacientes.
- Mantener toda la cama limpia y estirada.
- Continuar con el seguimiento del paciente hasta el final de su vida y mantener a otros pacientes fuera de problemas porque estamos en una situación muy desagradable.

133.5 Discusión

En las últimas etapas de la vida, la bioética cobra especial importancia porque surgen varios dilemas al utilizar cuatro principios básicos: justicia, autonomía, no daño y misericordia.

Una vez más, la terminología debe ser muy clara en este punto para garantizar la mejor

atención posible. La fase terminal de un paciente es una situación en la que todo el personal, médico y no médico, debe participar plena y conscientemente, por lo que debemos tener muy claro la posición que debemos tomar como familiares en estas situaciones y saber qué es lo correcto y lo más adecuado para ayudar a estos pacientes y sus familias en sus momentos finales.

133.6 Bibliografía

1. Celadores online de instituciones sanitarias: tema 1. El Celador: Funciones Generales. (s. f.). Celadores online de instituciones sanitarias. Recuperado 17 de septiembre de 2022, de <http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>.
2. Sicepa. (2021, junio 14). El celador ante el paciente terminal. II Congreso Virtual SI-CEPA - USIPA «2022: Sanidad, un trabajo en equipo». <https://congresosicepa.com/celador-paciente-terminal/>.

Capítulo 134

134 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL

ENRIQUE REY GONZALEZ

134.1 Introducción

El área de urgencias de un hospital suele ser por donde entran la mayoría de los pacientes.

En este área se atienden a personas que por un accidente, la aparición de síntomas grave para su salud o por un empeoramiento o crisis en una enfermedad crónica, el paciente debe de ser atendido por personal sanitario.

A la llegada del paciente al área de urgencias de un hospital, lo primero siempre que se pueda, es identificar al paciente lo que permite que el personal sanitario pueda acceder a su Historia Clínica.

A continuación se realiza el triaje para identificar el grado de gravedad de la patología que padece el paciente.

134.2 Objetivos

Identificar las funciones que realiza el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería trabajador del área de urgencias de un hospital.

134.3 Metodología

Para la identificación de las funciones que realiza el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería trabajador del área de urgencias de un hospital se ha llevado a cabo una búsqueda en varios documentos que describen esas funciones, primero las generales correspondientes a su titulación y posteriormente las concretas de ese tipo de áreas.

134.4 Resultados

El personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería trabajador en urgencias de un hospital puede estar destinado en varias áreas. Algunas de ellas son el área de observación, la unidad de críticos, el área de atención urgente, el área de pediatría, etc.

Generalmente el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es una de las primeras personas que reciben al paciente que acude a urgencias.

Las funciones que realiza primero es la identificación del paciente, siempre que se pueda,

para que el personal sanitario pueda acceder a su historia clínica y así conocer las patologías que padece con anterioridad, si tiene algún tipo de alergia, etc.

Ayudará al paciente en caso de que lo requiera a desvestirse y vestirse, preparará la paciente para que el personal médico pueda valorarlo.

También debe de utilizar un lenguaje correcto con el paciente y sus familiares, así como ser amable y entender que el paciente puede estar alterado por la situación y no es que tenga un problema con nosotros.

Deberá ordenar y reponer los materiales y utensilios que se utilizan en estas áreas, así como su limpieza y desinfección.

Colaborar con los demás trabajadores de urgencias cuando se les requiera para la ayuda en diversas funciones siempre que estas entren dentro de sus competencias profesionales.

Ayudará a los pacientes que no pueden comer por sí mismos.

También realiza el traslado de muestras de sangre, orina y tejidos al laboratorio cuando sea necesario.

134.5 Discusión

Después de identificar las anteriores funciones que realiza el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería trabajador de urgencias de un hospital que ve que es de gran importancia el trato que se da al paciente, ya que el trabajador, en esos momentos debe transmitir serenidad, confianza, tranquilidad, ya que esto ayuda a que el paciente, ante el episodio que esta sufriendo, se tranquilice y se encuentre más cómodo.

Es importante que en el área de urgencias de los hospitales existan protocolos de actuación y que los trabajadores tengan claras cuáles son sus competencias profesionales. Así mismo se ve necesario el trabajo en equipo de todos los profesionales sanitarios trabajadores de urgencias.

134.6 Bibliografía

1. Blog del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
2. Funciones en www.tcae.es.

Capítulo 135

135 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: DOMINIOS DE CORREO ELECTRÓNICO

VICTOR MANUEL MENÉNDEZ FUENTES

135.1 Introducción

El correo electrónico es una herramienta bastante útil en las tareas diarias dentro del ambiente de trabajo, debemos conocerla a la perfección para sacarle el mayor provecho posible y facilitar el trabajo al usuario.

Para conocer los elementos que componen un gestor de correos, podemos coger de ejemplo cualquiera de ellos: Outlook, Gmail, Hotmail..., o incluso un gestor de correo propio. Todos los gestores anteriormente citados se asemejan mucho al correo ordinario que lleva tanto tiempo existiendo.

A continuación vamos a ver en detalle los dominios más usados de correo electrónico en el ámbito sanitario.

135.2 Objetivos

Dar a conocer los dominios de correo electrónico que más se usan en sanidad.

135.3 Metodología

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

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

135.4 Resultados

Para que alguien pueda enviar un correo a otra persona, ambos tienen que tener una dirección de correo electrónico. Esta dirección la tiene que facilitar un proveedor de correo, que ofrece el servicio de envío y recepción.

La dirección está formada por un nombre de usuario, el símbolo @ y el nombre del

proveedor. Por ejemplo, empresa@ gmail.com es una dirección gestionada por el proveedor Gmail. Este sería un ejemplo de proveedor gratuito.

Los correos gratuitos son los que más se usan, aunque incluyen algo de publicidad.

Así, los principales proveedores de este tipo de servicios son:

- Gmail: webmail, POP3 e IMAP.
- Outlook.com: webmail y POP3.
- Yahoo! Mail: webmail y POP3 con publicidad.

Un servidor de correo es una aplicación que nos permite enviar mensajes (correos) de unos usuarios a otros, con independencia de la red que dichos usuarios estén utilizando. Para lograrlo, se definen una serie de protocolos, cada uno con una finalidad concreta (POP, IMAP, SMTP).

Para obtener los mensajes del servidor, los usuarios se sirven de clientes, es decir, programas que implementan un protocolo POP/IMAP.

En algunas ocasiones, el cliente se ejecuta en la máquina del usuario (como el caso de Mozilla Mail, Evolution o Microsoft Outlook). Sin embargo, existe otra posibilidad: que el usuario ejecute el correo vía web (como Hotmail, SquirrelMail, u OpenWebmail).

Si la dirección es información@miempresa.com, significa que la gestión la realiza un servidor con un dominio privado. Este sería un ejemplo de proveedor privado o de pago, a través de un dominio.

135.5 Discusión

Con esta revisión pretendemos hacer un repaso acerca de los principales dominios que se utilizan hoy en día de correo electrónico, como vemos la mayoría de ellos son gratuitos aunque también existen otros dominios privados o corporativos que son de pago.

Hoy en día esta es una herramienta de gran utilidad ya que permite el envío de información de forma rápida y generalmente segura entre dos usuarios que se encuentran en diferentes sitios, lo que permite una comunicación rápida y eficaz, incluso más que los métodos más antiguos como el correo postal.

Es importante conocerlo como auxiliares administrativos.

135.6 Bibliografía

1. Correo profesional y personal - <https://www.dondominio.com/es/products/email/>.
2. Dominio de correo electrónico- <https://www.one.com/es/correoelectronico/que-es-el-dominio-de-correo-electronico>.
3. Correo con dominio propio - <https://www.ionos.es/digitalguide/correo-electronico/cuestiones-tecnicas/como-crear-un-correo-con-dominio-propio/>.

4. Dominio de una cuenta de correo electrónico- <https://mx.godaddy.com/blog/dominio-de-correo-electronico-que-es/>.

Capítulo 136

136 BANCO DE SANGRE. PROTOCOLO DE TRANSFUSION MASIVA PARA TECNICOS DE LABORATORIO

BEATRIZ FERNANDEZ SUAREZ

136.1 Introducción

Un banco de sangre es aquel laboratorio de atención hospitalaria en el cual los técnicos especialistas en laboratorio (único personal profesional cualificado) bajo supervisión facultativa desarrollan las técnicas y protocolos óptimos para almacenar, procesar y distribuir los componentes sanguíneos (plaquetas, plasma y concentrados de hematíes). De especial interés dentro de estos servicios, es el denominado Protocolo de Transfusión Masiva, creado para coordinar una masiva entrega de componentes sanguíneos al servicio que los requiera para un paciente en estado grave, al que se prevé transfundir gran cantidad de productos en un corto periodo de tiempo.

136.2 Objetivos

Describir y definir el protocolo de transfusión masiva.

136.3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de información acotada a los bancos de sangre y particularmente a los protocolos de transfusión masiva que existen en los anteriores.

Para realizar esta búsqueda se ha utilizado las palabras claves: protocolo, transfusión masiva en diferentes medios digitales como Pubmed, Medline o menos acotados como Google Search.

136.4 Resultados

La Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular es el referente nacional que marca las pautas generalizadas a seguir por los bancos de sangre nacionales.

El objetivo principal del Protocolo de Transfusión Masiva es minimizar el riesgo de morbilidad y mortalidad de los pacientes que por cualquier motivo de salud, tengan que recurrir por prescripción facultativa a la transfusión de un elevado número de productos sanguíneos en un periodo de tiempo relativamente corto para restablecer el volumen sanguíneo

y por ende, la capacidad del mismo para transportar oxígeno.

Conocemos por tanto la hemorragia masiva a aquella perdida tan elevada de sangre que el propio organismo es incapaz de recuperar, debido a la cantidad y velocidad tan elevada que los propios mecanismos fisiológicos son incapaces de revertir.

Los componentes que se transfunden y su utilidad son:

- Plaquetas (detener un sangrado activo)
- Concentrado de hematíes (recuperar volumen de glóbulos rojos)
- Plasma (recuperar volemia)

Por lo tanto, una pérdida de sangre elevada, provoca la pérdida de estos tres componentes simultáneamente.

Este protocolo debe cumplir los siguientes criterios:

- Método específico de activación (mayoritariamente por teléfono).
- Reserva de productos sanguíneos.
- Entrega de productos sanguíneos en paquetes predefinidos cada bloque de minutos estipulado por el protocolo (15-30 minutos).
- Contacto teléfono con facultativo responsable.
- Cancelación o finalización de protocolo (mayoritariamente por teléfono).

El protocolo de transfusión masiva se detendrá cuando así lo notifique el responsable facultativo del paciente tras lograr detener el sangrado o tras la resucitación del mismo.

136.5 Discusión

El origen fundamental de los protocolos de transfusión masiva es la seguridad del paciente.

Cualquier transfusión no asegura la seguridad de la misma. Se pueden producir efectos secundarios denominados reacciones transfusiones.

Se ha demostrado que la utilización de este protocolo específico debido a la rápida respuesta ha mejorado notablemente el mantenimiento de la vida de los pacientes en estado crítico por shock hemorrágico.

El manejo de estas situaciones por parte de los profesionales sanitarios es un reto al que siguen enfrentándose a diario y que además está en constante análisis y mejora.

136.6 Bibliografía

1. Guía de Transfusión de Hemoderivados y alternativas a la transfusión. Hospital Universitario la Paz de Madrid. Revisado 2011.
2. Protocolo de Transfusión Masiva del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Revisado 2013García-Erce JA, Quintana Díaz M, Rodiles R.
3. Conceptos básicos y errores comunes sobre la coagulación y el manejo de la anticoagulación en el paciente con traumatismo. Emergencias 2011.

Capítulo 137

137 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL CONTROL DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

ESTEFANÍA SELGAS GARCÍA

137.1 Introducción

El servicio de esterilización se encarga de la recogida de todo el instrumental y material utilizado en la actividad sanitaria para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, para su correcta limpieza, desinfección y esterilización.

Su principal finalidad por tanto es la eliminación de todos los microorganismos presentes en los objetos.

Existen diversos métodos de esterilización: físicos, químicos. . .

Cada uno de ellos tiene sus ventajas e inconvenientes así como materiales que pueden soportarlos y otros que no.

En este trabajo vamos a ver cómo se controla que este procedimiento de esterilización se realice de forma adecuada.

137.2 Objetivos

Dar a conocer cuáles son los métodos para controlar que el proceso de esterilización se cumple correctamente.

137.3 Metodología

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

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

137.4 Resultados

Existen diversos métodos para comprobar que los procesos de esterilización se cumplen correctamente y que por tanto los microorganismos se han eliminado.

Para ello disponemos de los siguientes controles:

- Controles químicos: son sustancias químicas que cambian de color cuando el proceso

se realiza de forma adecuada, cuando se produce un punto clave del proceso (alcanzar determinada temperatura, humedad, tiempo etc).

- Controles físicos: se colocan manómetros, termómetros e hidrómetros que permiten controlar los aspectos físicos del proceso de esterilización como la temperatura, el tiempo, la presión. . . detectando si las condiciones precisas para la esterilización se cumplen.

Se deben de calibrar periódicamente y se utilizan generalmente como complemento de los controles químicos y biológicos, ya que por sí solos pueden inducir a errores.

- Controles biológicos: es el mejor método para determinar si el proceso de esterilización se realiza de forma adecuada. Es el único que detecta si se ha producido la eliminación total de los microorganismos. Consiste en dispositivos que contienen esporas de microorganismos sensibles a determinados agentes o condiciones. Se debe realizar al menos una vez a la semana este tipo de control y después de pasar el proceso de esterilización deben enviarse al laboratorio de microbiología para determinar la presencia o no de microorganismos.

En caso de que la carga no halla pasado alguno de los controles anteriormente descritos, debe ser paralizada y esterilizada nuevamente.

Además el autoclave o aparato que ha dado el error debe revisarse para ver el fallo que produce que el proceso no se desarrolle de forma adecuada.

137.5 Discusión

Como sabemos, los procesos de esterilización garantizan que los materiales e instrumental utilizados en la actividad asistencial del paciente son inocuos, que no están contaminados con microorganismos que puedan ocasionar un daño sobre el individuo, como infecciones nosocomiales o sepsis, que pueden inducir a la muerte incluso del individuo.

Resulta importante que conozcamos como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería cuáles son los controles que se usan en el servicio de esterilización para determinar si los procesos llevados a cabo se están realizando de forma adecuada, entre ellos están los controles físicos, químicos y biológicos.

137.6 Bibliografía

1. Métodos de esterilización- <https://www.equiposylaboratorio.com/portal/articulo-ampliado/metodos-de-esterilizacion>.
2. Control de los procesos de esterilización - <https://www.dentistassevilla.com/actualidad/docs/2019/control-de-esterilizacion>.
3. Controles de calidad - <http://www.hgucr.es/areas/areas-asistenciales/esterilizacion/controles-de-calidad/>.
4. Control de esterilización- <https://www.microplanet-psl.com/es/productos/control-de-esterilizacion>.

Capítulo 138

138 LA ACTUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL

ALMUDENA SUÁREZ FOYEDO

CRISTINA ARNIELLA FEITO

138.1 Introducción

El trabajador social tiene muchos ámbitos de trabajo diferentes en los que puede ejercer su profesión.

Los ámbitos relacionados con la salud de las personas y su asistencia sanitaria, son, fundamentalmente, los hospitales y los centros de salud.

En este capítulo intentaremos comprender cuál es el papel de estos profesionales en el ámbito hospitalario, concretamente conocer el papel que el trabajador social desempeña en su actividad profesional en el área de las urgencias hospitalarias, en donde se encargará sobre todo de conocer la situación del enfermo y de sus familiares.

Las personas que acuden a las urgencias hospitalarias presentan una situación crítica de carácter físico que se caracteriza entre otras cosas por el miedo, desconocimiento y angustia tanto del supuesto paciente como de su entorno, de ahí la importancia de hacer una intervención integral que abarque no solo el aspecto sanitario, sino también el psicológico y humano.

138.2 Objetivos

Indicar el papel del trabajador social con pacientes con emergencias sanitarias y el proceso a seguir ante ello.

138.3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se hizo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además, se hizo una búsqueda sistemática de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos como son: Pubmed, Medline y Scielo. Se han seleccionado los artículos científicos que proceden de publicaciones académicas revisadas.

138.4 Resultados

Comprobamos que la intervención del profesional del trabajo social en el área de urgencias hospitalarias, es un recurso valioso y claramente aceptado tanto por familiares y pacientes del servicio como por los profesionales que trabajan de manera coordinada en él (médicos, enfermeras, psicólogos).

De acuerdo a los diferentes estudios y documentos a los que hemos tenido acceso, comprobamos que son muchos los familiares y pacientes los que acuden a este servicio buscando, no solo consuelo y alivio a las situaciones que están viviendo, sino que también hacen uso de este servicio para obtener información y orientación que les permita conocer la situación en la que se encuentra su familiar y allegado, así como las intervenciones que se están llevando a cabo en relación a su persona, acompañando, cuando así sea necesario en la toma de decisiones que puedan mejorar in situ las circunstancias, así como una vez finalizado el periodo de ingreso.

Asimismo el papel del trabajador social de urgencias es fundamental a la hora de gestionar esa nueva realidad del paciente y su familia, ofreciéndoles para ello, información detallada, comprensible y coordinada sobre apoyos y recursos a los que pueden tener acceso una vez que el paciente retorna a su entorno habitual. Son un pilar fundamental a la hora de gestionar prestaciones básicas de emergencia, mediar entre afectados y agentes de intervención, así como evaluar situaciones de necesidad social

138.5 Discusión

Podemos concluir, de acuerdo a todo lo indicado en este capítulo, que al igual que es importante y, sin duda, el fin primordial de un servicio de urgencias, atender la situación física del paciente, mejorando su salud en la medida de lo posible, también es fundamental, para lograr una atención integral del paciente y de su familia contar con la intervención del profesional del trabajo social. Este, no solo aliviará el estrés y ansiedad de los usuarios del servicio, sino que también será el nexo entre el paciente y los profesionales que intervienen con él, facilitando aquellos recursos de información, orientación y apoyo psicosocial que sean necesarios para una atención de calidad adaptada a las circunstancias personales de cada uno.

138.6 Bibliografía

1. Arricivita, A. (2003), Situaciones sociales traumáticas (Emergencias - Urgencias), espacios de acción del trabajador social. Revista de TS y Salud.

Capítulo 139

139 ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

MARÍA SOLEDAD CARRASCO HABAL

SORAYA DRIS MOHAMED

DINA DRIS MOHAMED

139.1 Introducción

La OMS define la rehabilitación como "todas las medidas educativas, sociales y profesionales que se complementan para dotar a la persona con discapacidad de la mayor capacidad y autonomía posible".

La rehabilitación incluye varias especialidades médicas como rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia ocupacional.

Todos ellos están destinados al diagnóstico, la prevención, la evaluación de la discapacidad y el tratamiento para preservar, promover o restaurar la autonomía y función del paciente en la mayor medida posible. Pacientes hospitalizados que requieren rehabilitación o fisioterapia debido a discapacidades físicas.

Esta información nos ayudará a saber cómo reabrir este servicio en este centro médico. Para comprender la importancia y el alcance de la rehabilitación, hay que considerar que el 3-5 % de la población necesita rehabilitación una vez al año.

139.2 Objetivos

Describir las funciones de los celadores en el área de rehabilitación.

139.3 Metodología

La elaboración de este capítulo de libro se ha realizado mediante la consulta de la literatura, tanto científica como textual, mediante bases científicas y libros bibliotecarios. Se han establecido filtros de búsqueda por años, especialmente actuales. Idioma del texto, tanto en inglés como español. Y acceso completo a los artículos científicos.

139.4 Resultados

Los pacientes de rehabilitación son pacientes que a menudo necesitan mucha ayuda por una variedad de razones. En muchos casos, estos son pacientes con una disminución significativa en el movimiento debido a una lesión o enfermedad. Las funciones que realiza el celador en el área de rehabilitación son:

- Transferir al paciente. Puede ser desde la habitación o desde cualquier otro lugar (incluido el coche) a la unidad de rehabilitación y viceversa.
- Supervisión.

En este trabajo podemos distinguir lo siguiente:

- No descuidar la puerta principal.
- Control de acceso, permitiendo el acceso solo a personas autorizadas.
- Permanecer en silencio en la práctica.
- Se requiere seguridad en caso de conflicto.
- Protección de estructuras y materiales.

Si es cociente de alguna irregularidad, daño, mal funcionamiento o incluso la necesidad de limpieza, debe notificar a su gerente de inmediato.

- Evitar el intercambio de datos clínicos
- Debe mantener la confidencialidad del diagnóstico, tratamiento, prueba o cualquier dato del paciente.
- Asistir al fisioterapeuta.
- Si es necesario, se debe ayudar al médico rehabilitador o al fisioterapeuta a sujetar la posición del paciente.
- La protección debe ser detectada. Es esencial que siempre esté disponible en caso de que se necesite su ayuda para saludar o reunir a un paciente.
- {= Porte de documentos y material.

A solicitud de sus superiores trasladará cualquier documento, correspondencia o material de un servicio a otro.

- Tareas de limpieza.

En casos muy concretos que así lo demuestren, podrán realizar las tareas de limpieza que se les asignen, ya sea por ubicación, situación, dificultad de manipulación o por el peso de los objetos o superficies que necesiten limpieza.

139.5 Discusión

Los celadores de pacientes con movilidad reducida o disminuida trabajarán con los fisioterapeutas para mantener y movilizar a los pacientes en esta unidad. Esta intervención por parte del celador, si bien no se responsabiliza de la realización de ningún tratamiento rehabilitador, se considera necesaria para la correcta realización de este servicio. Además de las funciones generales y propias de los celadores en otro ámbito del entorno asistencial, es importante destacar el apoyo que se presta específicamente en

la unidad de rehabilitación.

La proporción de pacientes con debilidad o alteración del movimiento es significativa en comparación con otras unidades. Aunque los asistentes no son responsables de la terapia de rehabilitación, existe una necesidad urgente de su asistencia en el alojamiento, la movilización y la contención de los pacientes que se someten a estas terapias.

139.6 Bibliografía

1. MasterD. (s. f.). Funciones y Tareas de un Celador | Trabajo Celador. Recuperado 17 de septiembre de 2022, de <https://www.opositor.com/funciones-y-tareas-de-un-celador/36782>.

Capítulo 140

140 CASO CLÍNICO DE ENFERMERÍA SOBRE EL SÍNDROME ISQUIOFEMORA ACTUACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

MARÍA DE LA SOLEDAD RUBIO SAN JUAN

MARINA LÓPEZ MUÑOZ

NORA MOHAMED TAHAR

GEMA MAGÉN GÁLVEZ

DIANA CASANOVA PALENZUELA

ALICIA PARDO RAMÍREZ

140.1 Introducción

La coxalgia es una causa frecuente de consulta médica en la clínica diaria, de difícil diagnóstico, ya que la etiología es diversa. El pinzamiento isquiofemoral es definido como el dolor que se produce debido al estrechamiento del espacio entre la tuberosidad isquiática y el trocánter menor produciendo un compromiso del músculo cuadrado femoral, encontrando alteraciones en su señal en resonancia magnética. Descrito inicialmente en pacientes con dolor tras cirugía de cadera (Johnson, 1977) posteriormente, se ha descrito en pacientes sin cirugía o traumatismo previo. En nuestra práctica clínica debemos pensar en esta patología sumamente infrecuente en pacientes, principalmente femeninos, con dolor crónico en ingle o nalgas sin traumatismo previo, en los que puede haber una pseudocitalgia y cuyos síntomas se exacerban con la hiperextensión, aducción y rotación externa de la cadera.

El pinzamiento a nivel isquiofemoral no es un impingement frecuente en la práctica clínica, así como el choque femoro-acetabular es una patología ampliamente conocida y descrita, el pinzamiento entre el trocánter menor y el isquion no se considera habitualmente, dado que el espacio es más amplio entre estas estructuras, y por tanto, muy poco frecuente. El tiempo de evolución oscila de meses a años, llegando a ser bilateral en un 25 % de los pacientes. La prevalencia de esta patología no está bien descrita, debido a series cortas, en las que principalmente se presentan pacientes femeninas, por lo que se piensa que debe haber relación entre esta patología y la anatomía pélvica femenina.

140.2 Objetivos

Mostrar la importancia de conocer una patología sumamente infrecuente como es el impingement isquiofemoral, para poder llegar a un correcto diagnóstico que nos permita un manejo terapéutico satisfactorio.

140.3 Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 21 años, atleta con un alto rendimiento, actualmente centrada en carrera de vallas, triple salto y salto de longitud, sin alergias ni antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que consulta por cuadro de coxalgia de un año de evolución, reagudizado en los últimos tres meses, localizado en la región inguinal derecha con irradiación a zona trocantérica y al glúteo, y que se reproduce con la actividad física. El dolor no le ha impedido continuar con la competición activa, aunque esta agrava la sintomatología, precisando reposo absoluto tras la campaña deportiva, por exacerbación del dolor.

En la exploración física hallamos a la paciente con buen estado general, sin atrofiar ni deformidades, y movilidad conservada en las 4 extremidades. Balance articular de la cadera izquierda conservado, aunque se reproduce chasquido y dolor a la aducción, rotar externamente y extender la cadera. La radiología simple de columna lumbar y caderas no mostraban alteraciones. Las pruebas de laboratorio, incluyendo hemograma, función renal y hepática, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, CPK, hormonas tiroideas, estudio de autoinmunidad y reactantes de fase aguda, estaban dentro de parámetros normales. (13, 14)

Inicialmente, se pauta tratamiento con analgesia antiinflamatoria vía oral y reposo deportivo. Dada la persistencia de su sintomatología tras el tratamiento efectuado y con aumento del dolor en zona subglútea y en tensor de la fascia lata, se realiza nueva exploración física y se decide realizar resonancia magnética de caderas, que se informa como una discreta alteración de señal que afecta a la inserción del glúteo mediano de forma bilateral y prácticamente simétrica sin alteraciones de señal esqueléticas, compatible con tendinopatía insercional. Se evidencia además signos de pinzamiento isquiofemoral bilateral de predominio izquierdo, evidenciando discreto edema del cuadrado femoral izquierdo.

Asimismo, se informa de una adecuada congruencia articular coxofemoral con superficies y espacios articulares y sin signos de derrame articular ni distensión de las bolsas periarticulares. No se aprecian otras alteraciones morfológicas ni de señal esqueléticas ni musculotendinosas. Se llegó al diagnóstico de síndrome de pinzamiento isquiofemoral, en la base de los hallazgos mencionados.

140.4 Discusión-Conclusión

El tratamiento conservador consistente en reposo, antiinflamatorios e infiltraciones con corticoides suele tener un resultado variable, siendo necesario acompañarlo de un tratamiento fisioterápico intensivo, orientado al aumento del espacio isquiofemoral, trabajando para

ello la flexión, abducción y rotación interna de cadera (con cadera neutra), si se acompaña de otras estructuras afectadas, habrá que sumarle trabajo excéntrico de las mismas.

En los casos que se resisten al tratamiento conservador, debe valorarse la cirugía artroscópica, no siendo preciso en el caso presentado. El pinzamiento isquiofemoral es una patología poco frecuente que debe tenerse en consideración para el diagnóstico diferencial del síndrome del trocánter mayor, que puede llegar a reducir bastante la calidad de vida de los pacientes. La respuesta irregular y diferente al tratamiento conservador hace que en algunas ocasiones sea necesario el tratamiento quirúrgico.

140.5 Bibliografía

1. Gómez-Hoyos J, Schroder R, Reddy M, et al. Femoral neck anteversion and lesser trochanter retroversion in patients with ischiofemoral impingement: a case-control magnetic resonance imaging study. *Arthroscopy* 2015.
2. Hernando MF, Cerezal L, Pérez-Carro L, Canga A, González RP. Evaluation and management of ischiofemoral impingement: a pathophysiologic, radiologic, and therapeutic approach to a complex diagnosis. *Skeletal Radiol.* 2016 Jun;45(6):771-87.

Capítulo 141

141 PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE CASO CLÍNICO DE POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE Y MODIFICACIÓN HIDROELECTROLÍTICA

FRANCISCO MARTOS CONEJO

GEMA MAGÉN GÁLVEZ

MARTA ALVAREZ GONZALEZ

MARINA LÓPEZ MUÑOZ

MARÍA DE LA SOLEDAD RUBIO SAN JUAN

141.1 Introducción

El Síndrome de Guillain-Barré es considerada como una polineuropatía aguda, desmielinizante, inflamatoria y autoinmune. Se caracteriza por una debilidad muscular ascendente, bilateral con una afectación sensorial, aunque más leve e invalidación de los reflejos osteotendinosos profundos. Su incidencia mundial es baja, oscila entre 1 a 3 casos por cada 100.000 habitantes.

141.2 Objetivos

Diferenciar la hiponatremia de la pseudo hiponatremia producida por el tratamiento con inmunoglobulinas.

141.3 Caso clínico

Paciente de 85 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Convive con hermana de 94 años de la que él es cuidador principal. NAMC, HTA, adenoma de próstata, divertículos de sigma, reflujo gastroesofágico, hepatitis B pasada en la juventud. Esplenectomía por linfoma esplénico en 2007, colecistectomía secundaria a coledocitis en 2012 y hernioplastia inguinal derecha por hernia incarcerada en mayo de 2020.

Tratamiento crónico: Duodart 0,5/4 mg; Enalapril 5 mg; Disgren 300 mg y Omeprazol 20 mg. El paciente concurre a consulta por fiebre de una semana de evolución en agosto de 2021 sin clínica asociada salvo dolor de espalda, durante

su estancia de ingreso en el servicio de Urgencias la exploración y pruebas complementarias se encuentran dentro de la normalidad y allí se mantiene afebril por lo que se solicita prueba de PCR para coronavirus y se le recomienda de aislamiento domiciliario.

Un mes después acude a su Médico de familia en AP por pérdida de sensibilidad en la pierna izquierda y por empeoramiento de la deambulación precisando ayuda y apoyo de 2 bastones para caminar, se deriva a urgencias donde se constata la pérdida de tono y fuerza en ambos MMII.

Ingresa para estudio, a los dos días ostenta empeoramiento motor y arreflexia global. En RNM cráneo medular se sospecha una polineuropatía aguda. En la punción lumbar se objetiva proteinorraquia leve y el electromiograma que es compatible con una polirradiculoneuritis desmielinizante inflamatoria. Ante este diagnóstico se inicia tratamiento con Inmunoglobulinas intravenosas.

Tras finalizar el tratamiento con IGS presenta paresia facial izquierda y acrecentamiento de la somnolencia, en la analítica se enfatiza una hiponatremia de 119 mmol/l con osmolaridad de 260 mOsm/kg. Se alecciona corrección con restricción hídrica 500cc/24 horas y suero hipertónico. Ante la ausencia de mejoría se decide ejecutar plasmaféresis con el riesgo que supone al efectuar una corrección rápida de la hiponatremia dando lugar a una mielinolisis central pontina.

Se ejecutan en total 7 sesiones de plasmaféresis y se decide la derivación a un centro hospitalario de larga estancia para completar la recuperación, al alta presenta un valor de Na⁺ de 130 mmol/l. Tras varios días estable manifiesta de nuevo empeoramiento con paresia de miembros superiores e incremento de la disnea por lo que se deriva de nuevo para plasmaféresis no pudiendo llegar a efectuarse debido al cuadro rápidamente creciente de insuficiencia respiratoria que termina con el exitus del paciente en pocas horas.

141.4 Discusión-Conclusión

En el caso parece establecerse una relación clara entre el Síndrome de Guillain-Barré y la hiponatremia por el Síndrome de Secreción Inadecuada de ADH pudiendo establecerse el diagnóstico diferencial con la pseudo hiponatremia secundaria al tratamiento con inmunoglobulinas. El trastorno hidroelectrolítico supuso un agravamiento del paciente y un condicionante a la hora de plantear el tratamiento con plasmaféresis por el riesgo de mielinolisis pontina por la rápida corrección de la hiponatremia.

Por todo lo comentado anteriormente destaca la relevancia de los controles hidroelectrolíticos en el Síndrome de Guillain-Barré, en concreto los niveles de sodio debido a su relación con el mal pronóstico del cuadro.

141.5 Bibliografía

1. Clifford R. History of British Neurology. 1a ed. Imperial College Press; 2012.

Capítulo 142

142 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LA INFANCIA

CHAIMA KAMAR MIMUN

NAWAL AL-LUCH MOHATAR

YOLANDA ROMÁN CONCHAS

142.1 Introducción

Las enfermedades infecciosas presentes en los niños y algunas enfermedades, son inevitables en la mayoría de las etapas de la infancia. Los sistemas inmunológicos inmaduros de los niños son susceptibles a los agentes infecciosos, y mantener chupetes y juguetes en la habitación por hábitos antihigiénicos como la boca, ayuda a propagar estas infecciones más rápidamente.

Muchas infecciones en los niños son causadas por virus. Esto significa que no tiene que usar antibióticos para tratarlo, pero hay que tomar precauciones para ayudar a su hijo a adaptarse y superar el desarrollo y los síntomas de una manera adecuada. Sin embargo, los niños también pueden contraer infecciones bacterianas. En tales casos, los médicos siempre prescriben un tratamiento con antibióticos. También hay que tener en cuenta que algunas infecciones pueden transmitirse antes de que aparezcan los síntomas, durante el llamado período de incubación.

142.2 Objetivos

Describir las patologías infecciosas de los niños. Enumerar las medidas de prevención.

142.3 Metodología

La elaboración de este capítulo de libro se ha realizado mediante la consulta de la literatura, tanto científica como textual, mediante bases científicas y libros bibliotecarios. Se han establecido filtros de búsqueda por años, especialmente actuales. Idioma del texto, tanto en inglés como español. Y acceso completo a los artículos científicos.

142.4 Resultados

Las enfermedades infecciosas más comunes en la infancia son:

Rubeola. Agente infeccioso: Togavirus. En general, la rubéola es una enfermedad leve. Se transmite a través de las llamadas "gotas de flugge" o por contacto con una persona infectada (heces, orina). El período de incubación es de 12 a 14 días y la infección ocurre de 1 semana a 5 días después de que aparece la erupción. Se caracteriza por una erupción eritematosa generalizada (comienza en la cara, se extiende por todo el cuerpo, desaparece en el mismo orden), linfadenopatía generalizada (generalmente debajo de la parte posterior de la cabeza, detrás de las orejas y el cuello) y una fiebre.

Sarampión. Agente infeccioso: virus ARN de paramixovirus. Enfermedad aguda transmitida por contacto directo a través de gotitas en el aire. El período de incubación es de 10 a 20 días, y es contagioso desde 4 días antes de la erupción hasta 5 días después de que aparece la erupción. Clínicamente se caracteriza por fiebre, un triple resfriado (tos, secreción nasal y conjuntivitis), con una erupción eritematosa maculopapular que aparece primero en la cara y luego se extiende por todo el cuerpo. Hace dos días apareció una erupción característica, las manchas de Koplik (pequeñas manchas rojas con centro blanco, visibles en la mucosa oral de los molares).

Escarlatina. *Streptococos* beta-hemolíticos del grupo A o agentes infecciosos *S. pyogenes*. Produce una o más exotoxinas eritrocitarias. Transmitido por contacto o gotitas respiratorias. Tiene un período de incubación de 2 a 4 días y es contagioso durante el período de incubación y al inicio de la enfermedad. Clínicamente, el primer hallazgo es amigdalitis eritematosa (amígdalas agrandadas con parches llenos de pus). Además, la lengua a menudo tiene una saburra, primero una saburra blanca (lengua de fresa blanca), luego una saburra roja (lengua de fresa roja o lengua de frambuesa).

Varicela. Agente infeccioso: virus varicela zóster. Se transmite por contacto directo con lesiones cutáneas y por inhalación. Tiene un período de incubación de 2 a 3 semanas y es contagioso desde 1 día antes de que aparezca la erupción hasta que todas las lesiones se hayan formado costra. Clínicamente, se presenta con una erupción de ampollas en todo el cuerpo (comenzando en el torso y extendiéndose a la cara y las extremidades) y con mucho picor.

Diarrea severa del lactante. El rotavirus causa diarrea severa. Causa vómitos, fiebre (durante 38 días) y deshidratación. Es la principal causa de diarrea en los bebés. Se transmiten por vía fecal-oral, infectando células del intestino delgado y provocando gastroenteritis, diarrea y deshidratación. La infección ocurre con mayor frecuencia en invierno o primavera. Los niños que tienen el virus pueden transmitirlo fácilmente a otros niños y, a veces, a adultos. Una vez que un niño se infecta con el virus, tarda unos dos días antes de que se enferme. Los vómitos y la diarrea duran de 3 a 8 días.

142.5 Discusión

Las vacunas usan un virus o una bacteria que ha sido atenuada, generalmente mediante inyección, para generar inmunidad contra ella. El sistema inmunitario de una persona trata las sustancias vacunadas como extrañas y las combate en defensa propia. Los agentes infecciosos debilitados no pueden causar infección, pero nuestros cuerpos están mejor preparados para atacar virus y bacterias en caso de que nos infecten en el futuro, previniendo así enfermedades.

En algunos países, las vacunas han erradicado muchas enfermedades, como la viruela, mientras que, en otros como la poliomielitis, se ha producido una disminución drástica del número de casos. Es importante tener en cuenta que este problema no es un virus o bacterias que causa enfermedad, sino una persona que ha sido vacunada antes.

142.6 Bibliografía

1. Generalidades sobre las infecciones neonatales—Pediatría. (s. f.). Manual MSD versión para profesionales. Recuperado 22 de noviembre de 2022, de <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/generalidades-sobre-las-infecciones-neonatales>.
2. Introducción a las infecciones del recién nacido—Salud infantil. (s. f.). Manual MSD versión para público general. Recuperado 22 de noviembre de 2022, de <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/salud-infantil/infecciones-de-los-reci%C3%A9n-nacidos/introducci%C3%B3n-a-las-infecciones-del-reci%C3%A9n-nacido>.

Capítulo 143

143 LOS PACIENTES CON CUIDADOS PALIATIVOS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CRISTINA CORTÉS OCAÑA

SHAIMA M`HAND BOUHAZZAOUI

GLEDYS ALIANA ARROYO HERRERA

143.1 Introducción

La Asociación Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define los cuidados paliativos como "un tipo específico de cuidados destinados a proporcionar salud, comodidad y apoyo a los enfermos terminales y sus familias".

El objetivo de los cuidados paliativos es permitir que el paciente pase días despierto, sin dolor y con síntomas controlados, y que pase los últimos días del paciente en casa o en otro lugar, rodeado de la mayor cantidad de personas posible, para poder vivir con dignidad.

La enfermedad terminal se define como una enfermedad progresiva, continua e incurable, con falta de respuesta a tratamientos específicos y cuyos síntomas se vuelven más persistentes a medida que la enfermedad empeora.

Este tipo de enfermedades suponen un gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo de atención.

Las familias de los pacientes se convierten en parte del equipo de cuidados paliativos y necesitan capacitación y apoyo debido a los costos emocionales de brindar cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos se basan en un abordaje multidisciplinario por parte de un equipo médico que incluye al personal de enfermería, quienes educan a los pacientes sobre los cuidados físicos y mentales, los síntomas y la configuración del entorno para permitir el seguimiento de los cuidados paliativos. Debe tener las habilidades y la experiencia.

143.2 Objetivos

Describir aspectos importantes a tener en cuenta para el TCAE en relación con los cuidados paliativos.

143.3 Metodología

Para la realización de este trabajo se hizo una revisión bibliográfica de artículos científicos, cuya búsqueda fue en las bases de datos científicas Medline, Pubmed, Scielo y Google Académico. Los criterios de inclusión de los artículos para la revisión fueron: el año de publicación, el idioma y el área temática. Se establecieron filtros de acceso a texto completo.

143.4 Resultados

Para facilitar la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se necesita una comprensión clara de varios conceptos relacionados con los cuidados paliativos para brindar la mejor atención posible durante este tiempo. La normativa vigente y algunos conceptos relacionados con la enfermedad terminal, se enumeran a continuación.

Según la SECPAL⁶ y la OMS¹³, la enfermedad terminal es una enfermedad para la que no existe un tratamiento específico o es probable que su progresión sea más lenta, dando lugar a mortalidad, progresión y muerte en periodos de tiempo variables (normalmente menos de 6 meses). Y causa mucho dolor (tanto físico como psicológico) a la familia y al paciente. Este concepto cobra mucha importancia más adelante en la vida dada la cantidad de conflictos éticos que pueden surgir en el cuidado y preocupación de estos pacientes.

Esto requiere que los profesionales y servicios médicos apliquen el conocimiento de manera ética y tomen decisiones de manera holística en función de las preferencias del paciente. Esto incluye creencias religiosas. Este aspecto debe verse como un factor importante para afrontar la enfermedad, el sufrimiento y morir con dignidad.

Los expertos revelan que realizar acciones relacionadas con la muerte es un conflicto moral. La dificultad es que a menudo no sabemos dónde está la línea entre tratar de salvar la vida de una persona y aliviar los síntomas.

En relación al concepto de muerte con dignidad, los pacientes tienen derecho a morir sin recurrir a medios extraordinarios y desproporcionados para sostener la vida. Este es un concepto importante para mantener la dignidad hasta el final de la vida. Morir con dignidad es importante para los pacientes, sus familias y los trabajadores de la salud. Las enfermedades terminales muchas veces conducen a intervenciones innecesarias enfocadas únicamente en mejorar los valores de laboratorio y la estabilidad hemodinámica, olvidando que solo están prolongando el dolor del paciente.

143.5 Discusión

La bioética tiene especial importancia en las últimas etapas de la vida, ya que crea un dilema que debe resolverse a través de cuatro principios fundamentales: beneficencia,

no maleficencia, justicia y autonomía.

En cuanto a los cuidados paliativos, su función es mejorar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes terminales y sus familias. Deben aplicarse con el objetivo de mejorar la calidad de vida en lugar de prolongar la supervivencia a medida que avanza la enfermedad. Este cuidado puede ser brindado en el hogar, permitiendo que la persona muera en un ambiente rodeado de seres queridos manteniendo los roles sociales y familiares, y no vulnerando el derecho a la privacidad, humanizando la muerte, realizándola y naturalizándola.

143.6 Bibliografía

El auxiliar de enfermería y los cuidados paliativos | FUDE. (s. f.). Recuperado 23 de noviembre de 2022, de <https://www.educativo.net/articulos/el-auxiliar-de-enfermeria-y-los-cuidados-paliativos-483.html>

Sistemática de Trabajo Auxiliares de Enfermería/TCAEs en una Unidad de Cuidados Paliativos—Protocolos. (s. f.). Recuperado 23 de noviembre de 2022, de http://www.auxiliar-enfermeria.com/auxiliar_paliativos.htm

Capítulo 144

144 LA GANGRENA DE FOURNIER Y SU AFECTACIÓN PARA EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

SHAIMA M`HAND BOUHAZZAOUI

GLEDYS ALIANA ARROYO HERRERA

IMMAN MOHAMED FATMI

144.1 Introducción

Se cree que la gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante, generalmente causada por una variedad de infecciones bacterianas, que afectan no solo el escroto, sino también el área perineal en general, posiblemente la pared abdominal anterior, las extremidades inferiores e incluso el abdomen inferior.

Afortunadamente, se trata de una enfermedad de baja incidencia, pero con alta morbilidad y mortalidad, por lo que se debe tener en cuenta y conocer el tratamiento precoz, sostenido y agresivo.

Los hombres entre 50 y 70 años son los más afectados en la actualidad, las mujeres y los niños pueden verse afectados, contrariamente a lo que se creía desde la época de Fournier. Hoy en día, se cree que se pueden identificar desencadenantes claros hasta en el 90% de los casos. Las más frecuentes son la enfermedad perianal, la genitourinaria y finalmente las lesiones cutáneas localizadas.

144.2 Objetivos

Aportar información sobre la Gangrena de Fournier así como datos sobre la afectación de la misma.

144.3 Metodología

Este trabajo sea realizado mediante una revisión bibliográfica de artículos científicos. La búsqueda de estos artículos se llevó a cabo en las bases de datos científicas Scielo, Scopus y Google Académico. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: fecha de publicación, el idioma, el área temática y el acceso a texto completo.

144.4 Resultados

La gangrena de Fournier sigue siendo una afección grave con una tasa de mortalidad de aproximadamente el 10 %, a pesar de las nuevas terapias antimicrobianas y el reconocimiento de su gravedad.

Se realiza la revisión bibliográfica de estudios que ofrecen datos sobre la afectación de la Gangrena de Fournier. Los pacientes que la padecen son predominantemente hombres. Encontramos que la edad promedio es de 61 años. La duración media de la estancia hospitalaria fue de 25,7 días, extendiéndose a 66 días en el caso más largo tratado. La media de tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el inicio del shock ablativo avanzado, factor clave en el manejo de esta entidad, fue de 6,26 días.

Con respecto a los factores sistémicos del huésped, que pueden considerarse secundarios y debilitantes como factores de riesgo, se consideraron cuatro condiciones en las que la diabetes mellitus fue el factor más contribuyente superando el 80%. La obesidad está presente en el 55% de los casos y se asocia con mayor frecuencia a la diabetes. Aunque el 35% de los sujetos eran fumadores y solo el 20% eran bebedores de alcohol, estos tres últimos parámetros no proporcionan la información necesaria en todos los casos, es probable que sea mayor.

Todos los pacientes tenían dolor y el 90% tenía fiebre por encima de los 38°C en comparación con los síntomas iniciales. La afección comienza con celulitis localizada y, con el tiempo, desarrolla áreas de necrosis cutánea a medida que se extiende a los tejidos adyacentes, y la formación de gases por bacterias anaerobias produce un crujido localizado y un olor fétido.

En cuanto a las mediciones iniciales de presión arterial al ingreso, solo el 35% de los pacientes tuvieron una marcada caída de la presión arterial y siempre estaban gravemente infectados. Estos últimos pacientes tienen las estancias hospitalarias más largas y requieren cuidados intensivos para estabilizar y controlar la hemodinámica.

144.5 Discusión

Debe considerarse una urgencia quirúrgica que requiere un diagnóstico precoz tanto por parte de atención primaria como hospitalaria. La mayoría de las veces es una patología anorrectal o genitourinaria y suele ser la puerta de entrada a una infección polimicrobiana mixta debido a la flora local.

Finalmente, destacamos que, además del abordaje interdisciplinario positivo inicial, se deben realizar esfuerzos para evitar el consumo de tabaco y alcohol y modificar los factores de riesgo que facilitan el desarrollo de la primera infección. Existe la necesidad de tratar de manera efectiva y adecuada el sobrepeso, patologías perianales y genitales.

144.6 Bibliografía

Caballero, P. D. (s. f.). CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON GANGRENA DE FOURNIER. Horizonte. Recuperado 23 de noviembre de 2022, de <https://www.academia.edu/33194>

Cuidados en paciente con Gangrena de Fournier. Presentación de un caso clínico—Revista Electrónica de Portales Medicos.com. (s. f.). Recuperado 23 de noviembre de 2022, de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-paciente-gangrena-fournier-caso-clinico/>

Capítulo 145

145 ESTADO DE LA CUESTIÓN DE PROCESOS URGENTES EN LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA. HOSPITALES DE SANGRE

CRISTINA VÁZQUEZ VAQUERIZO

145.1 Introducción

En 1936 estalla el conflicto bélico conocido como Guerra Civil Española. Como en todo episodio de guerra, los episodios de muerte y daños a la salud de la población afectada (en vanguardia o retaguardia) son constantes y acuciantes, siendo una prioridad la atención de urgencia de los heridos en batalla.

Es por ello que la necesidad de personal sanitario se elevó a cotas que no habían sido conocidas hasta la época. Durante este periodo, los servicios sanitarios fueron gestionados por entidades nacionales e internacionales en los frentes sublevado y republicano. Enfermeras, personal en formación y voluntarias desempeñarían una labor fundamental dentro del panorama de guerra.

145.2 Objetivos

Investigar sobre la sanidad en este periodo, haciendo énfasis en la formación recibida por parte de las enfermeras de uno y otro bando.

145.3 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.

De igual forma, se han accedido a fuentes hemerográficas e históricas accediendo a fuentes primarias en distintos archivos.

145.4 Resultados

El territorio controlado por el bando sublevado estuvo auxiliado por organizaciones de muy distinto signo, tales como la Cruz Roja Española (que también ayudó al bando republicano), distintas agrupaciones religiosas/caritativas y sanitarias de Falange Española. De

igual forma ambos bandos también necesitaron de la ayuda de un gran número de voluntarias que recibieron formación más o menos apresurada dependiendo de circunstancias de guerra.

Por contra, el conocido como Frente Popular contó con la ayuda de organismos internacionales como las Brigadas Internacionales, la Cruz Roja, agrupaciones feministas, etc.

Gran parte de esta asistencia se realizó en Hospitales de sangre, ubicaciones de urgencia (hoteles, etc.) de carácter militar donde se trataron a los heridos de guerra.

Las fuentes consultadas para este trabajo dan especial relevancia a los diversos programas formativos que adquirieron las enfermeras y otras profesiones de asistencia que hoy podríamos calificar como Técnicos de Cuidados en Enfermería o los antiguos Practicantes.

Otro punto de vital importancia que se trata en la bibliografía de este estudio, se centra en el ejercicio de la enfermería tras el conflicto bélico. Además de la necesidad de profesionales de enfermería tras el conflicto bélico por lo devastado que quedó el país, parte de las investigaciones ponen el foco en la distinción entre sí pertenecían a uno u otro bando, con lo que supuso para el personal de enfermería que perdió el conflicto: depuraciones, exilio, etc.

De igual forma, en las últimas décadas se ha desarrollado una literatura científica desde el punto de vista de género, que pone énfasis en la labor increíble que desarrollaron estas mujeres durante la contienda bélica.

145.5 Discusión

Como primer elemento de discusión debemos incluir la vinculación total que existió entre la profesión enfermera y la mujer. Hasta hace unas décadas, este hecho ha impedido que su papel en la contienda fuese ignorado o poco tratado por la literatura científica. Hecho que se agravaba aún más si fueron mujeres enfermeras o auxiliares del Frente Popular o afines.

Otro punto fundamental que extraemos de la investigación es la importancia de los cuidados enfermeros en el frente y en retaguardia, incluyendo también a la población civil afectada por el conflicto.

La labor externa al país fue fundamental en ambos bandos, proporcionando y formando en cuidados de calidad.

145.6 Bibliografía

1. Andina Díaz Elena. Enfermeras del bando nacional en la Guerra Civil española: según el libro "Princesas del Martirio" de Concha Espina. Index Enferm [Internet]. 2004 [citado 2022 Nov 22]; 13(47): 61-65. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S112962004000300014&lng=es.
2. Dios-Aguado, M. D., Gómez-Cantarino, S. G., Domínguez-Isabel, P. D., Chaves, M. C., & Queirós, P. J. (2020). Enfermería durante la Guerra Civil Española y su postguerra (1936-1949): Olvido e inhabilitación. Revista de Enfermagem Referência, 5(2), e20019. doi:10.12707/RV20019.

3. Domínguez Isabel, P., Espina Jerez, B., Gómez Cantarino, S., Elena Hernández, A., De Dios Aguado, M. M. & Pina Queirós, P. J. (2019). Organización de los cuidados de enfermería en la Guerra Civil Española (1936-1939): un abordaje histórico. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23(53). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.08>.
4. Fraiz Padín, M.A., Martínez Fernández, M.M., Moreno Corrales, M.J., Fraíz Padín, M.J., (2015). Las otras enfermeras, durante la Guerra Civil Española. *Rev paraninfo digital*, 22. ISSN 1988-3439.
5. Mateu Barreda, R.; González Chordá, V.M.: La Enfermería durante la Guerra Civil Española. *Revista Científica de Enfermería*, [S.l.], n. 7, nov. 2013. ISSN 1989-6409. Disponible en: <<https://recien.ua.es/article/view/2013-n7-la-enfermeria-durante-la-guerra-civil-espanola>>. Fecha de acceso: 05 nov. 2022 doi:<https://doi.org/10.14198/recien.2013.07.07>.

Capítulo 146

146 PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: ALTERACIONES DE LOS ALIMENTOS

CARMEN MARIA SIERRA PELET

146.1 Introducción

Los alimentos son susceptibles de sufrir cambios en su composición, estructura y características. En este apartado vamos a hablar de los principales agentes y mecanismos responsables de estas transformaciones y alteraciones en los alimentos.

Se considera que un alimento está alterado cuando presenta cambios que limitan su aprovechamiento, posee características organolépticas modificadas y no es apto para el consumo, sin que ello suponga necesariamente que sea peligroso para la salud.

Esto es aún más si cabe de vital importancia en las cocinas hospitalarias, ya que los alimentos van a parar a pacientes con diversas patologías y un alimento en mal estado puede complicar aún más su estado de salud.

146.2 Objetivos

Conocer como pinches de cocina algunas alteraciones que se producen en los alimentos y el por qué.

146.3 Metodología

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

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

146.4 Resultados

Según con qué facilidad se alteren los alimentos, podemos clasificarlos en:

- Estables o no perecederos: se incluyen en este grupo los alimentos que tienen un bajo contenido de agua libre, por debajo del 12 %, como el azúcar, la harina o las legumbres secas.

- Semiperecederos: son aquellos que contienen entre un 12 y un 60 % de agua libre, o bien contienen ácidos o azúcares que dificulten el desarrollo microbiano. Es el caso de las patatas, las manzanas o las nueces sin cáscara, alimentos que, si se manipulan y conservan adecuadamente, tardan en alterarse.

- Perecederos: son los alimentos que se alteran con facilidad si no se utilizan procedimientos de conservación específicos.

Los principales agentes responsables de estas alteraciones son:

- Agentes físicos: generalmente, son factores atmosféricos, como la humedad, la temperatura o el tiempo.

- Agentes químicos: el oxígeno y la luz provocan fenómenos como la oxidación. También hay que tener en cuenta factores como el pH y la acidez.

- Agentes biológicos: son todos aquellos relacionados con la propia composición del alimento, como las propias enzimas del producto o la presencia de otros agentes microbianos, parásitos o roedores.

Las técnicas empleadas constantemente por el ser humano para impedir que se produzca un deterioro o alteración en los alimentos son el cocinado y el procesamiento tecnológico. Estos tratamientos, además de alargar la vida útil de los alimentos, también pueden interferir de forma negativa en su valor nutricional (pérdidas en algunas vitaminas, por ejemplo) o de forma positiva, mejorando la biodisponibilidad de algunos nutrientes y mejorando otras de sus propiedades.

146.5 Discusión

Con esta revisión hemos pretendido revisar las principales alteraciones que se producen en los alimentos, ya que estas pueden suponer un riesgo para el paciente que los consume.

Los pacientes de los centros hospitalarios tienen su Salud comprometida, y cualquier tipo de alteración de los alimentos puede influir en su recuperación, ya que pueden inducir a otras patologías o enfermedades.

Por ello es importante como pinches de cocina siempre trabajar bajo unas condiciones higiénicas adecuadas, cumpliendo con los criterios de seguridad y calidad alimentaria, para evitar este tipo de riesgos sobre la salud de los comensales.

146.6 Bibliografía

1. Alteraciones y contaminación de los alimentos - <https://www.ceupe.com/blog/alteraciones-y-contaminacion-de-alimentos.html>.

2. La alteración de los alimentos - <https://consejonutricional.com/2015/01/12/la-alteracion-de-los-alimentos/>.

3. Principios generales - <https://tematico8.asturias.es/export/sites/default/consumo/seguridadAlimentar>

alimentaria-documentos/basico01.pdf.

4. Alteración de los alimentos en la higiene alimentaria - <https://fbkmexico.com/microorganismos-causantes-de-las-alteraciones-de-los-alimentos/>.

Capítulo 147

147 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): LIMPIEZA MANUAL DEL MATERIAL SANITARIO

LORENA ARGÜELLES MENENDEZ

147.1 Introducción

A menudo se utiliza con elementos que no pueden soportar Altas temperaturas (50-90°C), materiales frágiles (microcirugía, odontología) u óptica (Endoscopio). Necesario para herramientas con Lúmenes, herramientas de perforación (perforaciones, etc.) y motor (generalmente líquido o seco). El personal siempre debe usar barreras protectoras (delantales, guantes gruesos, máscaras, gafas, protectores faciales, etc.) para evitar el contacto con sangre u otros fluidos corporales

Existen herramientas y su uso es diferente dependiendo de los materiales: Los cepillos, las esponjas o paños, la ducha de mano y la pistola de presión.

147.2 Objetivos

Conocer como personal sanitario titulado en técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario en que consiste el lavado manual para las técnicas del lavado del material sanitario.

147.3 Metodología

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

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

147.4 Resultados

Herramientas y su uso en diferentes materiales:

- Cepillos (externos e internos): Primero pueden tener un pelaje suave o duro, pero nunca se debe usar metal, ya que modifica el recubrimiento que protege las herramientas de acero inoxidable y aluminio. El segundo mas Utilizado para herramientas tubulares que Vienen en varias longitudes y diámetros.

- Esponjas o paños: se utilizan para evitar que se rayen las ópticas.

- Ducha de mano: se puede usar cuando se limpian las herramientas por primera vez. Es conveniente hacerlo en pilas profundas para evitar Salpicaduras sin excesiva presión de agua.
- Pistolas de presión: las hay de varios tipos: boquilla y servir para deslizar residuos de un instrumento de tubo.

Protocolo:

1. Protégete adecuadamente con mascarillas, gafas, gorros y chaquetas largas o delantal, guantes y zapatos de seguridad preferible. También puede ser usada una Pantalla de protección.
2. Preparación de la solución de lavado en el depósito
3. Inserte la herramienta abierta desmontada mientras está completamente sumergida la herramienta. Lave los artículos pequeños y filosos por separado de otros artículos.
4. Cepille bajo el agua para evitar salpicaduras y formación de aerosoles. Cepillo suave, pieza por pieza.
5. lavar bien las herramientas en agua caliente. Al menos eventualmente agua destilada o en descalcificación.
6. Seque con un paño estéril o aire comprimido.

147.5 Discusión

Se ha aprendido como personal sanitario titulado en técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realiza sus funciones en un centro hospitalario en que consiste el lavado manual para las técnicas del lavado del material sanitario.

Se sabe que la técnica de lavado manual se aplica sobre materiales e instrumental que no pueden soportar altas temperaturas.

Se han explicado cuáles son las herramientas que se emplean en la limpieza de este tipo de material.

Y además, se ha detallado cuál es el protocolo a seguir. Siendo inicialmente una protección individual, seguida de la introducción del material en la solución con su posterior cepillado, aclarado y secado.

147.6 Bibliografía

1. Normas para la limpieza y desinfección del material sanitario - Teresa Bejarano (2006) <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1163/normas-limpieza-desinfeccion-material-sanitario.pdf>.

Capítulo 148

148 EL DUE Y EL EFECTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS EN EL PACIENTE

MARIA FLORES HELLIN

MARIA DE LA PAZ SANDOVAL GRAU

148.1 Introducción

El abuso alude a un uso excesivo de ciertas sustancias con el propósito de experimentar alteraciones químicas en el cerebro que afectan directamente al estado de ánimo. Este comportamiento genera dependencia en el sujeto y da origen a una falsa creencia de necesidad. Pueden ser objeto de abuso diversas sustancias, como el alcohol, la marihuana, los narcóticos, los estimulantes o los agentes depresores, como los tranquilizantes.

Hoy en día en nuestra sociedad el uso de este tipo de sustancias, sobre todo en las personas más jóvenes, parece estar muy extendido y su uso puede resultar muy dañino para la salud.

148.2 Objetivos

Conocer los efectos que tiene el abuso de sustancias sobre el organismo.

148.3 Metodología

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

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

148.4 Resultados

Se desconocen las causas, pero existen diversos factores que pueden ser el origen abuso de agentes externos:

- Factores genéticos: diversos estudios han constatado que las personas que provienen de familias en las que algún miembro ha sufrido adicción a sustancias como drogas o

alcohol tienen más riesgo de caer en ellas.

- Factores físicos: el uso reiterado de drogas y alcohol afecta a las células cerebrales que procesan la información. Cuanto más tiempo se abuse de estas sustancias, mayor será el daño irreparable.

- Factores ambientales: aunque es motivo de debate, muchos expertos consideran que ciertos ambientes propician el uso de algunas sustancias. Entre ellos estarían haber sido víctima de abusos o encontrarse en una situación de estrés severo. De este modo, el sujeto recurriría al alcohol o a las drogas como un medio para evadirse y evitar enfrentarse a sus problemas cotidianos.

- Factores de riesgo: estar en contacto con enfermedades mentales (ya sea mediante un familiar o por experiencia propia), haber sido víctima de abusos físicos o psicológicos, vivir en contacto con un clima violento o tener una baja autoestima pueden propiciar esta conducta.

Aunque cada sustancia tiene sus propias consecuencias, todas ellas pueden ser nefastas:

- Salud mental: es común que algunas personas que sufren ciertos trastornos también abusen de sustancias. Entre ellos, destaca el trastorno bipolar, la ansiedad, la depresión, la esquizofrenia o el déficit de atención.

- Falta de nutrientes.

- Insomnio.

- Pérdida de memoria.

- Ideas relacionadas con el suicidio.

- Sobredosis y muerte.

Con el tiempo, el afectado deja de experimentar las mismas sensaciones con el uso de la sustancia, pues la tolerancia ha aumentado. Por ello, es común que se incremente la dosis, lo cual acabará derivando en una sobredosis.

Una vez que el sujeto deja de consumir la sustancia, experimentará una serie de síntomas de privación (pánico, ansiedad, psicosis, paranoia, temblores, náuseas, vómitos, sudoración). Con el paso de los días, estos irán remitiendo.

148.5 Discusión

Identificar cuándo un sujeto está recurriendo a las drogas o el alcohol como mecanismo de evasión no es sencillo. Entre las primeras conductas que desarrolla el afectado, aparece el cambio en sus relaciones personales, ya sea porque su grupo de amigos deja de ser el de siempre o porque tiende al aislamiento. Con el tiempo, se suceden periodos de hiperactividad con letargo o inactividad. Sin embargo, las mayores consecuencias se observan a nivel físico (jaquecas, cambios en la alimentación, problemas para conciliar el sueño, náuseas) y psicológico (desorientación, visión deformada de la realidad, problemas de concentración y memorización, ansiedad o depresión).

148.6 Bibliografía

1. Trastornos por el uso de sustancias - <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-relacionados-con-sustancias/trastornos-por-el-uso-de-sustancias>.
2. Consumo de sustancias - <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/fasd/abuso-sustancias-adolescentes.html>.
3. Abuso y dependencia de sustancias - <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-abuso-dependencia-sustancias-el-trastorno-13013506>.
4. Salud mental y abuso de sustancias - <https://www.usa.gov/espanol/salud-mental-y-abuso-de-sustancias>.

Capítulo 149

149 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES EN LA SALA DE URGENCIAS DEL MEDIO HOSPITALARIO

ALBA BEGEGA CALVO

MIRIAN TERESA YURTTZ GALEANO

149.1 Introducción

Las urgencias y emergencias sanitarias comienzan cuando los hospitales de cada comunidad autónoma correspondiente empiezan a ser administradas por organismos públicos, entonces se intentó proponer la clasificación u organización de los pacientes según su enfermedad o gravedad.

Las unidades de las urgencias del medio hospitalario son administradas por un sistema sanitario que se dividen en hospitalarias aquellas que se dan en el interior del medio hospitalario o las que son extrahospitalarias que se dan en el exterior del medio hospitalario como las ambulancias o centros de salud también denominados centros de atención primaria.

149.2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo de libro es saber y conocer cuáles son las diferentes funciones del TCAE.

149.3 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.

149.4 Resultados

El triaje es el lugar o zona donde el personal sanitario realiza una serie de pruebas a los pacientes que acuden al servicio de urgencias para diagnosticar el problema que le sucede al paciente.

Se le toma en primer lugar las constantes vitales como la tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y la temperatura para comprobar que todos los parámetros están en adecuadas formas. En este lugar se cuenta con la historia clínica de cada paciente donde se recogen o figuran las patologías anteriores, diversos problemas que padezcan anteriores o alergias varias.

Según el tipo de problema que estos padezcan son derivados a un servicio u otro dependiendo del problema que padezcan son derivados a un departamento u otro según su especialidad.

Vamos a ver los diferentes tipos de triaje que existen en el medio hospitalario.

- Nivel rojo: el paciente debe de ser atendido de urgencia porque su vida corre riesgo.
- Nivel naranja: el paciente debe ser atendido sin tiempo de espera, su vida puede estar en peligro.
- Nivel amarillo: el paciente debe de ser atendido sin mucho tiempo de espera.
- Nivel verde: el paciente puede esperar, está fuera del peligro.

Algunas de las funciones del TCAE pueden ser las siguientes:

- Reposición del material en los almacenes.
- Cambios posturales.
- Movilizaciones.
- Aseos a los pacientes que lo precisen.
- Asistir a los compañeros en lo que necesiten.

149.5 Discusión

Para cerrar o finalizar este capítulo de libro sobre urgencias y las funciones del TCAE, se debe de decir que es un servicio disponible las 24 horas del día durante los 365 días del año ante cualquier imprevisto que pueda suceder de forma inesperada y pueda ser peligrosa o poner en riesgo la salud de los pacientes.

Es necesario el apoyo a la familia y al paciente en todo momento porque están pasando por situaciones difíciles que debemos de comprender y tener empatía y colaborar en la ayuda para lograr la mejoría del paciente lo antes posible también junto con la ayuda del profesional sanitario TCAE.

149.6 Bibliografía

1. Estudio conjunto de los Defensores del Pueblo. Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Madrid: Defensor del Pueblo; 2015.

Capítulo 150

150 EL DUE Y LAS OSTOMÍAS: TIPOS, COMPLICACIONES, CUIDADOS

MARIA DE LA PAZ SANDOVAL GRAU

MARIA FLORES HELLIN

150.1 Introducción

Una ostomía es una intervención quirúrgica en la que se hace un orificio no natural o estoma en el exterior del cuerpo para comunicar con un órgano hueco. En relación con el aparato digestivo, hay ostomías de nutrición y de eliminación, como veremos más detalladamente a continuación.

Las ostomías pueden dar lugar a complicaciones inmediatas, como necrosis, dehiscencia de la sutura mucocutánea, hundimiento del estoma, hemorragia, infección o edema; o a complicaciones tardías, como estenosis, hernia, prolapso, irritación cutánea o úlceras.

Todas estas complicaciones deben ser vigiladas por el personal de enfermería.

150.2 Objetivos

Conocer que es una ostomía, que tipos hay, tratamiento, cuidados etc como parte de nuestra formación de enfermería.

150.3 Metodología

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

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

150.4 Resultados

Tipos de ostomías:

- Ostomías de nutrición: se practican para administrar alimentación cuando existen lesiones o problemas en la boca o en el esófago. Según la zona en la que se inserte la

sonda, se denomina esofagostomía, faringostomía, gastrostomía o yeyunostomía.

- Ostomías de eliminación: con ellas se exterioriza el intestino a través del abdomen, cosiéndolo a la piel, para la evacuación de las heces. Según la parte de intestino que se exteriorice, se denomina ileostomía (íleon, con heces semilíquidas y corrosivas), colostomía ascendente (colon ascendente, con heces semilíquidas e irritantes), colostomía transversa (colon transverso, con heces semi- líquidas y poco irritantes), colostomía descendente (colon descendente, con heces sólidas y nada irritantes) o colostomía sigmoidea (colon sigmoideo, con heces firmes, sólidas y no irritantes). Todas ellas pueden ser temporales o permanentes.

Existen ciertos sistemas o dispositivos para el cuidado de los estomas y para la recogida de las heces. Hay de muchos modelos, dependiendo del grado de independencia del paciente, de la aparición o no de complicaciones, así como del confort. En general, el dispositivo debe adaptarse bien al tamaño del orificio mediante guías milimetradas, debe proteger la piel periestomal para evitar la irritación causada por el material adhesivo y tiene que ser de fácil aplicación tanto para el profesional como para el propio paciente. Asimismo, debe ser eficaz en la recogida de heces, contar con una buena fijación y ser suave al tacto. Hay sistemas de una sola pieza (la parte adhesiva y la bolsa colectora son inseparables y van pegadas directamente a la piel periestomal) y sistemas dobles (dos piezas independientes). Las bolsas de vaciado pueden ser cerradas con filtro (para cuando las heces son semisólidas o formadas) o abiertas con filtro (para heces líquidas o semilíquidas).

150.5 Discusión

Como hemos visto la ostomía es un procedimiento quirúrgico por el que se realiza una apertura a un órgano hueco para que tenga salida hacia el exterior.

No deja de ser por tanto una herida abierta, que debe ser cuidada de una forma adecuada para que no se infecte o pueda tener otras complicaciones.

Es importante como personal de enfermería que conozcamos qué tipos hay, que sistemas pueden acoplarse y vigilar su evolución con el paso del tiempo, aunque sobre todo en las primeras semanas o meses tras su realización.

Puede ser tanto permanente como temporal, dependiendo de la finalidad de la intervención.

150.6 Bibliografía

1. Ostomía - <https://fascrs.org/patients/diseases-and-conditions/a-z/ostomia>.
2. Paciente ostomizado- <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-el-paciente-ostomizado-13092624>.
3. Personas ostomizadas- <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/cuidados-recomendaciones/recomendaciones-personas-ostomia.ficheros/2045128-GUIA%20PARA%20PERSONAS>

Capítulo 151

151 LA ERGOFOBIA

MARIA ANTONIA GONZÁLEZ FIDALGO

CARMEN MARIA GARCIA BARREDO

151.1 Introducción

La "Ergofobia" es el miedo irracional, angustioso, incontrolable y desmedido, que puede llegar a sentir un trabajador frente a su obligación de acudir al lugar de trabajo habitual. El término, procede de dos palabras griegas: "ergon", que significa "trabajo" y phobos", que significa "miedo", "fobia". La combinación de estos dos términos nos lleva a concluir que la Ergofobia, es lo que se conoce como el miedo irracional al lugar de trabajo. Es una patología muy común en todos los sectores laborales y en el ámbito sanitario muchos trabajadores sufren esta patología pues se encuentran con este tipo de fobias y miedos.

151.2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir la ergofobia.

Objetivos secundarios:

- Exponer las causas y los síntomas que provoca en la salud del personal sanitario.
- Conocer el tratamiento para disminuir o eliminar la ergofobia.

151.3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo, he llevado a cabo una investigación en Google utilizando el término "ergofobia" y "ergofobia en el ámbito sanitario". He realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo de las cuales he extraído información consultando diferentes artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

151.4 Resultados

Definición

El miedo es una emoción inherente al ser humano. Sin embargo, se puede convertir en un problema cuando este se hace persistente en el tiempo y limita las acciones de la

vida cotidiana.

Se conoce como ergofobia, al miedo descontrolado al centro o lugar de trabajo. Un trastorno que, precisamente, impide realizar las tareas laborales a la persona que lo padece, además de producirle malestar físico y mental.

El origen de la ergofobia no suele ser fácil de delimitar. En ocasiones, el trabajador puede reconocer la causa que la desencadena, sin embargo, la mayoría, no saben exactamente cuál es el hecho causante que les produce este trastorno.

Causas

- Endógenas:

Ansiedad y estrés laboral.

Conductas inadecuadas.

Acoso laboral.

Burn-out.

- Exógenas:

Predisposición del trabajador al estrés, la ansiedad o el pesimismo.

Síntomas:

- Fisiológicos:

Taquicardia.

Sudoración.

Náuseas.

Cefaleas.

Dolor abdominal.

- Cognitivos:

Bloqueo de pensamiento.

Hipoprosia.

Taquipsiquia.

- Conductuales:

Inseguridad.

Comportamientos extraños.

Tratamiento:

Para afrontar este trastorno, es necesario acudir al psicólogo especialista para que pueda realizar un diagnóstico. La psicoterapia puede ser suficiente para superar este miedo; sin embargo, en casos complejos, es posible que se complemente con algunos fármacos para ayudar a reducir la sintomatología que produce en la persona que lo sufre.

El tratamiento con fármacos debe combinarse con la terapia psicológica. Una de las terapias más utilizadas, con éxito, en los últimos años, son el Mindfulness y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ATC).

El objetivo del tratamiento es reducir y eliminar el estrés y los demás efectos negativos y nocivos del entorno laboral que lo desencadenan, para no alargar la situación negativa, pues puede desencadenar en alguna consecuencia irreversible para la salud del trabajador.

En cualquier caso, lo primordial es obtener un buen diagnóstico realizado por un profesional especialista y someterse al tratamiento adecuado, como puede ser la Terapia Cognitivo Conductual, muy efectiva en el tratamiento de distintas fobias.

151.5 Discusión

Dada la gravedad que supone que un trabajador padezca un trastorno como la ergofobia, este deberá ser tratado de manera correcta en cada caso, para poder prevenir daños que lleguen a ser irreversibles para su salud.

En muchas ocasiones, en los tratamientos se implican varios profesionales médicos de diferentes especialidades, ya que estas enfermedades pueden afectar a varios niveles del individuo, no solo físicos, sino también psíquicos.

Resultará muy conveniente la participación familiar del paciente para que pueda tener una correcta y más rápida recuperación.

Son tratamientos largos pero muy efectivos.

151.6 Bibliografía

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

Capítulo 152

152 LA ASTENOPIA EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

FRANCISCO JAVIER NIETO PALOMO

152.1 Texto libre

La astenopía o fatiga visual se produce cuando sobreesforzamos la vista, provocando síntomas oculares no deseados. Estos síntomas se manifiestan en tres niveles diferentes:

- Molestias oculares: tales como pesadez de los ojos, picores, necesidad de frotarse los ojos, aumento del parpadeo, tensión.
- Trastornos visuales: percibir de un modo borroso los diferentes caracteres que se han de visualizar ante las pantallas.
- Síntomas extraoculares: pueden aparecer cefaleas, vértigos y sensaciones de desasosiego y ansiedad, molestias en la parte de atrás de la cabeza e incluso en la columna vertebral.

La fatiga ocular puede ser causada por varias razones relacionadas con los problemas de visión que sufre una persona. Además, el uso inadecuado de gafas correctoras de la visión, la edad o cambios en los órganos de la visión, etc.

Otras cosas. Además, causas directamente relacionadas con el trabajo a realizar pueden provocar fatiga visual:

- Déficit de alumbrado.
- Contrastes inadecuados.
- Localización del puesto de trabajo.

En el caso que nos ocupa del auxiliar administrativo sanitario, son factores a considerar al producirse con frecuencia, los siguientes:

- Desarrollar un trabajo continuado en pantallas de ordenadores que se encuentran mal reguladas.
- Iluminación insuficiente en el puesto laboral.
- Trabajar durante largos períodos (no alternando actividad).
- Tener distancias de fijación de la vista excesivamente cortas.

Por otro lado, se debe tener en cuenta que la fatiga visual repetida significa fatiga ocular. La confusión se debe a razones etimológicas: la presbicia se conoce como fatiga visual y se cree que se origina por el uso excesivo de los ojos más que por una causa biológica. Esta diferencia se discutirá más adelante.

Tal y como se citaba con anterioridad, la fatiga visual y la vista cansada pueden

tener síntomas similares, si bien sus causas son diferentes:

- La fatiga visual es causada por una sobrecarga precisa durante horas y/o días que "fatiga" el músculo ciliar y complica temporalmente los cambios en la forma del cristalino para permitir el enfoque a corta distancia.

- La fatiga visual, por otro lado, es un error refractivo o visual que es un resultado natural del paso del tiempo y se produce porque el cristalino pierde su flexibilidad y por lo tanto su capacidad de cambiar de forma.

Los ataques de fatiga ocular se vuelven más frecuentes a partir de los 40-45 años.

El tiempo de pantalla para los asistentes administrativos de atención médica ha aumentado significativamente recientemente. Mirar fijamente una pantalla durante largos períodos de tiempo puede causar un tipo de fatiga visual llamada síndrome de visión por computadora (CVS) porque:

- Un enfoque continuado que somete al cristalino y al músculo ciliar a un sobreesfuerzo.

- La atención que requiere la pantalla obliga a los ojos a abrirse de par en par, lo que hace que parpadeen entre 18 y 3 veces por minuto. Esto aumenta la probabilidad de desarrollar el síndrome del ojo seco.

- La exposición excesiva a la luz azul-violeta o de alta frecuencia, además del estrés visual, puede provocar daños en la retina a largo plazo debido a la muerte acelerada de las células maculares.

- Para prevenir el síndrome de visión por computadora, es práctico seguir la regla 20, 20, 20. Esto significa apartar la vista de la pantalla durante 20 segundos cada 20 minutos y enfocar a 6 metros (20 pies) de distancia. Además, los especialistas en visión señalaron que se debe mantener una postura correcta frente a la computadora, la parte superior de la pantalla no debe estar más alta que los ojos (para evitar abrir demasiado los ojos) y parpadear con frecuencia.

El descanso ocular es muy eficaz en el tratamiento de la fatiga visual. Es importante alejarlos de las tareas que provocan sus ojos por un tiempo.

Para acortar el tiempo de recuperación, también es práctico:

- Aplicarles frío, para conseguir bajar la hinchazón y proporcionar un alivio rápido. Se puede realizar colocando máscaras de frío y paños húmedos durante un período de 10-20 minutos.

- Masaje con crema hidratante logrando hacer suaves círculos por el contorno de los ojos con los párpados cerrados. También, realizar suaves presiones en cejas, sienes y pómulos, resulta relajante.

- Apartarlos de la luz estando en una habitación oscura con los ojos cerrados.

Es importante recordar que después de un período de oscuridad, los ojos deben exponerse gradualmente a la luz para no cegarlos.

Como resumen y conclusión a lo expuesto en esta investigación, resaltamos que la fatiga ocular es el resultado de la fatiga ocular prematura, esta condición provoca molestias visuales como visión borrosa, comezón en los ojos, picazón en los ojos, el remedio es descansar los ojos, alejarlos de ese lugar y acciones que conducen a la sobrecarga.

Con mucho, la forma más común de fatiga ocular está relacionada con el uso de pantallas. Para prevenir las manifestaciones de la fatiga visual, es práctico:

- Tener suficiente luz para las actividades involucradas. Es imprescindible permitir que el

brillo y el contraste de la pantalla del ordenador estén perfectamente ajustados.

- Revisar la pantalla de su computadora en busca de reflejos. El hecho de que la luz rebote en la pantalla requiere una fatiga visual adicional.
 - Cuando los ojos empiezan a cansarse por el lagrimeo o requieren un mayor ritmo de parpadeo, se recomienda hacer una pequeña pausa en la actividad y realizar otra actividad más relajante y solo relacionada con la visión lejana (mirar al horizonte).
- Cerrar los ojos durante dos minutos también te ayudará a conseguir la paz que necesitas.

Bibliografía:

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

152.2 Introducción

La astenopía o fatiga visual se produce cuando sobreesforzamos la vista, provocando síntomas oculares no deseados. Estos síntomas se manifiestan en tres niveles diferentes:

- Molestias oculares: tales como pesadez de los ojos, picores, necesidad de frotarse los ojos, aumento del parpadeo, tensión.
- Trastornos visuales: percibir de un modo borroso los diferentes caracteres que se han de visualizar ante las pantallas.
- Síntomas extraoculares: pueden aparecer cefaleas, vértigos y sensaciones de desasosiego y ansiedad, molestias en la parte de atrás de la cabeza e incluso en la columna vertebral.

La fatiga ocular puede ser causada por varias razones relacionadas con los problemas de visión que sufre una persona. Además, el uso inadecuado de gafas correctoras de la visión, la edad o cambios en los órganos de la visión, etc.

Otras cosas. Además, causas directamente relacionadas con el trabajo a realizar pueden provocar fatiga visual:

- Déficit de alumbrado.
- Contrastes inadecuados.
- Localización del puesto de trabajo.

En el caso que nos ocupa del auxiliar administrativo sanitario, son factores a considerar al producirse con frecuencia, los siguientes:

- Desarrollar un trabajo continuado en pantallas de ordenadores que se encuentran mal reguladas.
- Iluminación insuficiente en el puesto laboral.
- Trabajar durante largos períodos (no alternando actividad).
- Tener distancias de fijación de la vista excesivamente cortas.

Por otro lado, se debe tener en cuenta que la fatiga visual repetida significa fatiga ocular. La confusión se debe a razones etimológicas: la presbicia se conoce como fatiga visual y se cree que se origina por el uso excesivo de los ojos más que por una causa biológica. Esta diferencia se discutirá más adelante.

152.3 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión es la de conocer las causas que genera en la visión las pantallas en el auxiliar administrativo.

152.4 Metodología

El presente capítulo se ha elaborado mediante una investigación sistemática consistente en una revisión bibliográfica de libros y artículos científicos publicados en diversas bases de datos como PubMed, Scielo y Medline. Así mismo, se han consultado documentación, estudios, guías técnicas y protocolos de actuación de empresas que versan sobre fatiga visual en el puesto de trabajo.

152.5 Resultados

Tal y como se citaba con anterioridad, la fatiga visual y la vista cansada pueden tener síntomas similares, si bien sus causas son diferentes:

- La fatiga visual es causada por una sobrecarga precisa durante horas y/o días que "fatiga" el músculo ciliar y complica temporalmente los cambios en la forma del cristalino para permitir el enfoque a corta distancia.
- La fatiga visual, por otro lado, es un error refractivo o visual que es un resultado natural del paso del tiempo y se produce porque el cristalino pierde su flexibilidad y por lo tanto su capacidad de cambiar de forma.

Recuerda especialmente que cuando aparecen los ojos, los ataques de fatiga ocular se vuelven más frecuentes a partir de los 40-45 años.

El tiempo de pantalla para los asistentes administrativos de atención médica ha aumentado significativamente recientemente. Mirar fijamente una pantalla durante largos períodos de tiempo puede causar un tipo de fatiga visual llamada síndrome de visión por computadora (CVS) porque:

- Un enfoque continuado que somete al cristalino y al músculo ciliar a un sobreesfuerzo.
- La atención que requiere la pantalla obliga a los ojos a abrirse de par en par, lo que hace que parpadeen entre 18 y 3 veces por minuto. Esto aumenta la probabilidad de desarrollar el síndrome del ojo seco.
- La exposición excesiva a la luz azul-violeta o de alta frecuencia, además del estrés visual, puede provocar daños en la retina a largo plazo debido a la muerte acelerada de las células maculares.
- Para prevenir el síndrome de visión por computadora, es práctico seguir la regla 20, 20, 20. Esto significa apartar la vista de la pantalla durante 20 segundos cada 20 minutos y enfocar a 6 metros (20 pies) de distancia. Además, los especialistas en visión señalaron que se debe mantener una postura correcta frente a la computadora, la parte superior de la pantalla no debe estar más alta que los ojos (para evitar abrir demasiado los ojos), parpadear con frecuencia y usar

En caso de secado excesivo, utilice gotas artificiales.

El descanso ocular es muy eficaz en el tratamiento de la fatiga visual. Es importante

alejarlos de las tareas que provocan sus ojos por un tiempo.

Para acortar el tiempo de recuperación, también es práctico:

- Aplicarles frío, para conseguir bajar la hinchazón y proporcionar un alivio rápido. Se puede realizar colocando máscaras de frío y paños húmedos durante un período de 10-20 minutos.

- Masaje con crema hidratante logrando hacer suaves círculos por el contorno de los ojos con los párpados cerrados. También, realizar suaves presiones en cejas, sienes y pómulos, resulta relajante.

- Apartarlos de la luz estando en una habitación oscura con los ojos cerrados.

Es importante recordar que después de un período de oscuridad, los ojos deben exponerse gradualmente a la luz para no cegarlos.

152.6 Discusión

La fatiga ocular es el resultado de la fatiga ocular prematura, esta condición provoca molestias visuales como visión borrosa, comezón en los ojos, picazón en los ojos, el remedio es descansar los ojos, alejarlos de ese lugar y acciones que conducen a la sobrecarga. Con mucho, la forma más común de fatiga ocular está relacionada con el uso de pantallas. Para prevenir las manifestaciones de la fatiga visual, es práctico:

- Tener suficiente luz para las actividades involucradas. Es imprescindible permitir que el brillo y el contraste de la pantalla del ordenador estén perfectamente ajustados.
- Revise la pantalla de su computadora en busca de reflejos. El hecho de que la luz rebote en la pantalla requiere una fatiga visual adicional.
- Cuando los ojos empiezan a cansarse por el lagrimeo o requieren un mayor ritmo de parpadeo, se recomienda hacer una pequeña pausa en la actividad y realizar otra actividad más relajante y solo relacionada con la visión lejana (mirar al horizonte). Cerrar los ojos durante dos minutos también te ayudará a conseguir la paz que necesitas.

152.7 Bibliografía

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