

Manual de **Avances de Salud Hospitalaria**



LIBRO
ELECTRÓNICO

V Edición
Científica Libros
Electrónicos
Octubre 2022



Respaldo y Revisión
por Sociedad Científica



Manual de Avances de Salud Hospitalaria

1ª Edición

© Publicado por Editorial WikScience, 2022.

© Copyright de los textos: Sus autores.

Fecha de publicación: 28 de Noviembre de 2022.

ISBN: 978-84-19280-33-6

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	LA VIRTOPSISIA, IMAGEN DIAGNÓSTICA POSTMORTEM EN RADIOLOGÍA	3
2	CONVULSIONES FEBRILES EN NIÑOS	5
3	MOVILIZACIÓN Y POSICIONES DE LOS PACIENTES PARA EL CELADOR	9
4	LOS TRABAJADORES DEL ÁMBITO HOSPITALARIO Y EL IMPACTO DEL ESTRÉS SOBRE ELLOS	12
5	EL MANEJO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE UN PACIENTE CON DOLOR	15
6	EL PAPEL DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL	18
7	LA COMUNICACIÓN CON PACIENTES Y USUARIOS, BÁSICA PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS SANITARIOS	20
8	ADQUISICIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO: ESTATUTO MARCO	23
9	EL DUELO, LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO Y SU AFRONTAMIENTO	26
10	LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO PARA EL PERSONAL NO SANITARIO EN HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	29
11	ENFERMEDAD VENOSA CRONICA (EVC)	32
12	AISLAMIENTO DE PROTECCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	36
13	VISITA PREANESTESICA	39
14	TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TICS) EN LA SALUD PARA SANITARIOS Y NO SANITARIOS	42
15	EL PERSONAL NO SANITARIO ANTE LOS PRIMEROS AUXILIOS	47

16	EL SÍNDROME DE BURNOUT DEL PERSONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO	49
17	HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO	52
18	LA RETIRADA DE LA SONDA VESICAL PERMANENTE CON LA TÉCNICA DE CLAMPAJE INTERMITENTE. INTRODUCCIÓN AL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	55
19	MANIOBRA DE DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CRÍTICOS	57
20	LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL DRENAJE TORÁCICO	60
21	CARCINOMA DE LENGUA Y ENFERMERÍA	63
22	A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE CÁNCER DE PULMÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	65
23	A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE UNA PROSTATECTOMÍA RADICAL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	67
24	A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE CÁNCER DE MAMA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	69
25	PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL POSTIMPLANTE DEL MARCAPASOS	71
26	PRIMEROS AUXILIOS	75
27	SEROLOGÍA EN LA HEPATITIS B	78
28	ACCIDENTES IN ITINERE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SECTOR DE LA SALUD	81
29	LA IMPORTANCIA DE LA INFORMÁTICA PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO	83
30	CUIDADOS EN EL LAVADO VESICAL CONTINUO	85

31	REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA ESCOLIOSIS IDEOPÁTICA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	87
32	RECOMENDACIONES PARA LA RELACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON EL PACIENTE CONFLICTIVO	89
33	REALIZACIÓN DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	91
34	REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA DIARREA CRÓNICA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	93
35	REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL HELICOBACTER PYLORI POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)	95
36	ENFERMERÍA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE PSORIASIS EN GOTAS	97
37	ENFERMERÍA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	99
38	ENFERMERÍA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE NEUMONÍA EN EDAD INFANTIL	101
39	MEJORA EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y EL ÁMBITO SANITARIO	103
40	EL TRASTORNO BIPOLAR POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	105
41	TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	107
42	EL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	109
43	MODELO PREDICTIVO SEGRAV MODIFICADO EN LA MATERNA CRÍTICA - PREDICTIVE MODEL SEGRAV MODIFIED IN THE CRITICAL MATERNAL PATIENT	111
44	EL SERVICIO DE CIRUGÍA O QUIRÓFANO EN EL MEDIO HOSPITALARIO	132
45	USO DE CLORHEXIDINA HIGIENE DEL PACIENTE CRÍTICO	134

46	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL CORAZÓN	137
47	EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MEDIO HOSPITALARIO	140
48	EFICACIA DE LOS DIFERENTES ELEMENTOS INMOVILIZADORES EN RADIOTERAPIA SEGÚN LA ZONA A TRATAR	142
49	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL	146
50	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPONE EL SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE	152
51	CASO CLÍNICO DE SÍNDROME DE TORCH POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	154
52	CASO CLÍNICO DE SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO POR TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	156
53	LA IMPORTANCIA DE LA DIETA SALUDABLE	158
54	CELADOR DESCRIBE UN CASO CLÍNICO DE DETECCIÓN DE CÁNCER MEDIANTE CITOSCOPIA	160
55	CELADOR DESCRIBE UN CASO CLÍNICO DE MUOCOCELE INTRACRANEAL	162
56	CELADOR DESCRIBE UN CASO CLÍNICO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR	164
57	LA ORTOPANTOMOGRFÍA COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DENTAL	166
58	TÉCNICA CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY	169
59	RADIOLOGÍA EN LA FRACTURA DE LA CABEZA RADIAL	175
60	INVESTIGACIÓN SOCIOSANITARIA. ENFERMEDADES RARAS	179
61	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CON TRAQUEOTOMÍA	181
62	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS	184

63	CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTE HOSPITALIZADO	187
64	INFECCIONES NOSOCOMIALES	190
65	ÚLCERAS POR PRESIÓN	196
66	CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS UNA MASTECTOMÍA	202
67	CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	204
68	RADIOLOGÍA EN LA RIZARTROSIS DEL PULGAR	207
69	LA MAMOGRAFÍA COMO METODO DE SCREENING PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA	211
70	EL PERSONAL DE CELADOR EN EL SOPORTE VITAL BÁSICO COMO EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA	215
71	ENFERMEROS EXPONEN UN CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DE DEFÍCIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD INFANTIL	218
72	ENFERMEROS EXPONEN UN CASO CLÍNICO DE ESQUIZOFRENIA DE INICIO TEMPRANO EN LA INFANCIA	220
73	ENFERMEROS EXPONEN UN CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DE TRASTORNO BIPOLAR TIPO I EN EL ADOLESCENTE	223
74	PROYECCIONES RADIOLÓGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA FRACTURA DEL BOXEADOR	225
75	PREVENCIÓN DE INCENDIOS EN INSTITUCIONES SANITARIAS	231
76	CUIDADOS DEL AUXILIAR ENFERMERÍA PARA EL CORDÓN UMBILICAL TRAS EL NACIMIENTO DEL BEBÉ	233
77	CONTAMINACION ACÚSTICA EN EL CENTRO HOSPITALARIO	236
78	CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV) O ICTUS	238
79	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PARTOS	242
80	EL CELADOR DESCRIBE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO	245

81	EL CELADOR DESCRIBE UN CASO CLÍNICO DE LACTANCIA MIXTA	247
82	EL CELADOR DESCRIBE UN CASO CLÍNICO DE CELIAQUÍA EN LA INTRODUCCIÓN AL GLUTEN EN EL LACTANTE	249
83	LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN	251
84	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES QUE SUFREN LA ENFERMEDAD DE CROHN	253
85	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EXPONE CASO CLÍNICO SOBRE INCONTINENCIA PIGMENTI EN NEONATO	256
86	PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO DE TRASTORNO BIPOLAR TIPO II	258
87	EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE ICTUS	260
88	EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	263
89	EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM) A TRAVÉS DE LA HISTORIA	265
90	SÍNDROME DE BURNOUT PARA EL PERSONAL DE UN CENTRO HOSPITALARIO	269
91	PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO DE UN NEUMOTÓRAX A TENSIÓN EN URGENCIAS	271
92	LAS URGENCIAS SANITARIAS Y EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	273
93	INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA DE LA PARÁLISIS CEREBRAL	275
94	INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA ANTE EL TRASTORNO POR ESPECTRO AUTISTA	277
95	INTRODUCCIÓN AL SÍNCOPE PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	279
96	PROTOCOLOS DE DOCUMENTACIÓN SANITARIA DEL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO. JUBILACIONES	282

97	CASO CLÍNICO DE ENFERMERÍA SOBRE ESQUIZOFRENIA	284
98	PROYECCIÓN DE ROSENBERG PARA LA OSTEOARTRO- SIS DE RODILLA	286
99	VALORACIÓN DEL PRIMER INTERVINIENTE EN LA PRESTACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS POR PARTE DE TÉCNICOS SANI- TARIOS	291
100	LA FIGURA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UCI/UVI EN EL INTERIOR DEL ÁMBITO HOSPITALARIO	294
101	LA PRESENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE INTERVEN- CIONES QUIRÚRGICAS	297
102	LA DENSITOMETRÍA ÓSEA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO PARA LA DETECCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS	299
103	CUIDADOS CON LOS PACIENTES QUE TIENEN UNA SONDA NASOGÁSTRICA EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXIL- IARES DE ENFERMERÍA	303
104	EL MANTENIMIENTO EN CENTROS HOSPITALARIOS. RE- VISIÓN BIBLIOGRÁFICA	306
105	EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO EN GESTION DE RESID- UOS SANITARIOS	309
106	LOS MEDIOS Y RECURSOS MATERIALES DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHADO	312
107	EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓS- TICO Y MEDICINA NUCLEAR	314
108	EL PERSONAL DE HIGIENISTA BUCODENTAL: PACIENTE CON BRUXISMO	316
109	EL CELADOR Y LA IMPORTANCIA DE SUS FUNCIONES DE VIGILANCIA EN EL ENTORNO SANITARIO	318
110	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL ASEO DEL PACIENTE EN LA DUCHA O BAÑERA	321

111	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)Y LOS AGENTES CAUSANTES DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	323
112	PAPEL DE PERSONAL DE MANTENIMIENTO EN EL ALUMBRADO HOSPITALARIO DE EMERGENCIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	326
113	FACTORES QUE CAUSAN ANSIEDAD Y ESTRÉS EN EL CELADOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	329
114	LAS FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE QUIRÓFANO	332
115	ESTUDIO SOBRE LOS TRASTORNOS MUSCULO-ESQUELÉTICOS EN EL PERSONAL NO SANITARIO: EL CELADOR	336
116	PROYECCIONES RADIOLÓGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA FRACTURA DEL AHORCADO	340
117	LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO Y LA RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL NO SANITARIO	345
118	EL CELADOR Y LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR	348
119	EL CELADOR Y SU CONOCIMIENTO DE LAS ÁREAS DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS SANITARIAS	351
120	AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: PROCESADORES DE TEXTO Y ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	355
121	ESTUDIO POR IMAGEN DE LOS HUESOS ACCESORIOS DEL TARSO	358
122	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA LIMPIEZA DE INCUBADORAS	363
123	ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR ANTE PRIMEROS AUXILIOS	366
124	PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DEL USO DE OPIOIDES	369
125	PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	372

126	EL SEGUIMIENTO TELEFÓNICO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	375
127	INTERVENCIÓN DEL FISITERAPEUTA ANTE EL ENFERMO DE PARKINSON	381
128	CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE DEPRESIÓN CRÓNICA	383
129	PERSONAL DE ENFERMERIA EXPONE CASO CLÍNICO DE UN PACIENTE PORTADOR DE UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE (DAI)	386
130	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PROCESOS CARDIOVASCULARES PATOLÓGICOS EN EL RECIÉN NACIDO: CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS (CC)	390
131	EL PARTO O ALUMBRAMIENTO DE LA MUJER EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	393
132	ACTUACIONES DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN EL MANEJO DE EXTINTORES MANUALES EN CONATOS DE INCENDIO EN CENTROS SANITARIOS	395
133	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA UTILIZACIÓN DE MASCARILLAS EN EL ENTORNO SANITARIO EN TIEMPOS DE COVID-19	398
134	ACTUACIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN SITUACIONES DE URGENCIAS: PACIENTE AGITADO	401
135	LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL BIENESTAR DEL PACIENTE EN LA HOSPITALIZACIÓN	404
136	LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CONOCIMIENTO DEL PROCESO DEL DUELO	409
137	PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: LOS ALIMENTOS, EL HUEVO	412
138	LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE RAYOS-X	414
139	ESTUDIO POR IMAGEN DINÁMICO DEL CÓCCIX	417

140	LA PREVENCIÓN DEL CONTENIDO DE RIESGOS LABORALES EN EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	419
141	EL DUE Y LA PREVENCIÓN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS AGUDOS DE LA RADIOTERAPIA Y LOS TRATAMIENTOS ASOCIADOS	422
142	LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE OPERACIONES O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	425
143	EL TRABAJO EN EQUIPO	427
144	LAS CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS TÉRMICO EN EL ENTORNO LABORAL	429
145	PARASITOLOGÍA DE LOS ALIMENTOS: CONTAMINACIÓN ALIMENTARIA Y BUENAS PRÁCTICAS EN COCINA	432
146	MICROBIOLOGÍA DE LOS ALIMENTOS: CLASIFICACIÓN, ENFERMEDADES RELACIONADAS Y BUENAS PRÁCTICAS DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS EN COCINA HOSPITALARIA	435
147	LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE UNA EMERGENCIA MÉDICA	438

Capítulo 1

1 LA VIRTOPSIA, IMAGEN DIAGNÓSTICA POSTMORTEM EN RADIOLOGÍA

ELENA GARCIA CHAPARRO

SEBASTIAN JAVIER ABAD REUS

1.1 Introducción

El término autopsia fue utilizado en medicina como la visión y el conocimiento directo sobre los hechos para determinar la causa y forma de muerte en las personas.

La autopsia virtual permite crear una imagen en 3D del cuerpo humano, ayudando a detectar y documentar pruebas forenses de una manera mínimamente invasiva.

Se trata, en definitiva, de realizar una autopsia sin necesidad de abrir el cuerpo del fallecido y para ello se usan las últimas tecnologías en escáneres de resonancia magnética y en tomografía computarizada. Gracias a ello, se consigue una imagen en 3D del cuerpo humano, lo que permite detectar y documentar pruebas forenses de una manera mínimamente invasiva.

1.2 Objetivos

Exponer las diferencia entre la formación de imágenes en la vida y de formación de imágenes post-mortem.

1.3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de esta temática a través de la consulta de varias bases de datos científica como Scielo, pubmed, google académico.

He revisado videos en Youtube sobre la Virtopsia Virtual/ autopsia virtual.

Además, se han consultado artículos científicos y revistas sanitarias.

1.4 Resultados

A través de los años se han realizado muchos estudios, para distinguir lo que era un hallazgo normal en el cuerpo a lo que no lo es. La formación de imágenes diagnosticas en la vida y post mortem contienen diferencias claras entre ellos.

En la imagen post mortem hay que tener en cuenta todos los cambios que se producen después de la muerte y no se deben confundir con los signos patológicos que puedan

tener.

En personas que mueren en circunstancias “no conocidas”, se lleva a cabo un estudio de TC desde el cráneo hasta los pies y se analizan las imágenes que hemos obtenido con el fin de evaluar cualquier lesión reciente o posterior en el cuerpo humano, pero también para el reconocimiento y localización de cuerpos extraños, agresión física, disparos, caídas, fracturas,... etc. Y se hace una primera evaluación de los órganos internos, así como para detectar cualquier signo vital en el momento del traumatismo y de la muerte. Los métodos de investigación, las imágenes diagnósticas de alta resolución como la TAC y la Resonancia Magnética, son un método fundamental en la investigación y evolución en la medicina radiológica.

Utilizamos la TAC con el fin de realizar reconstrucciones 2D y 3D de alta calidad, sin llegar a ser una técnica invasiva.

La Virtopsia, es importante para determinar la causa de la muerte, donde el examen post-mortem principal, no se completa.

La Virtopsia, se puede utilizar de manera complementaria o conjunta con la autopsia para poder obtener más información sobre la causa de la muerte. También se puede utilizar la Virtopsia para localizar la causa de muerte en una enfermedad contagiosa, como método de prevención cuando no se pueda realizar una autopsia.

1.5 Discusión

La Virtopsia no sólo es el punto de encuentro entre dos disciplinas médicas, la del diagnóstico radiológico y la medicina forense, sino también la evolución y tal vez una revolución en la medicina forense.

La virtopsia o lo que es lo mismo, la autopsia virtual, en la actualidad, sigue siendo empleada en el campo de la medicina de radiodiagnóstico clínico, junto con la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RMN) que en medicina forense, consisten esencialmente las investigaciones de radiología básica y autopsia.

Esta tecnología permitirán la entrega más rápida del cadáver a los familiares de fallecidos en circunstancias que requieran la realización de una autopsia.

1.6 Bibliografía

https://www.consalud.es/saludigital/70/virtopsia-la-tecnologia-que-pretende-revolucionar-la-medicina-forense_41579_102.html

<https://www.peritajes-medicos.es/virtopsia-periciales-en-3d/>

<https://www.youtube.com/watch?v=z9pEZOuf0Gc>

Capítulo 2

2 CONVULSIONES FEBRILES EN NIÑOS

SONIA DA RESURRECCION GARCIA

2.1 Introducción

Es una convulsión en un niño que se desencadena por la fiebre. Una convulsión febril puede ser muy aterradora para cualquier familia o cuidador. Sin embargo, la mayoría de las veces, no causan ningún daño y no quieren decir que el niño tenga un problema de salud prolongado y serio. Las convulsiones febriles ocurren con mayor frecuencia en niños de entre las edades de 9 meses a 5 años aunque la mayor incidencia se da de entre 1 y 2 años así pues es un proceso habitual en pediatría que no se debe asociar por normal a enfermedades graves. Las crisis febriles se clasifican principalmente en simples o complejas, según las características mostradas Siendo entre el 70% y 75% de las convulsiones febriles provocadas por crisis simples

2.2 Introducción

Las convulsiones febriles, están desencadenadas por una respuesta del cerebro ante esa fiebre.

Esta manifestación suele hacerse en forma de movimientos de los brazos, movimientos repetidos, de forma tónico-clónica, movimientos repetidos como sacudidas...que normalmente el niño hará con los brazos, con las piernas y que se acompañan de una desviación normalmente de la mirada, de una pérdida de conciencia, y muchas veces acompañado de pérdida de control esfínteres.

Hay que evitar que el niño se dé golpes y pueda auto lesionarse procurar bajarle la fiebre , que para ello le quitaremos la ropa y refrescaremos el ambiente .

Generalmente aparecen en niños entre los 6 meses y los 6 años aunque la mayor incidencia se da de entre 1 y 2 años así pues es un proceso habitual en pediatría que no debemos asociar por normal a enfermedades graves. Suele aparecer dentro de las primeras 24 horas del proceso infeccioso, en ocasiones puede aparecer al inicio de la fiebre ,antes de que esa fiebre empiece a subir, e incluso de manera poco habitual pero puede ocurrir que las convulsiones aparecen estando sin fiebre ,minutos inclusive horas antes de que esa fiebre se manifieste. Estas convulsiones tienen un buen pronóstico, desaparecen con la edad, no tienen ningún peligro y por tanto son lo se consideran convulsiones benignas.

Las convulsiones suelen durar entre 1 y 10 minutos y no suelen superar los 15, aunque es verdad que pueden repetirse posteriormente.

El único peligro que pueden tener es si la convulsión (su proceso de movimientos) dura

más de media hora, a partir de la media hora, por el tiempo que lleva de evolución la agresión al sistema nervioso central, pueden aparecer complicaciones.

Cuando un niño presente una convulsión febril lo que hay que hacer es, sin perder tiempo, sin prisas pero tampoco sin pausas, coger al niño y llevarlo al Centro Asistencial más cercano porque allí lo primero que harán será pararle la convulsión (si es que no ha parado ya) y por lo tanto se acabará el peligro.

Las convulsiones febriles tienen como características que se repiten en muchos niños y existen niños que tienen una solo convulsión febril pero muchos tienen 2, 3 y a veces hasta 6.

Salvo en casos muy específicos las convulsiones febriles no requieren ningún tratamiento y deben considerarse como convulsiones benignas porque no van a dejar ninguna tipo secuela.

Las convulsiones antes de los 6 meses y después de los 6 años no se considera convulsiones febril y por tanto será estudiada por los pediatras.

Es el trastorno convulsivo más frecuente en la infancia, aparece entre un 2 y un 5 % de la población pediátrica y casi un 25% de los niños que tienen convulsiones febriles tienen antecedentes familiares de las mismas.

2.3 Objetivos

Examinar documentos , sobre convulsiones febriles y saber su clasificación , diagnóstico y manejo de convulsión febril en el servicio de urgencias.

2.4 Objetivos

Examinar documentos, sobre convulsiones febriles y saber su clasificación, diagnostico y manejo de convulsión febril en servicio de urgencias.

2.5 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos (Scielo y Pubmed), empleando como descriptores las palabras claves mencionadas con anterioridad. No obstante, también se ha buscado información en otras fuentes, como libros pediátricos, revistas científicas, páginas web, videos, etc.

2.6 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 una de las principales bases de datos: Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

2.7 Resultados

Las convulsiones febriles ,suelen aparecer dentro de las primeras 24 horas del proceso infeccioso, en ocasiones puede aparecer al inicio de la fiebre ,antes de que esa fiebre empiece a subir, e incluso de manera poco habitual pero puede ocurrir que las convulsiones aparecen estando sin fiebre ,minutos inclusive horas antes de que esa fiebre se manifieste. Estas convulsiones tienen un buen pronóstico, desaparecen con la edad, no tienen ningún peligro y por tanto son lo se consideran convulsiones benignas.

Suelen durar entre 1 y 10 minutos y no suelen superar los 15, aunque es verdad que pueden repetirse posteriormente.

El único peligro que pueden tener es si la convulsión (su proceso de movimientos)es si dura más de media hora, a partir de la media hora, por el tiempo que lleva de evolución la agresión al sistema nervioso central, pueden aparecer complicaciones.

De todas formas,la asociación entre fiebre y convulsión obliga a pensar en un proceso infeccioso o inflamatorio intracraneal dentro de los cuales destacan: meningoencefalitis, trombosis venosa cerebral, abscesos cerebrales, arteritis, síndrome de Reye.

Se puede establecer 3 posibilidades de ingreso al Servicio de Urgencia de un paciente que convulsiona:

- El niño ingresa al servicio de urgencia en periodo post ictal: Observar si presenta recaída, buscar foco de infección. Si no presenta dar alta con antipiréticos o tratamiento específico y control médico

- El niño comienza a convulsionar en triaje o en box de atención:

Esperar si cede la crisis, si no administrar anticonvulsivantes .

- El niño ingresa al Servicio de Urgencia convulsionando, asumir estado convulsivo:

Asumir crisis de más de 10 min y administrar los fármacos anticonvulsivantes.

2.8 Bibliografía

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752008000200003&script=sci_arttext&tlng=pt
<http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/04/Convulsi%C3%B3n-febril.pdf>

2.9 Discusión

Por lo general, las convulsiones febriles presentan un curso benigno y los niños que las han padecido no muestran diferencias en el desarrollo intelectual, crecimiento del perímetro cefálico ni en comportamiento en comparación a otros niños que no poseen esta enfermedad.El manejo de la crisis convulsiva en el Servicio de Urgencia debe ser racional, ordenado y escalonado, con fármacos anticonvulsivantes conocidos y dominados por todos los médicos de manera de aumentar la seguridad del paciente. El estudio con exámenes debe reservarse para aquel paciente en el que se sospecha un cuadro clínico específico o que se quiere descartar un foco infeccioso relevante.

2.10 Bibliografía

-http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752008000200003&script=sci_arttext&tlng=pt
-<http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/04/Convulsi%C3%B3n-febril.pdf>.

Capítulo 3

3 MOVILIZACIÓN Y POSICIONES DE LOS PACIENTES PARA EL CELADOR

JUAN FRANCISCO MONTIEL GARCÍA

3.1 Introducción

La figura del celador nace para agrupar un acumulo de funciones indeterminadas para otras categorías, de ahí que las mismas sean muy diversas en cuanto a su cometido, pero a la vez muy necesarias todas ellas para el desarrollo y funcionamiento diario de un centro hospitalario.

Un claro ejemplo lo podemos encontrar en el paciente politraumatizado que como consecuencia de una gran dependencia física y motora justifica que el celador tenga unos conocimientos básicos de anatomía, saber todas las posiciones de movilización e inmovilización, han de tener conocimientos en los principios de ergonomía y manipulación de cargas, ya que forma parte de nuestro realizar los movimientos en coordinación con los demás compañeros ya sean celadores o no, pues no lesionaríamos al paciente y nosotros tampoco.

Algunas de las funciones principales del celador son:

- traslado de enfermos
- ayudar a enfermeras
- en los quirófanos traslado de pacientes desde su unidad al quirófano, cuidando en todo momento de que a cada paciente le acompañe la documentación clínica precisa que le facilite la enfermera, colocarlos y retirarlos de la mesa quirúrgica

En dichas funciones mencionadas y otras el celador adoptará posturas que su estado físico y salud no sufran lesiones.

3.2 Objetivos

Describir aspectos importantes a tener en cuenta por el celador en la movilización del paciente, así como las posiciones corporales más habituales.

3.3 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.

3.4 Resultados

Para situar, mover o trasladar a los pacientes adecuadamente, no solo bastan una serie de cualidades físicas y una buena voluntad, sino que es necesario realizar técnicas siguiendo unos criterios establecidos, que permitan evitar riesgos y favorecer la comodidad de las dos partes implicadas(paciente-celador)

Hay estudios realizados que gran parte de la población sufre alguna dolencia muscular, que a lo largo de su vida laboral el no haber tenido la precaución adecuada a la hora de realizar la maniobra, por ejemplo alguna tendinitis, lumbalgias, contracturas, etc.

El celador no solo debe de tener los conocimientos de técnicas de movilización y traslado de pacientes, sino que sea capaz de razonar de manera que ponga en práctica con conocimientos de causa el movimiento que va a realizar.

Vamos a desarrollar algunas de las posiciones más comunes en los pacientes:

Sentado; la cama se coloca en posición de silla de playa y a su vez le colocamos unas almohadas debajo de cada brazo, debajo de la cabeza y debajo de los pies.

Decubito supino; colocaremos al paciente boca-arriba colocándole una almohada para la cabeza

Decubito lateral izquierdo y derecho; colocaremos al paciente para el lado deseado y una almohada para la cabeza, otra separando las rodillas y otra almohada para apoyar el brazo superior.

Decubito prono; al contrario que de supino aquí el cuerpo descansa boca-abajo, abdomen apoyado. Los brazos se colocan apoyando las palmas de las manos al lado de la cabeza o pegados a la cintura, una almohada para la cabeza y otra para las espinillas, y si es mujer o el paciente lo desea una debajo de las mamas.

También podíamos relatar algunas otras posiciones quirúrgicas:

Cirugía de neurocirugía; posición decubito supino y cabeza apoyada en herradura o pinchos Mayfield.

Cirugía de hombro; paciente en posición sentado y cabeza sujeta con dama de elche.

Cirugía traumatología; mesa de tracción o en posición lateral en mesa normal quirúrgica.

Cirugía genital; posición de cubito supino con perneras.

Todas ellas requieren que el celador tenga una formación algo más detallada que por ejemplo un celador de planta, celador de puerta o celador de farmacia.

3.5 Discusión

Tenemos varias opiniones en el trabajo de la vida diaria, pues hay pacientes que por estructura física o patologías se les adopta una posición más idónea para ellos, también en cirugías dependiendo del cirujano este prefiere al paciente colocado a su gusto que algún otro compañero no comparte aunque ambas lleven al mismo fin.

Pero la figura del celador no puede entrar en ese tipo de discusiones pero sí opinar, pues hay veces que se nos escucha y aceptan nuestras opiniones aunque sean las mínimas. Pues para el facultativo no tenemos conocimientos de medicina pero sí una larga experiencia en la colocación de cirugías y conocimientos de nuevos accesorios para las mesas quirúrgicas.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las posiciones corporales y los aspectos básicos de la movilización del paciente, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

3.6 Bibliografía

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

Capítulo 4

4 LOS TRABAJADORES DEL ÁMBITO HOSPITALARIO Y EL IMPACTO DEL ESTRÉS SOBRE ELLOS

ANA TEJÓN MENÉNDEZ

SERGIO SÁNCHEZ GARCÍA

MARIA DEL PILAR PÉREZ VÁZQUEZ

JOSUÉ LESTÓN HUERTA

ANA MARIA GÓMEZ MORENO

4.1 Introducción

Según los estudios publicados en la actualidad, se considera que todos esos trabajadores que son parte de un centro hospitalario padecen un grado de estrés mucho más grande al de otros expertos que se hallan en otras organizaciones asociadas a otros sectores. Esto suele ser gracias a la impotencia que sufren frente a situaciones bastante delicadas y que acarrear o producen un sentimiento de no poder hacer nada, o bastante poco. Además, si poseemos presente esas situaciones que necesitan la toma de elecciones urgentes e inmediatas, y que en muchas situaciones son improvisadas, empeora más todavía si cabe una situación de desolación, de estrés, e inclusive, de impotencia. Pese a que en la actualidad hay diferencias entre los múltiples apartamentos o unidades dentro del entorno hospitalario, estas son consideradas como mínimas, en lo que las tasas de estrés que muestran generalmente los expertos hospitalarios son más altas si las comparamos con otros sectores expertos. Varios estudios indican que los expertos que trabajan en los centros hospitalarios padecen adicciones de alcoholismo y de consumo de drogas, entre otras, e inclusive existe una tasa de suicidios más grande que en otras profesiones o en otros expertos que trabajan en otros sectores con un menor estrés.

4.2 Objetivos

Detectar los primordiales recursos de estrés en los trabajadores de los centros hospitalarios, para poner en funcionamiento un protocolo de actuación preventivo.

4.3 Metodología

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

4.4 Resultados

Hay diversos modelos para detectar los diferentes componentes de estrés que hay en las múltiples profesiones y que están afectando mayoritariamente a los componentes organizativos. Referente a los expertos que trabajan en la zona de la salud, los estresores son los componentes más conocidos, en ellos se hallan los conflictos, las ambigüedades de los papeles, las sobrecargas de trabajo, la explotación de las capacidades, los recursos insuficientes, la baja colaboración e inclusive un mal ambiente de trabajo. Además de esto, poseemos paralelamente la presión que ejercen las instituciones, referente a las limitaciones económicas a las que permanecen sujetos estos expertos, lo que perjudica a su capacidad para tomar elecciones. Sin embargo, la incertidumbre en el diagnóstico y la toma de elecciones. A todo lo mencionado debemos adicionar el componente tiempo, debido a que en muchas situaciones hacen las labores o se ven forzados a realizarlas en una época récord. El componente tiempo constantemente se estima como una insatisfacción gremial en este conjunto de trabajadores. La primordial causa de estrés es la carencia de tiempo para encarar a las labores a mano, o sea, la carencia de herramientas para lograr luchar con garantías contra los plazos impuestos por las empresas para hacer una labor. La función de regular el estrés podría ser el autocontrol que logren tener los trabajadores en la toma de elecciones. Es primordial para estas personas que todo se encuentre bajo su control personal y de esta modalidad evadir las diversas situaciones e inquietudes sobre una errónea conducta profesional o que se emitan acusaciones relacionadas con su trabajo, lo cual causa aquel temor o estrés y por lo tanto una insatisfacción gremial y confort personal.

4.5 Discusión

Tras lo observado en los apartados anteriores y, como conclusión final, tenemos la posibilidad de mencionar que las situaciones de estrés que tienen los trabajadores de los diferentes centros de salud son el resultado de solicitudes desmesuradas, a causa de las instituciones, que no tienen la posibilidad de manejarse correctamente. Los expertos tienen la posibilidad de desarrollar recursos para el control de estas respuestas al estrés, sin embargo, en su mayoría, no son suficientes, y este estrés crea fatiga, cansancio físico y psicológico, lo cual comúnmente produce una postración tanto físico como de la mente. Queda claro que la prevención del estrés es el procedimiento más efectivo, ya que evita un deterioro de estos expertos, debido a que cuando surge no constantemente se corrige.

4.6 Bibliografía

- 1- Elena, H. M., Sandra, C. R., & Guadalupe, L. S. M. (2007). Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(3), 161-166.
- 2- Aguado Martín, J. I., Bátiz Cano, A., & Quintana Pérez, S. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 59(231), 259-275.
- 3- Mamani-Encalada, A., Obando-Zegarra, R., Uribe-Malca, A. M., & Vivanco-Tello, M. (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Revista Peruana de Obstetricia y enfermería*, 3(1).

Capítulo 5

5 EL MANEJO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE UN PACIENTE CON DOLOR

NAZHA KTIRI FAKIHI

NORA MOHAMED MOHAND

DUNIA HAMADI MOHAMED

5.1 Introducción

La Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño". Por lo tanto, el dolor es una experiencia subjetiva y solo puede ser evaluado por el testimonio de la víctima utilizando herramientas validadas y adecuadas a la situación de cada persona.

La tasa de dolor estimada entre los pacientes hospitalizados fue del 61,4%, sin diferencia de género. La mayoría son dolores leves. Los pacientes postoperatorios tenían más dolor que los pacientes no operados, pero la intensidad del dolor se mantuvo moderada. Las tasas de dolor moderado a intenso entre pacientes de diferentes disciplinas fueron 38,8 % para médicos, 62,6 % para cirugía, 32,4 % para psiquiatría y 56,6 % para pacientes hospitalizados a largo plazo.

Otros estudios han estimado que la incidencia de dolor posoperatorio es del 46-53%. Entre los pacientes ingresados para cirugía, la incidencia de dolor moderado a intenso fue del 56,5%. El resultado de este sentimiento desagradable es el sufrimiento, la ansiedad, la depresión y la desesperación.

5.2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados por parte del equipo sanitario para los pacientes que sufren dolor.

5.3 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 inglés como español, y acceso completo a los artículos científicos.

5.4 Resultados

El médico de un paciente establece el manejo farmacológico del dolor asignando instrucciones a seguir según el tipo de dolor que presente el paciente. Tipo de dolor (agudo o crónico, molestias, estimulación nerviosa), intensidad del dolor, factores que influyen en la toxicidad de los analgésicos (edad, enfermedad, etc.), condiciones generales de salud, condiciones de salud concomitantes, medicamentos anteriores o respuestas a los actuales, costos del paciente, miembros de la familia y el lugar donde se brinda el cuidado. Asesorar sobre el esquema más simple de analgésicos y el uso de los métodos de manejo del dolor menos invasivos.

Lograr un tratamiento eficaz del dolor requiere una combinación de enfoques farmacológicos y no farmacológicos.

Los tratamientos no farmacológicos no deben reemplazar la terapia farmacológica adecuada. La elección del método no farmacológico debe basarse en las preferencias del paciente y los objetivos del tratamiento. Se deben considerar las posibles contraindicaciones antes de adoptar un régimen sin medicamentos. Salvo contraindicación, se deben establecer estrategias específicas que se sabe que son efectivas para tipos específicos de dolor, como la aplicación de calor o frío superficial, masaje, relajación, visualización, presión o vibración.

primera vez. entre las medidas no farmacológicas destacan:

1. Aplicación de frío
2. Aplicación térmica
3. Cambios posturales: Los cambios posturales a menudo son necesarios para lograr una postura que alivie el dolor y mejore el dolor. El movimiento varía en la intensidad del dolor (p. ej., peritonitis) si el paciente tiende a permanecer inmóvil. Algunas poses como: flexión de la cadera durante la inflamación (apendicitis), alivio del dolor al relajar el psoas mayor. La flexión del vástago hacia adelante puede aliviar el dolor en los procesos derivados del páncreas.
4. Medidas ambientales confortables: temperatura ambiente confortable, iluminación ambiental suave, evitación de ruidos, ropa de cama limpia, seca y sin arrugas...
5. Intervención psicosocial, psicoeducativa y cognitivo-conductual

5.5 Discusión

El manejo del dolor crónico tradicionalmente no ha sido un aspecto apropiado a considerar durante crisis, incluidas las situaciones epidémicas. Sin embargo, el derecho del paciente al bienestar, el bien social y los estándares de salud pública inherentes al tratamiento del dolor, y la responsabilidad de los proveedores de atención médica y cuidadores de brindar una atención integral al paciente, incluido el alivio adecuado del dolor, hacen que el tratamiento del dolor sea un aspecto básico.

Los sistemas de salud tienen la obligación de atender a los pacientes que padecen dolor

crónico debido a las graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la desatención.

5.6 Bibliografía

1. IASP Subcommittee of Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Pain 1979; 6: 249 {= 252.
2. Padrol A, Pérez-Esquiva M, Olona M, Francesch A, Tomas I, Rull M. Estudio de la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 555 {= 561.
3. Arbonés E, Montes A, Riu M, Farriols C, Mínguez S, Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor del Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. Rev Soc Esp Dolor. 2009;16(6): 314 {= 322.
4. Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. Rev Soc Esp Dolor 2004; 11:197 {= 202.

Capítulo 6

6 EL PAPEL DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

ÁNGELA GARCÍA DÍAZ

ALEX LORENZO GONZÁLEZ

NATALIA SUÁREZ GUZMÁN

RAQUEL DEL RIVERO SOLARES

JAIRO MOLPECERES BLANCO

6.1 Introducción

Una enfermedad o trastorno mental es un estado de perturbación emocional, cognitiva y conductual en el que se deterioran procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la percepción, la conciencia, el comportamiento, dificultad de adaptación al medio y a la vida social. Las enfermedades mentales preexistentes más comunes son:

- Desórdenes de ansiedad.
- Trastornos de la alimentación.
- Desorden de personalidad.
- Esquizofrenia (la más grave).

La enfermería es un factor clave en la recuperación del paciente, ya que son el nexo entre médico y paciente. Los psiquiatras juegan un papel importante en esta condición, pero a menudo se pasa por alto a los cuidadores. Los sanitarios están siempre con el paciente. Uno de los deberes del asistente es mantener la salud física y mental del paciente. Sus funciones incluyen la limpieza, explicarles las reglas del centro, animarlos a hacer cosas nuevas, dedicarles tiempo, cuidar su apariencia y alimentación, asegurarse de que tomen sus medicamentos (muy importante), y muy importante quitar cosas materiales fuera de su alcance. .

6.2 Objetivos

Dar a conocer el papel de enfermería en las unidades de salud mental.

6.3 Metodología

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

6.4 Resultados

Las funciones principales de los sanitarios dentro de salud mental son, entre otras cosas, llevar al paciente a la mejor salud posible y pudiendo ayudarlo cuando algunas de sus habilidades están comprometidas. La asistencia y los cuidados de enfermería es una parte beneficiosa cuando los pacientes no pueden realizar estas funciones por sí mismos, pero estos, deben de tener cuidado de no violar la dignidad o la privacidad de dichos pacientes. Se debe alentar a los pacientes a mantener una buena apariencia (higiene personal) y sobre todo el arreglo personal. Asimismo, es imperativo ayudarlos a comer y proveerles siempre de sus necesidades diarias. El personal sanitario requiere de mucha tranquilidad, ya que muchos de los trastornos psiquiátricos de estos pacientes son desorientadores, como ocurre en la demencia y otros muchos trastornos psiquiátricos como son los trastornos del sueño. Por lo tanto, el personal sanitario de enfermería debe trabajar con el médico del paciente para idear un plan específico que garantice que el paciente pueda descansar toda la noche, crear un ambiente cómodo, una vía intravenosa... tratamientos como catéteres, vías intravenosas, etc., para obtener mejores resultados y, si es necesario, con vendajes de algodón o elásticos para evitar rozaduras y lesiones. Se debe usar un factor de bloqueo mecánico en la piel de estos pacientes. Es de vital importancia garantizar su bienestar en todo momento.

6.5 Discusión

Tras lo visto en el apartado anterior y como conclusión final, podemos decir que las funciones de los sanitarios en la unidad de psiquiatría es inicialmente tranquilizar al paciente y posibilitar la detección de los diversos síntomas que puedan aparecer. Podría decirse, que el Personal sanitario de enfermería es el proveedor de atención médica más cercano al paciente y desempeña un papel muy importante en el entorno del paciente, ya que colabora con otro personal para garantizar la calidad de la atención al paciente e intenta mostrar su lado más amable tanto como sea posible y encuentra intimidad con él.

6.6 Bibliografía

- 1-Rubio-Valdehita, S., & Rodrigo-Tapias, I. (2017). Fuentes de carga mental en una muestra de enfermeros y técnicos auxiliares de enfermería de Madrid (España). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(43), 177-185.
- 2-Siles, J. (2016). Historia de los cuidados de salud mental. *Enfermería psiquiátrica*, 3-12.
- 3-Perea-Baena, J. M., & Sánchez-Gil, L. M. (2008). Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index de Enfermería*, 17(3), 164-168.

Capítulo 7

7 LA COMUNICACIÓN CON PACIENTES Y USUARIOS, BÁSICA PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS SANITARIOS

ROCIO LOPEZ GARCIA

NIEVES ÁLVAREZ FERNANDEZ

MONICA GARCÍA QUEIPO

NATALIA GARCIA LANA

ISABEL MARÍA CUBÉ ORTEGA

7.1 Introducción

La palabra comunicación proviene del término latín "comunicare". La comunicación es el intercambio de información que se produce entre dos o más individuos con el objetivo de aportar información y recibirla. Para que la comunicación se lleve a cabo de una forma eficaz, es totalmente necesario que intervengan una serie de elementos.

Dichos elementos son:

- Emisor: es aquel que emite un mensaje.
- Receptor: es el individuo encargado de recibir esa comunicación y datos que emite el emisor. El receptor realiza un proceso inverso al del emisor, ya que descodifica el mensaje que recibe del emisor.
- Mensaje: es la información, los datos que transmite el emisor a través de un canal de comunicación, para que lleguen al receptor de forma adecuada.
- Canal: es el lugar por donde se transmite el mensaje. Existen múltiples canales por donde se puede transmitir la información. Por ejemplo, internet, medios de comunicación o dispositivos móviles.
- Código: el código es el sistema de signos o señales que se utiliza para poder transmitir un mensaje.
- Ruido: el ruido es una interferencia en el proceso de comunicación, ya que puede ser que no sea fluida o que pueda llegar a interrumpirse. El ruido puede ser tanto del emisor como del canal o también del receptor.
- Retroalimentación o feedback: es la respuesta del receptor hacia el mensaje recibido.
- Contexto: son las circunstancias en las que se desarrolla el proceso de comunicación.

7.2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de una comunicación adecuada para el buen funcionamiento de los centros sanitarios.

7.3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos como por ejemplo: Pubmed, Medline y Scielo siendo seleccionados artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas; así como una consulta en páginas web que tratan y tiene como finalidad el objetivo de dicho estudio, utilizando como descriptores palabras clave tales como comunicación y asertividad.

7.4 Resultados

En cualquier centro sanitario, todos los trabajadores están siempre en contacto directo con los pacientes y usuarios, para lo cual tienen que estar preparados en todo momento para afrontar cualquier situación que se pueda generar sobre la información que se pueda facilitar. Una buena comunicación es fundamental para conseguir una mejora clínica y también un mayor bienestar emocional y psicológico. Una inadecuada comunicación, da lugar a un menor cumplimiento terapéutico por parte del paciente, y en muchas ocasiones produce conflictos que dan lugar a situaciones de difícil manejo, dando lugar a denuncias, reclamaciones y en muchas ocasiones provocando situaciones agresivas, que suponen tanto un peligro para el paciente como para el personal.

Para que exista una buena comunicación es necesario por parte del personal sanitario de una escucha activa, de esta forma la otra persona ve que se le está atendiendo y escuchando; empatizar con el paciente; siempre dar la información empleando términos al nivel de comprensión del paciente, pedir su parecer, proponer y valorar diferentes alternativas ante situaciones difíciles, tener una comunicación asertiva, todo ello teniendo en cuenta siempre las variables que pueden afectar a la comunicación. Dichas variables son: variables psicológicas, socioambientales y las biológicas del paciente.

Hay que tener en cuenta, ya que es muy importante dentro de la comunicación con el paciente la comunicación no verbal, ya que esta demuestra que se les está escuchando de forma activa, destacando entre ellas el buen contacto visual, la sonrisa, postura corporal receptiva, movimientos de cabeza, entre otros.

Otro factor importante a tener en cuenta en la comunicación con el paciente son los familiares, ya que en numerosas ocasiones desempeñan un papel importante en el proceso de la enfermedad, pues constituye el nexo entre el paciente y los profesionales. La comunicación con ellos ha de seguir las mismas pautas que la comunicación con el paciente. Es de suma importancia que el profesional identifique quién va a ser la persona que se hará cargo del cuidado del paciente, en caso de que esto fuese necesario, puesto que estas personas serán en ocasiones a las que se les facilitará información más detallada que al propio paciente.

7.5 Discusión

Los profesionales sanitarios que trabajan con pacientes, han de tener la capacidad de crear, gracias a la comunicación, una relación terapéutica en la cual se conozca al paciente, se entiendan sus necesidades y se le facilite ayuda cuando esta sea necesaria.

Para poder conseguir este objetivo es totalmente necesario aprender a interpretar los gestos de los pacientes y establecer con ellos y sus familiares una comunicación asertiva, respetuosa y paciente. Para ello es necesario proponer herramientas que mejoren dicha comunicación, y la adquisición de conocimientos que ayuden en el proceso comunicativo. Una comunicación efectiva exige esfuerzo, tiempo, y dedicación, pudiendo realizarse de forma adecuada si el personal sanitario adquiere la formación necesaria. Un profesional puede ser muy bueno en la realización de las técnicas sanitarias, pero si no logra adquirir unas buenas habilidades comunicativas, sus técnicas pueden verse limitadas, incluso puede llegar a provocar algún daño al paciente.

Una comunicación adecuada es beneficiosa tanto para el paciente como para el ámbito sanitario, dando lugar a un escenario con menor conflictividad, mejor adherencia terapéutica y también repercutiendo en un mejor curso de los procesos clínicos de los pacientes. Todo esto se genera con la formación adecuada del personal sanitario.

7.6 Bibliografía

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

Capítulo 8

8 ADQUISICIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO: ESTATUTO MARCO

MONICA GARCÍA QUEIPO

ISABEL MARÍA CUBÉ ORTEGA

NIEVES ÁLVAREZ FERNANDEZ

ROCIO LOPEZ GARCIA

NATALIA GARCIA LANA

8.1 Introducción

La normativa referida a la adquisición y pérdida de la condición de personal estatutario de los servicios de salud en España, se encuentra en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Esta normativa es de aplicación en cualquier servicio de salud y es la norma aplicable en caso de ausencia de normativa propia del servicio de salud.

Aparecen reguladas la adquisición de la condición de personal estatutario fijo, aparece regulado en el capítulo V, en el artículo 20 y respecto de la pérdida de la condición de personal estatutario fijo en el mismo capítulo V, artículos 21 a 27.

8.2 Objetivos

Dar a conocer la normativa que rige la adquisición y pérdida y los motivos por los que se puede perder la condición de personal estatutario fijo en los servicios de salud.

8.3 Metodología

Para la elaboración de este estudio se realiza una revisión bibliográfica sobre la normativa específica en la base de datos del Boletín Oficial del Estado y búsqueda en páginas de internet específicas sobre el tema tratado, a través de buscadores, utilizando como palabras clave, personal estatutario, adquisición, pérdida, Estatuto marco.

8.4 Resultados

En el capítulo V de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre- Estatuto marco, se establecen las condiciones para la adquisición y pérdida de la condición de personal estatutario fijo de los servicios de salud en España.

- Adquisición- Art. 20- Para la adquisición se deben cumplir los siguientes requisitos:

- a) Superación de las pruebas de selección.
- b) Nombramiento conferido por el órgano competente.
- c) Incorporación, previo cumplimiento de los requisitos formales en cada caso establecidos, a una plaza del servicio, institución o centro que corresponda en el plazo determinado en la convocatoria.

- Pérdida: Art.21-Son causas de extinción de la condición de personal estatutario fijo:

- a) La renuncia. Art. 22.
- b) La pérdida de la nacionalidad tomada en consideración para el nombramiento. Art. 23.
- c) La sanción disciplinaria firme de separación del servicio .Art. 24.
- d) La pena principal o accesoria de inhabilitación absoluta y, en su caso, la especial para empleo o cargo público o para el ejercicio de la correspondiente profesión. Art. 25.
- e) La jubilación. Art. 26.
- f) La incapacidad permanente, en los términos previstos en esta ley. Art. 27

En cuanto al Art. 28 que pone fin al capítulo V, hace referencia a la recuperación de la condición de personal estatutario fijo.

En este artículo se establece que en caso de haber perdido la nacionalidad, si ésta se recupera, también se puede recuperar la condición de personal estatutario fijo, también en caso de que se hubiera producido por incapacidad, si desaparece la causa de la incapacidad o es revisada, y si es dentro de los dos años siguientes a la declaración, tendrá derecho a incorporarse a plaza de la misma categoría que ocupaba y en el mismo servicio de salud.

8.5 Discusión

Para la adquisición de la condición de personal estatutario fijo de cualquier servicio de salud, es necesario cumplir determinados requisitos que se establecen en la Ley55/2003 de 16 de diciembre- Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud y que en ausencia de cualquiera de esos requisitos no sería posible el acceso a esa condición.

En cuanto a la pérdida de la condición se establecen seis motivos por los que se puede producir, dedicando un artículo a cada uno de los motivos, estableciendo tanto motivos voluntarios como forzosos, aunque también dedicando un artículo específico que establece condiciones para la recuperación de la condición de personal estatutario fijo en determinadas circunstancias.

8.6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

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

Capítulo 9

9 EL DUELO, LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO Y SU AFRONTAMIENTO

NURIA PÉREZ ALVAREZ

9.1 Introducción

Para poder entender el duelo, primero debemos hablar de la muerte, que se concibe como el fin de la vida y pérdida de todas las funciones totales de manera irreversible. Este suceso escapa a la naturaleza humana, ya que desconocemos cuándo ocurre y cuándo sucede.

Para establecer el origen etimológico, debemos trasladarnos hasta el latín.

La muerte es la terminación de una vida.

Existen distintos tipos de muertes:

- En primera instancia, está la muerte natural, que se produce por el envejecimiento.
- Por otro lado encontramos, la muerte violenta a raíz de un traumatismo, a consecuencia de otra persona o por nosotros mismos.

A lo largo de nuestra vida nos enfrentamos a este fenómeno, por el cual deberíamos aceptar la pérdida de un ser querido.

Es así, por tanto, el duelo, la respuesta que tiene una persona ante la pérdida de un ser querido, viéndose cada uno influenciado por las diferentes culturas y religiones .

Cuando una persona pierde a un ser querido cercano, es natural pasar por este duelo que lleva tiempo y conforma emociones y comportamientos diferentes.

9.2 Objetivos

- Ampliar los conocimientos del duelo y conocer sus fases.
- Conocer cómo podemos ayudar a los pacientes y familias en este proceso.

9.3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica. Del mismo modo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y principales bases de datos como Google, Pubmed y Medline. Aparte se han usado palabras claves como duelo, muerte, etc...

9.4 Resultados

Lo primero que podemos decir es que no existe un proceso fijo y único a seguir como protocolo del duelo, ya que cada uno lo siente de una manera. Sí podemos hablar de

una serie de miedos, sentimientos y reacciones, que son comunes en las personas que pasan por este proceso de duelo.

- En cuanto a sentimientos puede incluir: conmoción, bloqueo, tristeza, negación, desesperanza, ansiedad, enojo, culpa, soledad y anhelo.

- En relación a los pensamientos: podemos hablar de rechazo, confusión, problemas de concentración, alucinaciones y preocupaciones.

- En lo físico: aparece la sensación de opresión, náuseas, dolor de cabeza, sentimiento de nostalgia, fatiga, entumecimiento de músculos, etc., pudiendo hacernos más débiles ante las enfermedades.

- Referente a los comportamientos: aparecen los problemas para dormir, pérdida de energía, pérdida de apetito, irritabilidad o volverse más agresivos.

Existen otros factores que afectan a la intensidad y duración como:

- Relación con la persona.

- Causa de la muerte.

- Edad y género.

- Personalidad.

- El apoyo que se tenga en ese momento del duelo, tanto personal, como familiar.

- Costumbres y creencias religiosas.

Este proceso se hace siempre más difícil si se tienen sentimientos de culpabilidad y no solucionados con la persona, o si se tienen conflictos no resueltos con la persona que fallece.

Observamos que el duelo consta de cinco bases:

- Negación: el cerebro actúa negando la información para protegernos del dolor.

- Ira: proceso en el que se buscan responsables y culpables.

- Negociación: se buscan estrategias que hubiesen evitado ese resultado final.

- Depresión: la tristeza y sensación de vacío se apodera de la persona.

- Aceptación: la persona aprende a comunicar con el dolor emocional y a entender que el ser querido ya no está.

Aunque no todos pasamos por los mismos procesos, fases, ni en el mismo orden, en algún momento pueden ocurrir.

9.5 Discusión

Se considera que al llegar al final de la vida de un ser querido, por duro que resulte es importante despedirse del mismo, no es necesario en ocasiones la palabra, a veces con sólo nuestra presencia y apoyo es suficiente.

Debemos saber cómo actuar en este momento pudiendo ayuda en caso de necesitarla a familiares y amigos, incluyendo a los profesionales. Ya que en el momento de la pérdida de un ser querido nuestro cuerpo y mente experimenta numerosas sensaciones y cambios intensos. Y aunque no existen fórmulas milagrosas, buscar apoyos es fundamental. La vida cambiará, pero el dolor irá mitigándose paulatinamente pasando por todas las fases o alguna de ellas que conlleva el duelo.

En el caso de los enfermos hospitalizados o terminales es fundamental el papel de los enfermería y auxiliares así como de todo el equipo, ya que es con este con quién se crea

este vínculo, debido a la relación entre paciente, familia y personal sanitario. Es igual de importante adquirir estas habilidades en todos los casos para detectar y ayudar a superar estas situaciones.

Con el tiempo la persona aprenderá a vivir con ello y establecerá nuevos vínculos y uniones personales que le ayudarán a continuar con el recuerdo de la persona, y ya sin ella, así como nuevos proyectos e ilusiones, sin olvidar a esos seres queridos.

9.6 Bibliografía

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

Capítulo 10

10 LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO PARA EL PERSONAL NO SANITARIO EN HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD

ELIA BORBOLLA DÍAZ

MARTA SUSANA APARICIO ROBLES

MARÍA CARMEN LAGUNA TORRALBO

10.1 Introducción

Desde que las personas empezamos a convivir en sociedades, la organización, la colaboración y la comunicación entre nosotros han sido primordiales para crecer como sociedad. Por ello, hoy en día, el trabajo en equipo se ha hecho cada vez más indispensable en todos los ámbitos sociales y más, si cabe, en el ámbito laboral. Los centros sanitarios, tanto hospitales como centros de salud, no son una excepción.

Si trabajamos en equipo sabemos que todos tenemos un objetivo común, que en el caso de un centro de salud o de un hospital, siempre sería por supuesto, el bienestar y la salud del paciente. Trabajar en equipo implica hacerlo bajo una misma dirección, lo que nos lleva a adquirir compromisos e implica necesariamente alcanzar una comunicación efectiva entre los trabajadores.

Además de cumplir con los objetivos marcados, el trabajo en equipo permite el desarrollo por parte de los trabajadores de todas sus potenciales habilidades, tanto sociales como profesionales y una mejora en el rendimiento y las actitudes del día a día. Participando entre todos para conseguir una meta común, se dejan de lado los intereses personales, primando siempre el objetivo marcado. De ahí su importancia.

Dicha importancia del trabajo en equipo radica, por último, en poder realizar las tareas de una manera eficiente y con rapidez, ahorrando tiempo y esfuerzo, no sólo por parte de los equipos médicos sino también del personal no sanitario.

10.2 Objetivos

Explicar qué es y en qué consiste el trabajo en equipo, así como sus principales características.

Exponer su importancia, sus ventajas y beneficios en el ámbito laboral.

10.3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha hecho una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente así como la consulta de varios artículos en Google y Google Académico. Se han usado varias palabras claves y su combinación para la búsqueda de artículos en bases científicas:

Trabajo en equipo

Equipos en ámbito sanitario

Ventajas y beneficios trabajo en equipo

Características trabajo en equipo

Objetivos trabajo en equipo

10.4 Resultados

Aunque encontramos diversas definiciones que nos ayudan a entender lo que es trabajar en equipo, podemos concluir que se trata de llevar a cabo una tarea o actividad por parte de un grupo de personas que necesitan alcanzar un objetivo común. Se consigue aportando cada individuo sus propios conocimientos al resto del grupo y compartiendo información entre todos para poder cumplir dicho objetivo.

Se trata de unir las aptitudes y el esfuerzo de todos para emplear el menor tiempo posible en la consecución del objetivo y hacerlo de manera más ágil y eficiente. El clima laboral mejora claramente al ser las obligaciones compartidas por todos. Así mismo, los resultados son mejores cuantas más personas se comprometan en la realización de las tareas. Algunas de las características a destacar del trabajo en equipo serían:

Se concretan objetivos claros: cuando realizamos una actividad en equipo, cada persona conoce cuál es su tarea a ejecutar, para poder llegar al objetivo esperado.

Existe cooperación: es totalmente indispensable estar dispuesto a ayudarse entre sí, colaborar para la solución de los problemas.

Existe organización: trabajar de manera ordenada, respetando la organización preestablecida.

Hay comunicación: cada miembro del equipo ha de participar compartiendo opiniones, criterios,

conocimientos, dudas, etc.

Hay un reconocimiento entre compañeros: esto aviva la motivación.

Se comparten destrezas y habilidades.

Existe un liderazgo: siempre habrá un líder. Uno de los integrantes guiará y motivará al resto del equipo.

Hay varias razones que nos llevan a considerar el trabajo en equipo como algo de gran importancia en el ámbito sanitario y concretamente entre el personal no sanitario.

Crea sinergia positiva. Significa que trabajando en equipo, es decir, unidos, con un esfuerzo coordinado, se consiguen muchas más cosas positivas que si las hacemos de manera individual.

Se consigue trabajar de manera más flexible estableciendo menos jerarquías, se llega al empoderamiento de cada miembro del equipo, se fomentan las actitudes de responsabilidad.

idad y se crea un sentido de equidad y logro.

En definitiva, se consigue un mayor rendimiento, satisfacción personal y productividad, que nos ayuda a conseguir el principal objetivo, un mejor trato al paciente y su bienestar. Son muchos los que afirman que las ventajas y beneficios del trabajo en equipo son innegables, para los individuos y para las empresas.

Nos ayuda a sentir que formamos parte de algo y a trabajar con menos estrés, pues entre todos compartimos las tareas y las responsabilidades, así como los reconocimientos profesionales. Y algo muy importante en el día a día, se promueven las relaciones interpersonales, la amistad y la colaboración entre compañeros. Algo que, sin duda, se verá reflejado en un mejor trato al paciente. Sin duda, nuestro principal objetivo.

Podemos destacar que la actitud para trabajar en equipo también es de suma importancia. Hay que hacer auto crítica, buscando continuamente mejorar. No criticar en los demás lo que se hace mal, si no destacar lo que se puede cambiar. Se debe ser responsable, esforzarse por contribuir lo máximo posible y defender al resto de compañeros. Es muy aconsejable, también, tener la capacidad de ser cordial con los demás, fomentando la iniciativa y una actitud positiva.

10.5 Discusión

Podemos así llegar a una evidente conclusión. Con el trabajo en equipo los distintos miembros cooperan constantemente entre ellos y comparten toda la información disponible. Apartan cualquier diferencia que pueda haber, dejando de lado cualquier interés personal, primando el objetivo común sobre todo lo demás. A pesar de ser de gran importancia y teniendo en cuenta todas sus ventajas y beneficios para el desempeño del día a día, se necesita también una gran dosis de esfuerzo personal y compromiso constante para que sea eficaz.

Es fundamental, desde el principio, establecer objetivos y metas específicos para que de este modo, entre todos, dirijamos nuestro esfuerzo hacia el mismo punto, siendo también necesario un gran apoyo desde otras partes de la organización o empresa.

También habría que destacar que trabajar en equipo no significa que se pierdan oportunidades profesionales a nivel individual ni las jerarquías establecidas.

10.6 Bibliografía

1. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714001498>
2. <https://gestion.pe/economia/management-empleo/importancia-equipo-empresas-nnda-nnlt>
3. <https://www.iebschool.com/blog/habilidades-de-trabajo-en-equipo-cuales-son-y-como-potenciarlas>
4. <https://coworkingfy.com/trabajo-en-equipo/#:~:text=Es%20una%20manera%20organizada>

Capítulo 11

11 ENFERMEDAD VENOSA CRONICA (EVC)

RAUL ÁNGEL BRUNO FERNÁNDEZ

LUCIA RAMOS MUÑOZ

MARIA ISABEL SANZ JIMENEZ

11.1 Introducción

La EVC es una patología muy frecuente y prevalente, al menos una cuarta parte de los adultos presentan algún síntoma de enfermedad venosa crónica.

Esta patología se produce como consecuencia de alteraciones anatómicas o funcionales del sistema venoso, tanto de las válvulas como de la pared de la vena y es de larga duración.

A pesar de haber tantos pacientes que sufren esta enfermedad, se tiene el concepto entre la población de que se trata de una patología relativamente benigna y con la que hay que convivir sin más.

El diagnóstico se confirma mediante la realización de eco-Doppler venoso superficial y profundo de las extremidades inferiores

11.2 Objetivos

Dar a conocer la enfermedad venosa crónica y su importancia.

Revisar las medidas de prevención y el tratamiento disponible para mejorar los síntomas y detener la progresión de la enfermedad.

11.3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, a mediante búsqueda en bases de datos científicas, a través de Google académico, seleccionando los artículos científicos relacionados con el tema tratado en esta comunicación

11.4 Resultados

La alteración en las válvulas o pared de la vena producen hipertensión venosa, esta hipertensión es la responsable de la insuficiencia venosa crónica y sus síntomas.

Los síntomas son muy diferentes según el grado de afectación:

Muchas veces es asintomática

Generalmente se presenta en forma de dolor, pesadez, piernas cansadas, calambres, prurito, sensación de calor, síndrome de piernas inquietas, claudicación venosa

También pueden aparecer signos estéticos como telangiectasias y varices (reticulares, colaterales o tributarias y tronculares)

Puede producirse edema y alteraciones dérmicas (pigmentación, dermatitis, eczema, lipodermatoesclerosis),

En los casos más graves evoluciona con complicaciones como varicorragia, tromboflebitis superficial o úlceras venosas

TRATAMIENTO

Las bases fundamentales de la terapia de la EVC son:

-Tratamiento médico: Se basa en el manejo de los factores de riesgo modificables que aumentan la aparición de la enfermedad (bipedestación prolongada, estreñimiento, sedentarismo, uso de prendas ajustadas, exposiciones prolongadas al calor) o la disminuyen (ejercicio, elevación de los miembros inferiores, dieta saludable).

También incluye la terapia farmacológica, que va dirigida a proteger la microcirculación y a prevenir la inflamación local a nivel de los tejidos.

- Elastocompresión: Consiste en disminuir la presión venosa a nivel del tobillo mediante medias elásticas (compresión en el tobillo de 20-30 mm Hg), o prevenir su aumento durante la deambulación.

La compresión también favorece la cicatrización de las úlceras venosas y disminuyen la tasa de recurrencia de las mismas, por lo que están indicadas, junto con las curas locales, en el tratamiento de este tipo de úlceras.

-Tratamiento quirúrgico: La cirugía consiste en corregir el reflujo u obstrucción venosa mediante técnicas de ablación o mediante reconstrucción venosa. Se realiza la ablación de las venas patológicas, mediante cirugía tradicional o por radiofrecuencia, láser o es-

puma esclerosante.

Este tratamiento está indicado en pacientes con varices sintomáticas y siempre que el riesgo de la cirugía sea asumible por su situación.

Recomendaciones:

Realizar movimientos musculares cíclicos, moviendo los dedos de los pies, haciendo actividad de pedaleo, flexiones del pie, poniéndose de puntillas.

Evitar cruzar las piernas cuando se está sentado.

El reposo con los pies elevados, durante 10-20 minutos varias veces al día representa un beneficio terapéutico indudable. Se complementa con la realización del descanso nocturno en la misma posición, estableciendo una diferencia de altura entre los pies y la cabeza de unos 15 cm (siempre que no esté contraindicado por otras patologías).

. Se complementa con la realización del descanso nocturno en la misma posición, estableciendo una diferencia de altura entre los pies y la cabeza de unos 15 cm (siempre que no esté contraindicado por otras patologías).

11.5 Discusión

La EVC no sólo es un problema estético sin importancia, produce limitaciones físicas y emocionales en el paciente y puede derivar a largo plazo en su complicación más temida, la úlcera venosa, que es un importante problema de salud y tiene una compleja recuperación

El personal sanitario tiene un papel fundamental en la educación sanitaria de estos pacientes, ya que algunas sencillas recomendaciones para su vida diaria, como reposar con los pies elevados, durante 10-20 minutos varias veces al día, y dormir con una diferencia de altura entre los pies y la cabeza de unos 15 cm, representa un beneficio terapéutico importante.

11.6 Bibliografía

https://semergen.es/resources/files/noticias/venosaCrocina_1.pdf

https://inheridas.cl/wp-content/uploads/2017/03/Revista_Heridas_2.pdf#page=7

http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2016/11/Guias-Practica-Clinica-Enfermedad-Venosa-Cronica_431.pdf

<https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0304541217302251?returnurl=null&referrer=>

<https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedades-de-las-venas-perif%C3%A9ricas/insuficiencia-venosa-cr%C3%B3nica-y-s%C3%ADndrome-posfleb%C3%ADtico>

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0304541213706887?token=866895B6DAB5AABC877AF20Cwest-1&originCreation=20220523091518>

Capítulo 12

12 AISLAMIENTO DE PROTECCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

ANDREA GONZALEZ BRAÑA

SANDRA DEL CAÑO ALONSO

AIDA LOREDO MONTES

ANDREA FERNANDEZ BERROCAL

12.1 Introducción

Las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) son un importante problema de salud pública, incrementan la mortalidad, la estancia hospitalaria, así como los costes asistenciales.

Las IRAS son todo cuadro clínico, localizado o sistémico, causado por la presencia de uno o varios agentes infecciosos o sus toxinas, que se desarrolla durante la estancia hospitalaria, sin ninguna evidencia de que estuviese presente o en fase de incubación en el momento del ingreso o que aparezcan después del alta relacionadas con el ingreso, así como las contraídas por el personal sanitario derivadas de su trabajo.

Es por todo ello que los centros asistenciales deben de adoptar medidas de aislamiento para evitar estos problemas.

Entendemos por aislamiento aquellos procesos por los cuales se establecen medidas de seguridad para impedir la transmisión de enfermedades infecciosas rompiendo los mecanismos de transmisión, minimizando las infecciones nosocomiales y previniendo nuevos brotes.

El aislamiento protector es utilizado para proteger a los pacientes transplantados, ya que su sistema inmunológico no funciona correctamente y estos pueden ser transportados por aire, el material médico o la ropa.

12.2 Objetivos

Describir las pautas a seguir y protocolo de aislamiento para pacientes en cuidados intensivos.

12.3 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, con los descriptores: hospitalización, uci, infección, aislamiento, inverso, de contacto, nosocomial. Criterios de inclusión textos en español y datos desde 1987 y criterios de exclusión mayores de 85 años y textos en inglés.

12.4 Resultados

Las pautas a seguir para que este tipo de aislamiento inverso sea eficaz se describen a continuación:

Recursos Materiales:

- Habitación individual.
- Puerta cerrada en todo momento.
- Material e instrumental estéril.
- Termómetro, fonendoscopio y esfigmomanómetro de uso exclusivo para el paciente mientras dure el aislamiento.
- Gorro, mascarilla, guantes y calzas.
- Jabón antiséptico.
- La comida debe de llegar separada del resto de los pacientes.

Protocolo de Actuación:

- El personal que atiende a estos pacientes debe de estar sano.
- Lavado de manos con agua y jabón o con solución hidroalcohólica antes de ponerse guantes.
- Colocación de todas las prendas de aislamiento antes de entrar al box.
- Extremar las medidas de asepsia y antisepsia en los cuidados.
- Los utensilios de comida preferiblemente de un solo uso y ser tirados al recoger la bandeja.
- Restringir el número de profesionales así como de visitas que entren en el box.
- Los acompañantes deben adoptar las medidas de protección en este tipo de aislamiento, que como mínimo debe de constar de bata, guantes y mascarilla. Gorro y calzas según el protocolo de cada hospital.
- Asegurar una buena descontaminación y limpieza diaria de la habitación con los productos recomendados.
- Las prendas de aislamiento se depositarán en contenedores específicos para ello al salir de la habitación, tanto personal como visitas que atiendan al paciente.

12.5 Discusión

Podemos concluir que un Aislamiento se define como un proceso por el cual se establecen unas medidas de seguridad para impedir la transmisión de enfermedades infecciosas mediante la ruptura de los mecanismos de transmisión, minimizando la incidencia de infecciones nosocomiales, previniendo y controlando nuevos brotes.

La OMS documenta que las infecciones nosocomiales son una importante causa de mortalidad, por este motivo es necesario desarrollar acciones orientadas a promover adecuados conocimientos y actitudes en el personal de enfermería con el fin de brindar una atención integral a los pacientes.

La labor de Enfermería es básica para el cumplimiento del aislamiento del paciente, así como para la información de normas a seguir en cuanto a visitas y acceso de las mismas a la habitación. Con éste régimen terapéutico reduciremos la estancia hospitalaria del paciente aligerando de manera colateral la relación coste {= beneficio. Restableciendo lo antes posible la independencia de la que carece durante este proceso. Así el paciente podrá ser dado de alta a la mayor brevedad posible a su ámbito habitual.

12.6 Bibliografía

-<http://diccionario.medciclopedia.com>; Manual de preparación de oposiciones del SERMAS; www.deocstoc.com/docs/47578888 (guías técnicas de aislamiento de pacientes).

- <https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/>

Capítulo 13

13 VISITA PREANESTESICA

MARIA SANCHEZ ROCES

13.1 Introducción

Como enfermeras especializadas en el área de la anestesia nuestra labor comienza conjuntamente con el cirujano y anestesista en la selección y/o exclusión de los pacientes para CMA. Esta tarea se lleva a cabo teniendo en cuenta criterios médicos o fisiológicos, criterios psicológicos y criterios sociales. Para la realización de la valoración realizamos la entrevista personal y exploración clínica, para ello hemos de asegurarnos de la correcta cumplimentación del cuestionario preoperatorio por el paciente o tutor legal ya que nos será de gran ayuda.

Dentro de nuestro rol destaca la comunicación de la información de forma efectiva y entendible para cada paciente y es el inicio de una relación basada en el diálogo, la confianza y la seguridad que buscan los pacientes en esta situación. Está descrito que, dar la información adecuada en cada momento y personalizada para cada tipo de paciente, aumenta la satisfacción y disminuye la posible ansiedad.

Podemos distinguir dos categorías dentro de la información que proporcionamos, una hace referencia a las características generales del circuito CMA y la otra a las particularidades de cada procedimiento quirúrgico, esta información debe estar bien coordinada entre los diferentes servicios que van a proporcionarla durante el poco tiempo que el paciente estará en el circuito quirúrgico.

Para un mejor entendimiento y captación del mensaje por parte de los usuarios, es necesario apoyarnos en folletos informativos por escrito que mejorarán la retención y comprensión por parte de los pacientes y acompañantes. Los 3 momentos estrella donde se proporciona tanto la información general como específica son, antes de la admisión, en el momento de la admisión y al alta.

Una vez preseleccionados los pacientes, nuestro primer contacto con estos es en la consulta para la evaluación anestésica prequirúrgica. Esta práctica constituye un estándar de seguridad recomendado a nivel mundial. Los objetivos principales en estas consultas son: verificar si el paciente es apto o no para la cirugía de forma ambulatoria y analizar si física y clínicamente es apto para someterse al tipo de anestesia que necesita dependiendo del tipo de procedimiento al que será sometido.

Con la ayuda del cuestionario inicial, algoritmos y guías clínicas podemos seleccionar

los pacientes e indicarles las pruebas preoperatorias que se necesitaran para su valoración. Esta consulta se puede realizar de forma telemática a través del teléfono y con el soporte de la historia clínica compartida o de forma presencial en consultas externas de anestesia. Dependiendo del tipo de cirugía y estado de salud del paciente esta puede llevarla a cabo el enfermero o el facultativo.

13.2 Objetivos

Conocer la efectividad de una intervención enfermera de anestesia, reanimación y tratamiento de dolor, durante la visita preanestésica de pacientes sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria.

13.3 Metodología

El diseño de estudio es un ensayo clínico prospectivo. Se realizará un seguimiento de todos los pacientes sometidos a cirugía menor ambulatoria en la fase preoperatoria.

Grupo Intervención: Serán aquellos pacientes que realizarán la intervención informativa en el preoperatorio.

El objetivo de dicha información es establecer una intervención enfermera concreta que proporcione los conocimientos necesarios que debe disponer el paciente antes de ser sometido a dicha cirugía.

Grupo Control: Dicho grupo recibirá la información que establece el centro, que consiste en la acogida del paciente el mismo día de la intervención sin una preparación previa del circuito que seguirá y la resolución de dudas en los instantes previos a la intervención.

En el grupo de pacientes que se lleve a cabo la investigación se realizará una intervención de enfermería que consiste en una consulta preoperatoria con unos días de antelación al ingreso en la unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA). En los pacientes del grupo control seguirá el circuito preoperatorio protocolizado por la clínica que no incluye la visita preanestésica de enfermería.

13.4 Bibliografía

- 1.- Gallent Marco M. Asistencia sanitaria a los marginados en la edad media. Clio & Crimen. 2012; 9:135-164.
- 2.- Redondo Rincón MG. El seguro obligatorio de enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo. Tesis doctoral. Madrid. E-Prints Complutense; 2013.
- 3.- Rosleff F and Lister G. European healthcare trends: towards managed care in Europe. London: Coopers & Lybrand;1995.
- 4.- Terol García E, Palanca Sánchez I. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. 1ª ed. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo;

2008.

5.- Sánchez F. Técnicas quirúrgicas en cirugía ortopédica y traumatología para la cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb.* 1996; 1(0):36-38.

6.- Ferrández Portal L, Marco Martínez F. Cirugía mayor ambulatoria en cirugía ortopédica y traumatología. *Cir May Amb.* 2009; 14(4):121-123.

7.- Monzó Abad E. Cirugía mayor ambulatoria en traumatología y ortopedia. En: Porrero JL, editor. *Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual práctico.* 2ª ed. Madrid: Ediciones Doyma S.A; 2002. p. 225-240.

8.- Ajibadea A, Lawson BL, Ayenia FB. Day Case Surgery {= Experience from a Nigerian Orthopaedic Hospital. *Amb Surg.* 2011; 17(2):31-35.

9.- Mulimba JAO, Gakuu LN, Odhiambo MA. Orthopaedics in day surgery. *East Afr Orthop J.* 2009; 3(1):19- 22.

10.- Robinson JC, Brown TT, Whaley C, Bozic KJ. Consumer choice between hospital-based and freestanding facilities for arthroscopy: impact on prices, spending and surgical complications. *J Bone Joint Surg Am.* 2015; 97(18):1473-1481.

11.- Kadhim M, Gans I, Baldwin K, Flynn J, Ganley T. Do surgical times and efficiency differ between inpatient and Ambulatory Surgery Centers that are both hospital owned? *J Pediatr Orthop.* 2016; 36(4):423-428.

12.- Jiménez Bernadó, A. Cambios en la organización hospitalaria propiciados por la actividad de las unidades en cirugía ambulatoria. Zaragoza; 2009. Disponible en: <http://ajimenezb.blogspot.es/2009/08/cambios-en-laorganizacion-hospitalaria.html>

13.- Sharp RJ, Wellwood J. Training implications of day-case surgery. *Br J Hosp Med.* 1996; 55:472-475

14.- Seabrook MA, Lawson M, Baskerville PA. Teaching and learning in day surgery units: a UK survey. *Med Educ.* 1997; 31:105-108.

15.- Jiménez Bernadó A. Selección de pacientes y procedimientos. Exclusiones. En: Jiménez Bernadó A, coordinador. *Manejo del paciente quirúrgico ambulatorio en atención primaria.* 1ª ed. Madrid: Ergon; 2006. p. 9- 17.

16.- García Moreno F, Fraile Alonso I, Gutiérrez Romero JR. Criterios de selección de pacientes y procedimientos. En: Porrero Carro JL y Porrero Guerrero B, editores. *Cirugía Mayor Ambulatoria. Eficiencia en la asistencia sanitaria.* 1ª ed. Madrid: Win2win worldwide; 2015. p.159-169.

17.- Cereijo Garea C, Pueyo González B, Mosquera Ferreiro E. Información y educación del paciente en cirugía ambulatoria. *Cir May Amb.* 2005; 10(4):165-174.

18.- Castoro C, Drace CA, Baccaglini U. Patient information, assessment and preparation of day cases. En: Lemos P, Jarrett P and Philip B. *Day surgery. Development and practice.* 1ª ed. Porto: International Association for Ambulatory Surgery; 2006. p. 157-184.

Capítulo 14

14 TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TICS) EN LA SALUD PARA SANITARIOS Y NO SANITARIOS

ANGELA MARTINEZ LOPEZ

14.1 Introducción

El uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICS) abre un campo enorme de aplicaciones en el sector salud. Sin embargo, es necesaria una apertura y un cambio de mentalidad para aceptarlas e incorporarlas plenamente.

Desde la aparición de Internet y a lo largo de las dos últimas décadas, hemos sido testigos no sólo de la rápida y efectiva penetración de las TICS, sino también de su reconocido aporte al desarrollo de los países, habiendo pasado de la era industrial a la era del conocimiento.

Pero, ¿qué tanto conocemos de ellas? ¿Qué son? ¿Qué las hace tan poderosas? De manera simplista, son el universo de dos conjuntos representados por las tradicionales tecnologías de la comunicación (radio, televisión, telefonía, etc.) y de las de la información caracterizada por la digitalización de los registros de contenidos (informática, telemática, etc.).

Esta convergencia de tecnologías potencia increíblemente la innovación y la competitividad, por sus características incomparables de ubicuidad, interactividad, conectividad, instantaneidad, contenido hipermedia, entre otras.

El grado de comprensión de sus potencialidades ha variado el concepto actual de alfabetización, dando lugar a términos como alfabetización tecnológica cuando nos referimos a las competencias en el uso de la tecnología, y alfabetización informacional cuando hablamos de las competencias en el proceso de producir información útil. Para los que no pertenecemos a la generación Nintendo, la adquisición de estas nuevas competencias variará en función de factores individuales y ciertamente en la actualidad nos pondrá en ventaja o desventaja competitiva.

La historia clínica electrónica, las aplicaciones de telemedicina (telemonitoreo, teleasistencia, telediagnóstico, etc.), los sistemas de información geográfica, los sistemas de vigilancia epidemiológica basados en tecnología web, así como aplicativos de eHealth, son algunos ejemplos de la utilización de las TICS en la gestión de salud.

Para quienes cursan una Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, el reconocimiento del valor de las TICS está directamente relacionado a la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas que permitan su valoración y utilización en forma eficiente. ¿Qué tecnologías pueden resolver mi problema? ¿Cuál es la más beneficiosa económicamente? ¿Cuál se adecua más a mi realidad? Y quedan en el tintero muchas otras preguntas.

No siempre las soluciones estarán en grandes sistemas. Por ejemplo, con la utilización de programas de uso cotidiano como Excel se puede diseñar e implementar dashboards dinámicos de indicadores hospitalarios que apoyen enormemente nuestra gestión. También se puede utilizar software libre (opensource) en un centro de salud para realizar actividades de vigilancia epidemiológica como EpiInfo o EpiMap, por citar sólo dos de la amplia lista de software libre disponible, existiendo algunos con funciones para uso corporativo (intranet).

Consideramos que la visión sobre el rol de las TICS en salud debe cambiar y ser reconocidas como herramientas indispensables para satisfacer las necesidades de los pacientes, la población, los profesionales de salud, los proveedores e incluso de quienes hacen las políticas. Esto implica un cambio de mentalidad, una actitud diferente, una visión creativa de solucionar los problemas en ésta era de la revolución tecnológica informacional.

14.2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de las TICS en el ámbito sanitario.

14.3 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.

14.4 Resultados

El avance en las tecnologías de la información y la comunicación hacen que cada vez sea más sencillo, menos costoso y se obtengan mayores beneficios de su uso en el ámbito sanitario. Las principales ventajas que aporta el uso de las TIC en la ciberseguridad son:

- Mejora de la atención al paciente.
- Transmitir de forma correcta y eficiente la información relacionada con los temas de salud siempre ha sido una de las mayores dificultades dentro del sector sanitario. Con el uso de las TIC se mejora la seguridad del paciente, proporcionando un acceso inmediato y directo a su historial médico, consultando online sus tratamientos, registrando su evolución y, en definitiva, reduciendo errores e incrementando la calidad del servicio de atención al paciente.
- Menores costes de los servicios médicos.

Las TICS proporcionan una considerable reducción del tiempo necesario para procesar los datos e informes de los pacientes. Además, con el uso de la receta electrónica los profesionales de la medicina liberan mucho tiempo diariamente. Estas mejoras a causa del uso de las TICS se traducen en una reducción de los costes de los servicios médicos. Reducción de los costes administrativos.

Todos los procesos administrativos relacionados con la salud llevan asociados una gran cantidad de documentación (facturas, comunicaciones, informes, etc.). Las TICS automatizan muchos de estos procesos y evitan el uso de papel al cambiarlo por formato digital (con la consiguiente reducción en el gasto de material fungible y almacenamiento). Los costes administrativos se ven altamente reducidos con el uso de las TICS para la gestión administrativa.

Obtención de datos.

Mediante las TICS es posible recopilar datos sanitarios voluminosos de información (Big Data) para mejorar las políticas de salud pública y determinar dónde asignar recursos, facilitar la investigación sanitaria, evaluar la eficacia de los productos farmacéuticos, ofrecer información a los pacientes interesados en determinados tratamientos, por ejemplo.

Desarrollo de nuevas tecnologías.

Es un ámbito en continuo avance que ofrece nuevos sistemas de acceso a la salud, tales como, a una mejor información biomédica, apps que agilizan la toma de decisiones clínicas o innovadoras formas de comunicación que lejos de despersonalizar, pueden ayudar a mejorar la comunicación médico-paciente, aumentar la calidad de la atención y crear métodos más precisos de asistencia sanitaria.

Descentralización de la atención médica gracias al 5G.

El 5G abre la puerta a un nuevo nivel de conectividad y de potencia de comunicación que puede cambiar el sector salud. Por ejemplo, con los wearables se puede mejorar el monitoreo y la administración de los fármacos, reduciendo la necesidad de visitar presencialmente al médico.

Este tipo de red también permite tener un control en tiempo real de la salud del paciente, además, de mejorar la atención médica de las personas que viven lejos de los núcleos urbanos. En definitiva, esta accesibilidad a los datos y a los dispositivos de monitorización, concede mayor control al paciente sobre su propia salud.

Aplicaciones de inteligencia artificial (IA).

El uso de la inteligencia artificial en el sistema de salud, así como productos específicos para el paciente obtenidos con la impresión 3D o la consolidación de la cirugía robótica, son algunas de las innovaciones que contribuyen a mejorar la curación del paciente.

Con la IA se pueden proporcionar mapas de ruta y sistemas de navegación para cada quirófano, abordar innumerables variables que enfrentan los equipos quirúrgicos, desde rotación del personal, herramientas y recursos, ayudar al diagnóstico y tratamiento, proporcionar cuidadores robóticos, aliviar la carga de los médicos, agilizar el proceso de desarrollo de nuevos fármacos, etc.

Implementar nuevos modelos sanitarios.

La implementación de las TICS lleva consigo una transformación digital que afecta no sólo a los medios físicos y programas de gestión, sino que producen un cambio en la forma de trabajar y de ejercer la medicina y el desarrollo de la sanidad.

Además, en situaciones de crisis sanitarias como la actual, provocada por el COVID-19, las TICS, no solo han sumado, sino que también han sabido adaptarse a los cambios urgentes que requerían nuevos modelos sanitarios, fruto de la pandemia.

Por ejemplo, gracias a las TICS, el modelo de prestación de la asistencia primaria se ha reorientado hacia la atención telemática (teléfono, teleconsulta y videoconferencia) tanto de los pacientes afectados por el COVID-19 como del resto.

También se han impulsado mejoras en el acceso a los servicios, como por ejemplo: el uso de la eConsulta, o la activación de la acreditación no presencial (vía telefónica y utilizando una autenticación por SMS) y se han aumentado las funcionalidades de los servicios, facilitando el envío telemático de registros de incapacidad o desplegando nuevas herramientas como el acceso a los sistemas de información de los profesionales sanitarios de manera remota y la videoconsulta.

En este caso, la crisis sanitaria ha sido un catalizador para implantar las TICS en diversos proyectos, planes de contingencia, servicios e iniciativas, y se están posicionando como imprescindibles para cualquier sistema sanitario moderno.

Las tres grandes mejoras que ha proporcionado el uso de las TICS en el sector sanitario son:

- Mejora del acceso a la sanidad. Las TIC han facilitado el acceso a la sanidad para muchas personas, sobre todos aquellas que viven en lugares más aislados (zonas rurales o de difícil acceso).
- Renovación de la atención primaria. La atención sanitaria ha experimentado una gran mejora, principalmente en las áreas del cuidado de enfermedades crónicas, el servicio de entrega de información sanitaria y la coordinación de los cuidados sanitarios.
- Aumento de la calidad del servicio. Los distintos países que aplican las TIC en su sistema sanitario han visto como este se ha enriquecido y ha aumentado su calidad.

El uso de dispositivos móviles como smartphones y tablets, así como el trabajo en la nube, están aportando nuevos beneficios en el ámbito de la salud, aumentando el tiempo que se dedica al cuidado y tratamiento de los pacientes, el acceso en cualquier momento y lugar a pacientes e informes médicos, la disminución del número de errores de los profesionales sanitarios (medicación o errores en los datos) y mejorando la movilidad de los médicos (teniendo siempre disponibilidad de acceso a los datos).

La tecnología, pues, se ha convertido en una importante herramienta para el sector de la salud. Su uso ha posibilitado mejorar el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como también realizar seguimientos más exhaustivos a los pacientes y reducir cirugías invasivas, entre otros aspectos.

Pero la llegada del 5G, que ya hemos mencionado en el apartado anterior, permitirá reducir las distancias y tiempos de consulta entre paciente y médico, incluso será más fácil pedir una segunda opinión de un experto sin importar en qué lugar del mundo se encuentre. Las operaciones quirúrgicas también mejorarán gracias a la posibilidad de realizar cirugías a tiempo real con la asistencia virtual de especialistas.

El uso de las TIC en el sector sanitario beneficia a todas las partes involucradas, desde médicos que ofrecen una mejor atención sanitaria y ven facilitado su trabajo, ahorrando tiempo, tomando mejores decisiones y disminuyendo el número de errores, hasta centros sanitarios y proveedores de productos y servicios médicos (trabajo más eficiente, reducción de costes, entre otros).

14.5 Discusión

Como en casi todas las cuestiones en esta vida, la clave está en el equilibrio. Pues todo en exceso es malo, no conviene o harta.

Como hemos dicho al principio, estamos inmersos en una sociedad hiperconectada y se alza una generación nativa digital, por supuesto que nuestra forma de relacionarnos y comunicarnos está cambiando, de niños, jóvenes y adultos. Y esto no va a cambiar.

Pero, ante todo hay que dejar claro que, por mucho que nuestros jóvenes utilicen extraordinariamente la tecnología, eso no es sinónimo de tener una adicción, pero sí es cierto que es necesario supervisar y estar al tanto de sus pautas de conductas tecnológicas para evitar problemas mayores y asegurarnos de que existe un equilibrio entre su vida digital y la que viven fuera de la tecnología.

Catherine L'Ecuyer dice que "la mejor preparación para el mundo online es el mundo real (offline)". Los niños aprenden de las interacciones con humanos, no con pantallas.

Una mirada, guardar un secreto a un amigo, descubrir una piedra enterrada o llegar a un pacto jugando, son actividades que ayudan a potenciar la atención, la planificación, la memoria de trabajo y favorecen nuestro crecimiento intelectual y emocional. Se desarrollan cualidades como la templanza, la fortaleza, la aceptación o frustración, la ira o la alegría. Cualidades que más adelante, de adultos, ayudarán a hacer un uso responsable de las TICs.

Al mismo tiempo y teniendo en cuenta las recomendaciones de exposición a las TICs a partir de cierta edad, podemos extraer provecho de estas, como es jugar a determinados videojuegos, lo cual puede mejorar las habilidades de atención, cognición, sensoriales y espaciales.

Lo que nunca hay que olvidar es el sentido común y hemos de enseñar a nuestros niños y jóvenes, que la tecnología ha de ser una ayuda y nunca un obstáculo.

14.6 Bibliografía

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

Capítulo 15

15 EL PERSONAL NO SANITARIO ANTE LOS PRIMEROS AUXILIOS

ROSA ANA MARTINEZ GONZALEZ

15.1 Introducción

En cualquier momento se puede presentar una situación de emergencia, en cualquier situación de la vida, en un partido de fútbol con los amigos, en una parada de autobús, en nuestro centro de trabajo o en un accidente de tráfico.

En muchas ocasiones resultará fundamental disponer de unos conocimientos básicos de como actuar para iniciar una actuación de primeros auxilios, hasta que puedan llegar las unidades de emergencia y los sanitarios se puedan hacer cargo de manera profesional de la situación, destacar que estas primeras atenciones juegan un papel crucial y en muchos casos pueden llegar a salvar una vida.

15.2 Objetivos

Con este capítulo de libro nos marcamos los objetivos de definir el concepto de primeros auxilios, sus objetivos básicos, la descripción de las pautas de la cadena de supervivencia y del protocolo P.A.S.

15.3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro se ha buscado información en documentos facilitados por diversas empresas en materia de primeros Auxilios, así como en diversas páginas de internet con información sobre primeros auxilios y en material de preparación de oposiciones de la Academia Rivas & Mengar.

15.4 Resultados

Se puede definir los primeros auxilios como el conjunto de actuaciones y técnicas que permiten la atención inmediata de una persona accidentada, hasta que llega la asistencia médica profesional, a fin de que las lesiones que ha sufrido no empeoren.

En cuanto a sus objetivos, destacamos los siguientes:

- La conservación de la vida.
- Evitar complicaciones físicas y psicológicas.

- Ayudar a la recuperación, así como asegurar el traslado de los accidentados a un centro asistencia.

Cabe destacar que en primeros auxilios, la primera persona que los presta es el primer eslabón de la cadena de supervivencia y deberá seguir las pautas de esta, que son las siguientes:

- Reconocer una situación de emergencia.
- Evaluar su gravedad.
- Dar el soporte inicial adecuado.

Ante una actuación general de una situación de emergencia, también se debe de seguir el protocolo P.A.S.:

- Proteger: al accidentado, a uno mismo y a los demás, alejando el peligro que originó el accidente.
- Avisar: a los servicios de atención sanitaria a través del número 112, facilitando datos como la dirección exacta, nuestros datos personales, número de personas accidentadas, tipos de lesiones observadas, etc.
- Socorrer: al accidentado o al herido, aplicando las técnicas oportunas. Mantener la calma y calmar al accidentado, no mover al accidentado a ser posible, realizar una exploración inicial de los signos vitales (consciencia, respiración y pulso) y buscar hemorragias.

15.5 Discusión

Los trabajadores de un centro sanitario debería de poder realizar jornadas de formación sobre primeros auxilios, aprovechar la proximidad con personal del entorno sanitario con el fin de poder instruirse convenientemente y conocer los diversos protocolos de actuación.

Por otra parte también consideramos importante la adecuación de las instalaciones, analizando periódicamente los trabajos que se realizan el trabajo con el fin de minimizar al máximo el riesgo de accidentes.

También es sumamente importante el compromiso por parte de los trabajadores, utilizando los equipos de protección individual y trabajando según los protocolos en materia de prevención de accidentes que puedan estar fijados para sus respectivos trabajos.

15.6 Bibliografía

https://www.unirioja.es/servicios/ssprl/pdf/manual_primeros_auxilios.pdf

https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual_primeros_auxilios_2017.pdf

<http://ssprl.gobex.es/ssprl/web/guest/guia-primeros-auxilios>

<https://www.insst.es/documents/94886/161958/Cap%C3%ADtulo+14.+Primeros+auxilios,+servicios+m>

Capítulo 16

16 EL SÍNDROME DE BURNOUT DEL PERSONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

RUBEN GARCIA DIAZ

MARIA ALICIA POZO CUETARA

LUCÍA NÚÑEZ SANDÍN

TANIA CARREÑO FOMBELLA

SARA FERNANDEZ GUTIERREZ

16.1 Introducción

En los tiempos que nos preceden se han producido infinidad de cambios en nuestro entorno laboral, no solo incrementando nuestras tareas a realizar, sino que también repercute en las horas que debemos dedicar a las mismas. Por ello, se crean nuevas obligaciones y exigencias en nuestro puesto de trabajo y que conlleva trastornos en nuestras posibilidades y capacidades de rendimiento. Esto ha ocasionado el aumento de nuevos riesgos para la salud del trabajador psicosociales, como por ejemplo el Síndrome de burnout o también llamado "quemarse en el trabajo".

Ha sido su incremento tal en las últimas décadas que se ha aposentado como un problema social y de salud pública, con lo que supone un enorme coste económico y social para el país. Según estudios actuales está muy en alza, suponiendo no solo el personal sufra un mayor número de bajas y falta de personal, no solo sanitario, también administrativo y logístico.

Según la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) este tipo de síndrome produce síntomas tales como el agotamiento emocional, despersonalización y/o deshumanización.

16.2 Objetivos

Saber en qué consiste el síndrome de burnout o "de quemarse en el trabajo" y conocer y describir sus medidas preventivas y curativas para evitar que se vuelvan crónicos estos casos.

16.3 Metodología

Para elaborar este documento, se ha tenido que llevar a cabo una revisión bibliográfica de los libros y post científicos existentes, una búsqueda de artículos, libros, páginas web, etc., de algunas bases de datos conocidos como "Google académico", "Medline" y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, además de realizar búsqueda en diferentes buscadores de internet.

16.4 Resultados

Una de las definiciones del síndrome de burnout conocida en estas lecturas y libros es la del autor Farber (1983) que explica la relación del síndrome con el ámbito laboral y que nos dice que el burnout es un síndrome relacionado con el trabajo. Surge por una percepción del trabajador de una discrepancia de los esfuerzos laborales y lo que se consigue con ellos. Esto sucede con frecuencia con los profesionales que trabajan cara a cara con pacientes necesitados y/o problemáticos, como es el caso del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Un ejemplo es lo que está sacudiendo hoy día a los centros de salud de atención primaria y hospitales debido a la pandemia mundial que sufrimos a causa del coronavirus y que está provocando saturaciones en la atención telefónica y de personal.

Se trata de un agotamiento personal, falta de energía, distanciamiento, cinismo y sentimientos de incompetencia. Actitudes de rechazo hacia su trabajo y demás síntomas patológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y también baja autoestima.

El síndrome de burnout aparece cuando los síntomas en los niveles de realización personal menguan y sin embargo aumentan los niveles de agotamiento emocional e insatisfacción laboral.

La falta de realización personal es caracterizada por respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo. Sucede la pérdida progresiva de energía, la persona que padece el síndrome siente fatiga, agotamiento y desgaste. El/la trabajador cree que no puede dar más a nivel afectivo, sus recursos están al límite, aparece por tanto la irritabilidad, actitudes negativas, respuestas frías, cortantes e impersonales hacia los pacientes. Por culpa de esta dinámica de causas que conforman el síndrome, empresas del ámbito sanitario tendrán que acoger unas medidas preventivas para reducir al máximo los niveles de estrés del personal e intentar de evitar así el síndrome de burnout a los trabajadores. Las medidas a tomar por la empresa pasan por equilibrar las tareas y las funciones cuando se intuye que el o los trabajadores se encuentran sobrepasados y los niveles de estrés y ansiedad aumentan de tal manera que llegan a perjudicar su salud y rendimiento. Por supuesto, de gran ayuda sería también que el personal pudiera contar con todo lo necesario para realizar su trabajo y que los equipos para desempeñar las labores se encuentren actualizados (mobiliario, conocimientos, habilidades, etc.).

De gran ayuda sería la flexibilidad en los turnos y horarios de la jornada, porque se viene observando que los trabajadores que disfrutan de estas ventajas se encuentran más motivados, lo que hace que tengan mejor rendimiento laboral y cumplan objetivos.

Vigilar el estrés de los trabajadores porque no todas las personas reaccionan igual ante las diferentes situaciones.

Por último, proporcionarles ayuda psicológica.

16.5 Discusión

Definitivamente, se puede concluir que el síndrome de burnout o "de quemarse en el trabajo" está teniendo gran protagonismo en el ámbito sanitario los últimos años, sobre todo a causa de la pandemia del covid-19, que hemos sufrido durante tanto tiempo y que tanto ha dejado mermada la plantilla de sanitarios del ámbito hospitalario como geriátrico. Con unos síntomas de falta de realización personal, agotamiento emocional, deshumanización, estrés, ansiedad, entre otras enfermedades mentales, etc., causando muchos problemas a nivel social y sanitario, con sus correspondientes enormes gastos económicos y sociales para el país.

16.6 Bibliografía

- 1.-Farber, B.A. (1983). Stress and burnout in the human service professions. New york: Pergamon presss.
- 2.- Gil-Monte, P.R. (2003). el síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería.
- 3,- Gil- Monte, P.R. (2005). el síndrome de quemarse por el trabajo(síndrome de burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid, España: Pirámide.
- 4,- Maslach, C. (1982). burnout: the cost of caring. Nueva York: Prentice-Hall Press.

Capítulo 17

17 HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA ALICIA POZO CUETARA

RUBEN GARCIA DIAZ

TANIA CARREÑO FOMBELLA

LUCÍA NÚÑEZ SANDÍN

SARA FERNANDEZ GUTIERREZ

17.1 Introducción

Las manos son la principal vía de transmisión vírica en la sociedad y asistencia sanitaria. Hace años que se descubrió el importante papel que tienen las manos en la transmisión de los gérmenes durante la atención clínica fue Ignaz Semmelweis quien estableció el beneficio obtenido por el lavado de las manos y la reducción de la mortalidad materna. Es por ello que tras la tal evidencia resulta necesario incorporar los momentos específicos para la realización de la higiene de manos en el flujo de trabajo de personal sanitario, facilita hacer lo correcto a cada minuto, cada hora, cada día. Los gérmenes y los potenciales agentes patógenos pueden ir colonizando progresivamente las manos del personal durante el proceso de atención. Si no hay higiene de manos, cuanto más se prolongue la asistencia, mayores serán el grado de contaminación de las manos y los riesgos potenciales para la seguridad del paciente.

La OMS advierte que las infecciones nosocomiales son causa importante de muerte y discapacidad en todo el mundo. En los países desarrollados supone de un 5% a un 10% de los ingresos en los hospitales de agudos, y en los países en vía de desarrollo puede sobrepasar hasta el 25%. Una buena higiene de manos reduce en un 90% las infecciones nosocomiales. Está demostrado que esta simple técnica ha salvado millones de vidas en los últimos años. En la actualidad, debido a la pandemia mundial que estamos viviendo causada por el coronavirus, esta técnica es básica para combatir el virus.

17.2 Objetivos

Conocer la higiene de manos para el personal sanitario.

Prevenir el contagio de las enfermedades infecciosas en el personal sanitario.

17.3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, utilizando como palabra clave higiene postural. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medine y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, además de realizar búsqueda en diferentes buscadores de internet.

17.4 Resultados

En la actualidad estamos asistiendo a una situación en que la higiene de manos está siendo vital para evitar contagios Y muertes, por lo que todo el mundo sea sanitario o no, está informando y debería estar concienciado de su importancia, además de realizar las pautas que se expondrán a continuación.

Ante la situación de saber cuando debería realizarse el lavado de manos, solo hay que fijarse en algunos momentos, como cuando se atiende a algún paciente, debería realizarse el lavado antes y después del contacto.

Otro momento ideal sería al empezar y terminar la jornada de trabajo, además de cuando se duda o prueba de haber tenido contacto directo o exposición con una persona infectada. Por supuesto, antes y después de comer o beber y antes o después de ir al baño. Otra pregunta frecuente que debe resolverse en cuanto al lavado de manos podría ser, ¿cómo la hago? En este caso el lavado debe durar entre 40 y 60 segundos, restregando con energía las palmas, entre los dedos y el dorso. Es imprescindible quitar todo el jabón al terminar el proceso y que este sea con antiséptico y líquido, así como secar completamente las manos.

Finalmente, la última pregunta que nos haríamos a este respecto sería la de cómo mantener durante el mayor tiempo posible las manos limpias. Para ello es importante que estas permanezcan sin heridas, las uñas sin esmaltes, cortas y que sean naturales.

Otro dato importante sería que los antebrazos y muñecas estuviesen libres de joyas y al descubierto. Si fuese imposible su retirada, taparlos o cubrirlos, así como si se tuviese alguna herida. Usar cremas protectoras al final de la jornada de trabajo. Queda por tanto comprendido que ante una situación viral, como puede ser ejemplo la pandemia mundial que actualmente nos afecta, debido a los contagios existentes por el covid-19, el lavado de manos es vital e imprescindible.

Como dicta la OMS ante las recomendaciones para esta pandemia, miles de personas mueren debido a contagios que se producen mientras reciben atención sanitaria. Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes ante esta misma atención.

La higiene de manos es por tanto la medida más inmediata e importante para evitar transmisiones de gérmenes que perjudiquen a las personas, así como reducir o evitar las infecciones que se asocian a la atención sanitaria. Es por ello que diferentes organizaciones y sistemas de salud, como el Ministerio de Sanidad, lanzan campañas y

programas en referencia a la higiene de manos a lo largo de todos los años, especial protagonismo está teniendo este año debido a la pandemia mundial que estamos viviendo y en la que la higiene de manos es principal protagonista.

Podemos encontrar una campaña que tiene como lema: "salva vidas, límpiate las manos". Unidos el ministerio de sanidad y la OMS (Organización Mundial de la Salud) donde se visibiliza y expande, ante esta pandemia del coronavirus, la práctica de la higiene de manos como una de las medidas más eficaces de control y prevención.

17.5 Discusión

Es destacable por tanto la necesidad de una buena higiene de manos para contrarrestar las enfermedades víricas y nosocomiales. Actualmente, todos y todas somos conocedores/as de la importancia de este hecho. Al estar viviendo una situación sanitaria complicada, debido a la pandemia mundial que nos acecha, una higiene de manos adecuada no solo es una medida preventiva eficaz, sino que incluso permite salvar vidas.

Por ello, conocer las posibilidades de este hecho tan simple y cercano a toda la población es necesaria para combatir todas aquellas infecciones víricas. Y concienciar a las personas de su importancia es algo que aun, en los tiempos que vivimos, es preciso repetir y dar a conocer como, cuando y de qué manera se debe efectuar.

17.6 Bibliografía

www.scielo.org
www.elsevier.es
www.diariomedico.com
www.wikipedia.es

Capítulo 18

18 LA RETIRADA DE LA Sonda VESICAL PERMANENTE CON LA TÉCNICA DE CLAMPAJE INTERMITENTE. INTRODUCCIÓN AL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

LETICIA GARCÍA FREITAS

18.1 Introducción

El acto de colocación de una sonda vesical a un paciente debe ser realizado por el/la enfermero/a que, en gran parte de las ocasiones, contará con la colaboración del TCAE. Los motivos que llevan a la colocación de un sondaje vesical son de lo más variado (incontinencia, retención, intervención quirúrgica, control de diuresis, etc.)

La técnica de retirada de la sonda, debe llevarse a cabo, también, de un modo correcto, siguiendo el protocolo establecido por la unidad o centro sanitario donde se trabaje. Es frecuente que, en la retirada, se opte por el clampaje intermitente de la sonda, pues así, se considera que se habitúa de nuevo a la vejiga para que desempeñe su función con normalidad.

18.2 Objetivos

El objetivo principal de esta publicación es exponer en qué consiste la técnica del clampaje intermitente en la retirada de la sonda vesical de un paciente, así como la justificación y forma en que se lleva a cabo.

18.3 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.

18.4 Resultados

La colocación de un sondaje vesical implica una vigilancia estrecha del paciente antes, durante y después de la inserción de la sonda. Ello se debe a posibles fallos y problemas derivados de una mala o inadecuada técnica (vía de inserción falsa, infección del tracto urinario (ITU), obstrucciones, etc.), que pueden suponer graves consecuencias para el

paciente.

En la actualidad, no consta una investigación suficiente que exponga, con claridad, lo útil o beneficioso que puede llegar a ser la realización del clampaje intermitente en la retirada del sondaje vesical como una técnica capaz de rehabilitar la vejiga para que desempeñe su función con normalidad.

Además, no resulta esclarecedora ninguna investigación llevada a cabo respecto a si el clampaje intermitente podría dar lugar a otra serie de complicaciones (disuria, ITU).

Lo que sí se pone de relieve en distintas investigaciones es que la puesta en marcha de éste método, genera un gasto económico y de tiempo significativo, afectando a la eficiencia.

En otras investigaciones, las pérdidas de orina y las ITU ha supuesto un punto en contra de la técnica, por lo que podría generar problemas adicionales a considerar.

En cambio, en otras investigaciones, se han puesto de relieve determinados beneficios para el paciente que son tenidos en cuenta por las instituciones y/o el personal que continúan recurriendo a esta técnica. Entre esos beneficios, se ha demostrado que el paciente al que se le practica esta técnica, tarda menos tiempo en realizar la primera micción. Además, con su utilización, parece disminuir la cantidad residual de orina, lo que se traduce en un mayor bienestar y confort para el paciente.

18.5 Discusión

A la vista de información consultada para elaborar esta publicación es posible concluir que la técnica que consiste en clampar la sonda vesical, en el sondaje permanente, de forma previa a que se retire, no influye tanto como para conseguir unos resultados dignos de mención. De todos modos, debido a los pocos estudios al respecto, es aconsejable seguir llevando a cabo la técnica de clampaje mientras no se describa, con cierto grado de fiabilidad y evidencia científico, una técnica alternativa que permita alcanzar resultados iguales o mejores a los actuales.

El personal de enfermería debe seguir los protocolos del centro sanitario donde labore y, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, como miembro del equipo de enfermería, debe conocer el procedimiento y colaborar con la enfermera en la retirada del sondaje.

18.6 Bibliografía

- Banco de Preguntas Preevid. ¿Se debe pinzar la sonda vesical previamente a la retirada de esta? [internet] Murciasalud, 2014. Disponible en <http://www.murciasalud.es/preevid/1988>
- Ellahi A, Stewart F, Kidd EA, Griffiths R, Fernandez R, Omar MI. ¿Cuáles son las mejores estrategias para retirar los tubos de drenaje (sondas urinarias) de la vejiga después de hasta 14 días? [internet]. Biblioteca Cochrane. Junio 2021. Disponible en https://www.cochrane.org/es/CD004011/INCONT_cuales-son-las-mejoresestrategias-para-retirar-los-tubos-de-drenaje-sondas-urinarias-de-la-vejiga.

Capítulo 19

19 MANIOBRA DE DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CRÍTICOS

ANA ALICIA GARCÍA LÓPEZ

LINA DUQUE

LILIAN BEATRIZ OZUNA ESTEPA

JESSICA GARCIA FADON

ROCIO BARCIA FERNANDEZ

19.1 Introducción

Al cambiar a un paciente a decúbito prono se cambia la distribución de la ventilación, hacia las zonas posteriores de los pulmones que tienen más espacio por lo que se consigue un cambio en la movilidad diafragmática, mejorar la oxigenación, el flujo sanguíneo y la eliminación de secreciones.

La técnica de pronación de un paciente de cuidados intensivos no es una técnica complicada, pero precisa que sea realizada por personal cualificado y con experiencia en la técnica, ya que un error en la maniobra podría desencadenar la extracción del tubo endotraqueal, vías centrales o periféricas, además hay que tener en cuenta la gravedad de los pacientes que se encuentran en el servicio.

19.2 Objetivos

- Describir el proceso de colocación de un paciente con tubo endotraqueal en decúbito prono.
- Exponer la importancia de una correcta maniobra de pronación de un paciente crítico.

19.3 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.

19.4 Resultados

Para realizar esta técnica es necesario cinco o seis personas: enfermeras, celadores, auxiliares de enfermería y el medico responsable.

Antes del procedimiento:

Preparar todo el material:

- Ropa de cama limpia.
- Rodete.
- Apósitos oculares.
- Empapadores.
- Aceites hiperoxigenados.
- Electrodo.
- Apósitos protectores para puntos de apoyo.
- Almohadas.
- Bolsa colectora.
- Ambú
- Material de aseo si se precisa.

Preparación del paciente:

El auxiliar debe asear al paciente si fuese necesario, hidratar la piel del lado ventral del cuerpo con aceites hiperoxigenados, colocar los apósitos protectores en puntos de apoyo susceptibles de tener escaras en esta posición, asistir a la enfermera en la aspiración de secreciones, realizarle la higiene de la boca, pinzar la sonda vesical y colocarla entre las piernas, suspender la nutrición y colocar la sonda nasogástrica a bolsa baja, limpiar los ojos para colocar los apósitos oculares, y quitar los electrodos de monitorización.

Además la enfermera comprobará drenajes, sonda nasogástrica (SNG), catéteres, balón y sujeción del tubo endotraqueal, retirará las perfusiones continuas si fuera necesario.

Técnica:

La enfermera se colocará en la cabecera de la cama y guiará la maniobra, además sujetará el tubo, y estará pendiente de constantes, vías, etc.

La cama debe estar en posición horizontal.

Pegaremos bien los brazos al cuerpo con las palmas de la mano mirando hacia arriba y metidas por debajo de los glúteos.

Colocaremos el salvacamás, y luego las almohadas, una en los hombros otra en la pelvis, luego en rodillas y empeine.

Pondremos una sábana limpia, y cogeremos la bajera, encimera, fundas de las almohadas e iremos enrollando todo hasta dejarlo bien pegado al cuerpo del paciente.

Una vez enroscado y bien sujeto por todo el equipo, siguiendo las instrucciones del enfermero (DUE) lo moveremos al borde de la cama que mas vías y drenajes tenga, paramos y vemos si el tubo tiene margen de maniobra y pondremos al paciente en decúbito lateral y luego decúbito prono.

Una vez que ya lo tenemos en decúbito prono, procederemos a colocar un empapador y un rodete debajo de la cabeza que quedará lateralizada para liberar el tubo, se revisa si las almohadas quedaron a la altura que debían estar, por si hubiera que rectificar algo, estiramos sabanas, subimos al paciente hacia el cabecero si fuera necesario, miramos si el cuerpo esta alineado y los pies en posición neutra, hidratamos la piel por detrás,

colocamos los electrodos de monitorización, y se coloca un brazo flexionado a la altura del codo, reposando al lado de la cabeza y el otro estirado al lado del cuerpo con la palma de la mano hacia arriba, colocaremos una sábana limpia por encima y mientras la enfermera revisa vías, perfusiones continuas, etc. vamos despinzando la sonda vesical y colocándola en su sitio, y colocamos la cama en anti-trendelenburg.

19.5 Discusión

La mejoría en la oxigenación de pacientes con dificultad respiratoria al ponerlos en decúbito prono hace que sea una postura muy usada en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda o con coronavirus 19, aun así los protocolos de cada hospital deben establecer la duración de esta postura ya que aunque puede verse la mejoría del paciente, este no puede permanecer mucho tiempo pronado.

Durante la pronación el paciente debe recibir los cuidados de enfermería habituales que recibiría si estuviera en decúbito supino, además de realizarle cambios posturales, que consisten en el cambio del brazo doblado y el giro de la cabeza para el lado contrario y así evitar la aparición de escaras en las zonas presionadas.

19.6 Bibliografía

- Setten M, Plotnikow GA, Accoce M. Prone position in patients with acute respiratory distress syndrome. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2016 [citado el 26 de septiembre de 2022];28(4):452-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27925054/>.

- Mora-Arteaga JA, Bernal-Ramírez OJ, Rodríguez SJ. Efecto de la ventilación mecánica en posición prona en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda. Una revisión sistemática y metanálisis. Med Intensiva [Internet]. 2015 [citado el 26 de septiembre de 2022];39(6):359-72. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-efecto-ventilacion-mecanica-posicion-prona-articulo-S0210569114002575>.

- Vázquez AF. Pronar al paciente con COVID-19, la maniobra que salva vidas [Internet]. EnfermeríaTV. 2020 [citado el 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://enfermeriatv.es/es/man-decubito-prono/>.

Capítulo 20

20 LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL DRENAJE TORÁCICO

RAUL NEGRO MORAL

ABDELOUAHED AMAL AMANE

RAFAEL RODRIGUEZ CASTILLEJO

ELENA SANCHO MUÑOZ

RAQUEL CASTILLO MARTIN

20.1 Introducción

El derrame pleural se produce cuando hay líquido o aire en la cavidad pleural llamado hemotorax o neumotórax. Este problema se resuelve introduciendo un tubo en la cavidad pleural para que salga el líquido o el aire.

Para evitar que se produzca el colapso pulmonar se lleva a cabo el drenaje torácico porque si no, no se dejaría a los pulmones realizar correctamente su función provocando dolor, disnea y un compromiso vital. Una vez que se mete el tubo de drenaje se comienza a evacuar el contenido que impide en los pulmones se expandan bien.

Las causas que pueden producir colapso pulmonar si no se coloca el drenaje son:

- Neumotórax cerrados que contienen aire que proceden de la cavidad pulmonar y que se producen de forma espontánea.
- Neumotórax abiertos: esto ocurre cuando se sufre un traumatismo y existe una herida a través de la cual entra aire del exterior.
- Postoperatorios de cirugía torácica que se realiza para detectar y evacuar sangrados y así permitir la expansión pulmonar total.

Los cuidados enfermeros en este procedimiento son necesarios tanto para la preparación del paciente como para la inserción del tubo torácico, su mantenimiento y finalmente la retirada del mismo. Por ello, los conocimientos que debe poseer enfermería en este procedimiento son totalmente básicos y necesarios.

20.2 Objetivos

Explicar en qué consiste el derrame pleural.

Detallar cuáles son las causas que provocan el colapso pulmonar .

Citar cuáles son los cuidados que proporciona el personal de enfermería

20.3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva realizando revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente. También se ha hecho una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas e información de guías actualizadas.

20.4 Resultados

Se debe preparar al paciente antes de realizar el drenaje torácico. Esta preparación se refiere a evaluar el estado del paciente colocándole un monitor que marque sus signos vitales, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y muy importante la saturación de oxígeno.

No debe faltar la observación de color de la piel, las mucosas y evaluar el dolor torácico además de la sudoración, ansiedad, estrés, miedo, etc. Para ello se debe de explicar de una manera concisa y clara el procedimiento que se le va a realizar dentro de lo posible. Por parte de enfermería existen una serie de cuidados como pueden ser:

- Hay que controlar el apósito y observar que no esté manchado. En el caso de que el apósito se encuentre manchado, habría que sustituirlo por otro nuevo.
- Habría que comprobar que el tubo del tórax está correcto y no se encuentra acodado o doblado.
- Comprobar que el tubo que hace de conexión entre el tubo torácico y el tubo de drenaje está en perfecto estado. En todo momento ha de estar libre de líquidos o coágulos.
- Comprobar que el tubo de drenaje se encuentre en posición vertical y siempre por debajo del tórax del paciente.
- Concienciar al paciente de que tiene que realizar correctamente los ejercicios pautados de fisioterapia respiratoria.
- Vigilar si hay o no fluctuaciones en la cámara sello de agua y también si hay burbujeo en ella.
- Anotar y registrar todo lo relacionado al drenaje torácico como por ejemplo la fluctuación del sello de agua y burbujeo, llevar una cuenta de la cantidad que se ha drenado, etc. Siempre que se supere la cantidad de 150ml hay que avisar al médico.
- Cuidados diarios evitando que se desconecte el tubo. En ningún caso pinzarlo.
- Cuando sea necesario cambiar el apósito se debe limpiar la zona con suero fisiológico o povidona yodada si no es alérgico usando un campo estéril.
- Dieta rica en fibra y aumentar la cantidad de líquidos a tomar. Incluso la toma de laxantes para evitar los esfuerzos al defecar así como el estreñimiento.

20.5 Discusión

Los pacientes susceptibles de realizarles un drenaje torácico necesitan una serie de cuidados y técnicas muy necesarias por parte del equipo enfermero. Para ellos se deben tener la formación y conocimientos sobre el drenaje torácico para proporcionar al pa-

ciente una cuidados de calidad, debido a que esta técnica cada vez es más frecuente en concreto los sistemas cerrados desechables ya que son más seguros para el paciente y son más manejables.

Una vez introducido el tubo de drenaje torácico el paciente requiere unos cuidados que deben ser proporcionado por enfermería para así evitar posibles complicaciones como puede ser el enfisema subcutáneo por la salida accidental del drenaje, la obstrucción del mismo o las infecciones, o el posible estreñimiento por paresia intestinal.

20.6 Bibliografía

- Belzunegui, T., Protocolo del drenaje torácico del servicio de urgencias del Hospital de Navarra. Libro electrónico de Temas de Urgencia. Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea.
- Hernández, C., Ferreras, B., López, D., Preciado, MJ., Txoperena, G., Lizundia, A., Corcuera, I., Protocolo Drenaje Torácico Osakidetza. Hospital Donostia.

Capítulo 21

21 CARCINOMA DE LENGUA Y ENFERMERÍA

LETICIA SERRANO PAZ

MARI CARMEN LEIVA ABASCAL

21.1 Introducción

El carcinoma de células escamosas se caracteriza por un tumor maligno que es común a la piel, la boca y a otras cavidades del cuerpo que tienen que estar recubiertas por un epitelio que es escamoso o incluso con una forma cilíndrica. La neoplasia lingual es un carcinoma intrabucal de un sitio único mucho más común.

Casi el 70% de estas lesiones se pueden originar en los dos tercios que son anteriores de la lengua y el resto viene de la base. En la actualidad, se puede considerar que el carcinoma del revés o dorso de la lengua es una lesión infrecuente y puede surgir de una anormalidad crónica de la mucosa, como una glositis atrófica, una alteración liquenoide o una leucoplasia.

Como consecuencia, la mayor parte de los carcinomas que ocurren en la lengua son en los bordes de los dos tercios que son anteriores y en la superficie ventral de la lengua. Pero no siempre es posible poder separar con bastante claridad esta última del suelo de la boca como el sitio de origen de un tumor particular. Es característico que el suelo de la boca sea el siguiente sitio común del carcinoma bucal, lo que puede indicar que la mucosa es relativamente mal queratinizada en los lados y la superficie ventral y en la lengua y es más susceptible a la transformación carcinomatosa.

21.2 Objetivos

Ampliar la información sobre el carcinoma de células escamosas que produce tumor maligno en la zona de alrededor de la boca.

21.3 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.

21.4 Resultados

El carcinoma de lengua de forma normal se presenta clínicamente como la úlcera, en una masa exofítica o la infiltración profunda con los grados de induración que son variables. Muchas veces estas lesiones son indoloras, lo que podría explicar el diagnóstico en forma tardía de las lesiones del tercio posterior. La naturaleza silente puede resultar en una presentación con nódulos cervicales en su forma asintomática. Los pacientes de forma rara presentan disfagia o una dificultad en el habla.

El diagnóstico es precoz del y requiere un elevado índice de sospecha clínica.

Las lesiones malignas tempranas pueden pasar desapercibidas y es debido a la incapacidad del clínico para detectar posibles cambios en forma anatómica. Las lesiones que son sintomáticas son fáciles de detectar y se deben a las molestias que se refieren al paciente: dolor en la lengua y bulto, dolor en los oídos, puede haber sangrado, masa en la zona del cuello, cambios en la voz con disfagia. Los síntomas se pueden asociar con mayor frecuencia a las lesiones de la lengua que se mueve a que a las de la base de la lengua. La combinación del uso de colorantes con técnicas de imagen ayudan a contribuir de un modo importante, a la localización de un ganglio centinela. Es muy deseable, que en el preoperatorio, se conozca de forma precisa la extensión del carcinoma de la lengua con el fin de poder planificar tanto la resección de como la posible reconstrucción, y para dar al paciente toda la información posible limitación de la función y del pronóstico. El asesoramiento clínico de la extensión, especialmente en las lesiones en el tercio posterior de la lengua, por norma es difícil y bastante impreciso.

21.5 Discusión

En la actualidad las investigaciones pueden intentar desentrañar el mecanismo genético que puede originar el cáncer de lengua. Se sabe que la alteración del oncogén supresor es el que codifica para la proteína que se llama p53 y está muy relacionada con la aparición de muchos de los carcinomas de las epidermoides de la cabeza y el cuello. Además se ven involucrados otros genes como el erb-b1 y el c-myc. Y cada vez hay una evidencia más clara de que las infecciones virales pueden llegar a tener un papel en el origen del cáncer de lengua. Se desarrollan nuevos tratamientos en los que se encuentran distintas terapias biológicas como son las vacunas, antagonistas de los receptores del factor de crecimiento, inhibidores de la cinasa que son dependientes de la ciclina, virus oncolíticos, y otros.

21.6 Bibliografía

- Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M, Neyman N Aminou R, Howlader N, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2018, National Cancer Institute. Bethesda, MD.
- Marandas P, Marandas N. Situation actuelle descancers des vois aéro-digestives supérieures en France et données épidémiologiques. In: Marandas P. Editor. Cancers des vois aéro-digestives supérieures. Données actualles Issyles-Moulineaux: Masson, 2020.

Capítulo 22

22 A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE CÁNCER DE PULMÓN POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LORENA COLINO MARTIN

SORAYA JARILLO CABALLERO

MARÍA JESÚS BRAOJOS RODRÍGUEZ

AZUCENA MARTIN GOMEZ

MARÍA JOSÉ LANCHÁ HERRERA

22.1 Introducción

El cáncer de pulmón está considerado una enfermedad mortal en el momento del diagnóstico si este ocurre en estadios clínicos avanzados.

En estadios tempranos los síntomas son inespecíficos, desafortunadamente los pacientes que acuden a la consulta por los síntomas específicos por regla general ya se encuentran en estadios avanzados implicando una corta supervivencia de unos cinco años. En la actualidad existen dos tendencias muy diferenciadas sobre esta enfermedad. La primera se dirige a la prevención del cáncer del pulmón principalmente con el abandono del hábito del tabaquismo y alejando los pulmones de cualquier elemento que pueda producir este tipo de cáncer, y la segunda es la ampliación y refuerzo en los cuidados paliativos de esta enfermedad.

22.2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar información sobre un caso clínico de cáncer de pulmón con diagnóstico terminal.

22.3 Caso clínico

Elias tiene 55 años, en la consulta de atención primaria le han derivado al servicio de Neumología. Lleva varios meses con tos, dificultad para respirar, con esputos purulentos y no ha acudido al médico por voluntad propia. Es la mujer la que se lo ha comentado a la doctora del centro de salud de primaria y ha obligado al marido a ir a la consulta. Este dice que se encuentra pegado y que va a dejar de fumar pero que cuando se encuentre

bien va a volver a fumar, que es el único vicio que tiene y que no lo va a dejar. Se le explora radiológicamente a Elías hallando manchas de un tamaño considerable en los dos pulmones. Se le ingresa en planta para la realización de una exploración más profunda en la que una resonancia diagnostica un adenocarcinoma de pulmón en una fase terminal. No se ofrece la posibilidad de quimioterapia y sí la de cuidados paliativos en el domicilio con terapia de oxígeno con una máquina que debe de tener las 24 horas. Elías decide no ir a su casa y quedarse en el hospital por lo que se le activa un protocolo de muerte digna hasta la hora de su defunción que se produce días después del diagnóstico de la enfermedad.

22.4 Discusión-Conclusión

Los síntomas del cáncer de pulmón pueden confundirse con muchas y variadas enfermedades respiratorias, la vigilancia de la resolución de estas es fundamental para estar atentos, el abandono del hábito del tabaco es primordial los pulmones son un organo que tiene recuerdo, después de 30 años del abandono del tabaco todavía se sufren lesiones y se puede general un cáncer de pulmón debido al consumo.

22.5 Bibliografía

- Amorín Kajatt, E. (2020). Cáncer de pulmón, una revisión sobre el conocimiento actual, métodos diagnósticos y perspectivas terapéuticas. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30, 85-92.

Capítulo 23

23 A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE UNA PROSTATECTOMÍA RADICAL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LORENA COLINO MARTIN

MARÍA JOSÉ LANCHA HERRERA

SORAYA JARILLO CABALLERO

AZUCENA MARTIN GOMEZ

MARÍA JESÚS BRAOJOS RODRÍGUEZ

23.1 Introducción

El adenocarcinoma de próstata está considerado la neoplasia en forma maligna que es más habitual en los varones, supera en cifras al cáncer de pulmón y de colon. En la última década la supervivencia a la enfermedad ronda el 100% aún encontrándose en fase metastásica. Se diagnostica en mayores de 60 años en un 70% de los cuales la supervivencia se prolonga y suelen fallecer por otras causas. En nuestro país las muertes por cáncer de próstata son casi inexistentes si ocurre en una edad adulta.

Desde el punto de vista de la etiología, hay que considerar que es una enfermedad que se origina por varios factores. Las líneas que se estudian en la actualidad para realizar un diagnóstico temprano de este tipo de cáncer son los análisis del antígeno prostático de forma específica y por norma a partir de los 50 años de edad. Cuando estos niveles se encuentran elevados, se realiza una biopsia y se hace un seguimiento. El tratamiento de este tipo de cáncer es la resección de la próstata y la aplicación de radioterapia en la zona adyacente.

23.2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mediante un caso clínico mostrar la detección y resección de un cáncer de próstata.

23.3 Caso clínico

Delfín tiene 51 años. Trabaja en la Diputación de su provincia como conserje. En la revisión anual obligatoria sus niveles prostáticos se encuentran elevados y se le emite el correspondiente informe a Delfín con la recomendación de acudir al Urólogo a la mayor brevedad posible. Este acude a través de su médico de atención primaria que le repite los análisis para confirmar y lo deriva a la consulta de Urología. En la consulta, Delfín cuenta que algunas veces tiene problemas para miccionar pero que ocurre en contadas ocasiones y que como en el trabajo tiene compañeros que son más mayores que él, pues lo ha considerado normal,. Se levanta varias veces a miccionar por la noche pero como luego duerme bien pues no le ha dado importancia. Se le realiza una citología en la que se llega a la próstata y se aprecia un signo claro de adenocarcinoma y se le prepara para ser intervenido quirúrgicamente en los próximos días. Tras pasar consulta con el anestesista y los análisis pertinentes se somete a la resección completa de la próstata y su alta domiciliaria a los dos días. Al mes de la intervención comienza un ciclo de radioterapia en el mismo centro donde se le intervino y tras mantener los valores de PSA a 0 mantiene revisiones periódicas en la consulta de Urología.

23.4 Discusión-Conclusión

La resección de la próstata es lo más recomendable en la mayoría de los casos. Esto añade un problema de disfunción eréctil para el varón que es solucionable con farmacología de control por el Urólogo que debe prescribirla bajo un buen estado de salud general si la considera necesaria.

23.5 Bibliografía

- Álvarez-Blanco MA, Escudero-de los Ríos PM, Hernández-Toríz N. Cáncer de próstata. Rev Mex Urol. 2018;68(4):245-254.

Capítulo 24

24 A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE CÁNCER DE MAMA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LORENA COLINO MARTIN

MARÍA JOSÉ LANCHÁ HERRERA

AZUCENA MARTIN GOMEZ

MARÍA JESÚS BRAOJOS RODRÍGUEZ

SORAYA JARILLO CABALLERO

24.1 Introducción

El cáncer de mama está considerado el tumor en forma maligna más habitual en todo el mundo. En los últimos años se ha elevado de forma paulatina la frecuencia sobre todo en países desarrollados. Ha sido durante años la primera causa de muerte en las mujeres durante años. Afortunadamente los screening que se realizan en todas las comunidades cada vez en edades más tempranas hacen posible una detección temprana. Las fuertes campañas de autoexploración que se realizan desde los centros de salud de primaria llegan a diagnósticos por parte de las pacientes tempranos o al menos descarte de sospechas. La realización de una simple mamografía detecta el 70% de un tumor en la mama o al menos da indicio de problema para ser tratado con posterioridad. El tratamiento es variado y depende de la localización y la extensión del tumor, puede ir desde la simple extirpación del ganglio centinela que sea el único afectado a la mastectomía total y haber producido metástasis a otros órganos

24.2 Objetivos

Exponer el protocolo de detección del cáncer de mama mediante la presentación de un caso clínico.

24.3 Caso clínico

Mel tiene 27 años. Acude a la consulta de su centro de salud por que al ducharse se ha encontrado un bulto en el pecho. Tiene mucho miedo porque su madre tuvo cáncer de mama dos veces y su abuela materna murió de cáncer de mama también. El médico de su centro de salud gestiona una mamografía preferente que se realiza a los dos días.

En la mamografía se aprecia una masa en el plano superior del pecho, La masa es movable. Se confirma con una ecografía la posibilidad de un tumor en la mama. En la misma consulta se la realiza una biopsia y en cuatro días tiene la confirmación de células cancerígenas. Mel se realiza una gammagrafía para ver si existe extensión del tumor a otros órganos con un resultado de un tumor localizado en el ganglio centinela y 16 adyacentes que son extraídos mediante intervención quirúrgica. Tras la operación y la recuperación, la paciente se somete a un ciclo de quimioterapia de 8 sesiones cada 21 para completar el tratamiento designado por el oncólogo con muy buenos resultados.

24.4 Discusión-Conclusión

A pesar del tratamiento que será individualizado dependiendo siempre del alcance del tumor y de las condiciones de salud que tenga la paciente, esta debe hacerse revisiones periódicas. Debemos recordar que hasta un 20% de las mujeres que han sufrido este tipo de cáncer, vuelve a aparecer en sus vidas.

24.5 Bibliografía

- Rodríguez CSA, Capurso GM. Epidemiología del cáncer de mama. Ginecol Obstet Mex. 2016;74(11):585-593.

Capítulo 25

25 PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL POSTIMPLANTE DEL MARCAPASOS

JESUS GONZALEZ CORCOLES

MARIA GONZALEZ CORCOLES

SANDRA MATEO SÁNCHEZ

25.1 Introducción

El correcto funcionamiento del corazón implica un movimiento coordinado impulsado por la transmisión de estímulos eléctricos desde los centros de excitación y conducción. El corazón está formado por cuatro cámaras que de manera coordinada y sincrónica se contraen para promover la eyección de sangre al resto del cuerpo y los tejidos.

Se entiende por un ritmo cardíaco sinusal aquel que oscila entre las 60 y 100 latidos por minuto.

El concepto de diástole hace referencia al estado de contracción muscular del miocardio y la diástole a la relajación del mismo.

Cuando se produce una arritmia se traduce en la alteración del ritmo cardíaco, y esto puede clasificarse atendiendo a su velocidad y la duración de la arritmia en el tiempo. De esta manera comprendemos que una arritmia con un ritmo por debajo de 60 latidos por minuto es lenta, bradiarritmia y cuando está por encima de 100 latidos por minuto hablamos de taquiarritmia. Puede ser crónica o paroxística cuando su aparición es puntual.

Es también una arritmia la aparición de latidos extra, conocidos como extrasístoles.

El fallo desencadenante de la arritmia puede ser por tres motivos, fallo del mecanismo eléctrico que no genera el estímulo eléctrico, el impulso se genera en otro centro diferente a los nodos habituales o la conducción eléctrica del mismo no se da por el canal adecuado.

Por ello determinadas personas necesitan la implantación de dispositivos que controlen y estimulen la electricidad cardíaca, conocidos como marcapasos.

25.2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es dar a conocer a los profesionales de enfermería la importancia de saber identificar electrocardiográficamente las arritmias que pueda presentar el paciente, así como conocer el protocolo de actuación ante un paciente al que se le hace usuario de marcapasos.

25.3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha recurrido a una extensa revisión bibliográfica en las principales plataformas y bases científicas, entre las que están LILACS, CUIDEN, SCIELO, Pubmed, Google Académico y la consulta a los diversos protocolos de los hospitales de referencia en España que detallan los cuidados post quirúrgicos de un receptor de marcapasos.

25.4 Resultados

La patología cardíaca supone una de las principales problemas de salud de la población. Entre el 1.5% y el 5.5% de la población mayor de 50 años presenta arritmias, siendo entre ellas la más común la fibrilación auricular.

La arritmia tiene en la persona que la sufre una sintomatología entre la que se encuentran mareos, palpitaciones (percepción subjetiva de latidos fuertes y anormales que sensación de angustia), pérdida de consciencia por la disminución del flujo sanguíneo que recibe el cerebro y dolor torácico entre otros.

Estos síntomas limitan y alteran la vida diaria del enfermo, por lo que se recurre a la implantación de marcapasos para asistir al corazón en la producción de los estímulos eléctricos.

Los marcapasos identifican el ritmo cardíaco y son capaces de generar el impulso que corrija la arritmia. Suple las funciones de excitación y conducción. La batería del dispositivo tiene una duración de unos 6 años, por lo que debe ser tenido en cuenta para posteriores cambios.

La implantación del marcapasos se realiza con anestesia local y bajo sedación, para ello se hace un bolsillo subcutáneo subclavicular donde se aloja el marcapasos (pila) y a través de la vena subclavia (izquierda) se dirigen los electrodos hasta alojarlos en la aurícula y ventrículos derechos.

Por parte de los profesionales de enfermería es importante conocer el manejo del paciente, las complicaciones postoperatorias que puede presentar, entre las que están sangrado de la herida, hematoma en la piel y saco subcutáneo e infección de la herida quirúrgica.

Para descartar este problema de la infección mantendremos las medidas de asepsia estrictas y las curas de la herida se llevarán a cabo con antiséptico.

Electrodomésticos como el ordenador, microondas o lavadora no suponen ningún riesgo, siempre y cuando se encuentren en buen estado y cuenten con una toma de tierra. Sólo interfieren si se colocan directamente sobre el marcapasos. Para evitar problemas, los enchufes de los electrodomésticos deben tener toma de tierra y no se pondrán en funcionamiento encima del marcapasos. También se pueden utilizar radios, mantas eléctricas, afeitadoras eléctricas, etc.

- Telefonía: se recomienda usarlo del lado opuesto al corazón para evitar interferencias en el marcapasos a causa de las ondas electromagnéticas que emite, es decir, a 15 cm de distancia del lugar del implante del generador.

- Maquinaria: no se deben utilizar taladradoras, motosierras y maquinaria con grandes motores, ya que las vibraciones pueden confundir temporalmente el ritmo del marcapa-

sos.

- Depilación eléctrica: está contraindicado en zonas del cuello y tórax.
- Tomar el sol: con precaución sin exposición prolongada, debido a que puede recalentarse el metal que envuelve el generador y producir una quemadura interna.
- Se debe evitar manipular ni estar cerca de imanes ya que puede perjudicar el funcionamiento correcto del marcapasos, al igual que evitar fuentes de alta tensión o voltaje.
- Respecto a procedimientos médicos se evitará:
- Electrocauterio o bisturí eléctrico: producen inhibición de uno o varios latidos, inhibición total del marcapasos o fallo permanente del mismo. Cuando se vaya a utilizar este instrumento, en el preoperatorio hay que determinar si el paciente es dependiente del marcapasos o no. Si se utiliza cauterio monopolar hay que ubicar el electrodo de masa con suficiente pasta conductora en la extremidad inferior o lo más alejado posible del marcapasos, procurando no utilizarlo a una distancia menor de 15 cm de la zona del marcapasos, y de forma intermitente y con la menor energía posible.

25.5 Discusión

El control en postoperatorio inmediato del paciente con marcapasos resulta crucial, siendo el profesional de enfermería quien se encarga de monitorizar al paciente, midiendo presión arterial, pulso y saturación de oxígeno en sangre a través de la pulsioximetría.

El paciente debe permanecer en reposo absoluto las primeras 24 horas, con electrocardiografía continua en la que se evalúe el funcionamiento del marcapasos.

Si el postoperatorio transcurre sin alteraciones y tras haber realizado la radiografía de control, y si la indicación médica así lo aconseja procedemos a entregar el alta de enfermería y el alta médica.

En el alta de enfermería detallaremos las curas de la herida, la vigilancia de los signos de alarma como sangrado activo de la herida, drenaje de contenido seroso o purulento, termometría fiebre al menos durante la primera semana del implante.

No coger peso ni movilizar en exceso el miembro afín al lado de la inserción. Retomar la actividad de manera progresiva y realización de ejercicio.

La educación sanitaria en un paciente al que se le va a y/o acaba de implantar un marcapasos es primordial, para conseguir un autocuidado lo más eficiente posible y llevar una vida normal tras ello y así, poder desarrollar las actividades que venía realizando en su vida cotidiana. Los objetivos en esta etapa son mejorar la calidad de los cuidados antes, durante y después de la implantación, consiguiendo

que el paciente esté lo más tranquilo posible sabiendo al proceso al que va a ser sometido. Radiación terapéutica: puede desprogramar y provocar alteraciones de la detección y de la estimulación, por ello, se evitará la irradiación sobre el generador y, si no fuera posible, se cambiará el generador de lado. Durante cada sesión se protegerá de las radiaciones, y el generador se analizará después de cada sesión.

Resonancia magnética: produce alteraciones por sus campos magnéticos y de radiofrecuencia. No debe someterse a esta técnica a ningún paciente con marcapasos.

Litotricia: los marcapasos unicamerales pueden ser inhibidos temporalmente y los bicamerales pueden ser inhibidos o producir arritmias

25.6 Bibliografía

- Medtronic [Internet]. Madrid: España. 2020; [citado 2022 junio 30]. Disponible en: <https://www.medtronic.com/es-es/tu-salud/tratamientos-yterapias/bradicardia/vivircon.html>.
- Secardiología [Internet]. Madrid: España. Sociedad Española de Cardiología; 2021 [citado 2022 mayo 30]. Disponible en: <https://secardiologia.es/>.
- Pombo Jiménez M, Cano Pérez O, Chimeno García J, Bertomeu González V. Registro Español de Marcapasos. XVII Informe Oficial de la Sección de Estimulación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología (2019). Rev Esp Cardiol. 2020; 73(12):1038-1048.
- Martínez Ferrer, J. Guía del paciente portador de marcapasos. Gobierno de España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Sección de Estimulación Cardíaca y Sociedad Española de Cardiología; 2015.
- Gómez Navarro R, Carrasco Bonilla S. El paciente portador de marcapasos en la consulta de Atención Primaria. Elsevier. 2005; 31(8):365-369.
- González Rocafort A, Arreo V. Marcapasos. Tratamiento de las arritmias lentas o bradiarritmias. Cardiopatías Congénitas. [Consultado 31 enero 2021].

Capítulo 26

26 PRIMEROS AUXILIOS

DAVID ALBARRÁN MILLÁN

26.1 Introducción

Los primeros auxilios consiste en el conjunto de actuaciones y atenciones inmediatas que se le proporciona a una persona accidentada o enferma y que precisa ayuda en ese mismo lugar donde ocurre el acto. La persona es atendida hasta la llegada del personal sanitario para que la situación no empeore o por lo menos esté bajo control. Dependiendo de la manera que se actúe y del tiempo que ello conlleve dependerá favorablemente o todo lo contrario el estado y la evolución de la persona accidentada. El traslado al hospital o centro sanitario que corresponda será acompañado de profesionales que seguirán atendiendo al paciente velando por su salud.

26.2 Objetivos

Describir de forma esquemática aspectos básicos de los primeros auxilios: tipos de heridas y quemaduras, tipos de fracturas... así como pautas básicas de actuación en casos de primeros auxilios.

26.3 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 relacionados con el tema de estudio.

26.4 Resultados

Tipos de heridas según su profundidad:

Superficiales, solo afectan a la piel.

Profundas, traspasan el tejido celular.

Perforantes, atraviesan el cuerpo.

Penetrantes, alcanzan el interior de la cavidad corporal.

Como actuar en estos casos:

Valoración inicial de la persona y de la herida.

Lavarse las manos con agua y jabón.
Lavar la herida con agua limpia.
Eliminar cuerpos extraños.
Limpiar los residuos con una gasa estéril.
Desinfectar con solución antiséptica.
Derivar al médico para control de la infección.

Las hemorragias se clasifican en función del lugar de donde salga la sangre:
Externas, internas o exteriorizadas.
En función del vaso sanguíneo lesionado:
Arterial, venosa capilar.
Otras hemorragias más frecuentes son las nasales, melenas, a través de la tos o a través del vómito.

Las quemaduras son lesiones que afectan a la piel como consecuencia del calor, se clasifican en tres grados:
Primer grado: afecta a la epidermis.
Segundo grado: afecta a la dermis, las glándulas y folículos pilosos.
Tercer grado: capas profundas de la dermis.

El traumatismo es la agresión que sufre el organismo como consecuencia de la acción de agentes físicos o mecánicos.
Algunos tipos de fracturas:
Fisuras: grieta en el hueso.
Cerradas: el hueso rompe pero la piel no.
Abiertas: rotura del hueso y herida en la piel.

La ergonomía en la movilización de accidentados es la siguiente:
Sujetar de manera firme y con presión.
Mantener la espalda recta, doblar las rodillas.
Llevar la carga cerca del cuerpo.
Mantenerse equilibrado.

El botiquín es el recurso básico para la prestación en primeros auxilios.

26.5 Discusión

Tras la realización de esta revisión bibliográfica y como conclusión, destacamos que en caso de situaciones en las que se precisen primeros auxilios, debemos de tomar las decisiones y actuar correctamente para socorrer a la persona que lo necesita. Debemos de mantener la calma, evitar que la situación se agrave, crear una zona de seguridad. También debemos comprobar la consciencia de la persona auxiliada, llamarle por su nombre, si es preciso gritar para pedir ayuda , pellizcarlo. Si no hay ningún tipo de reacción entenderemos que se encuentra inconsciente.

Es recomendable asegurar la zona donde se produce el accidente, asegurar y minimizar riesgos.

26.6 Bibliografía

www.juntadeandalucia.es7averroes-29701428/salud/auxi.htm,
<https://cinfasalud.cinfa.com>, <http://www.insst.es>.

Capítulo 27

27 SEROLOGÍA EN LA HEPATITIS B

ANDREA MÉNDEZ PELÁEZ

27.1 Introducción

La hepatitis B es una enfermedad que afecta al hígado y está causada por el virus de la hepatitis B (VHB). Esta enfermedad se puede transmitir de una persona a otra por diversas vías: transmisión parenteral mediante pinchazos, cortes, uso de agujas contaminadas y estar contacto con sangre y otros fluidos biológicos contaminados, transmisión sexual o transmisión vertical (durante el embarazo hay contagio madre-hijo).

El VHB es un virus de ADN bicatenario. Su estructura está formada por un núcleo o core donde se encuentra el ADN y una cápsula formada por proteínas; además en ella se pueden encontrar diversos antígenos de interés diagnóstico.

En los laboratorios de microbiología se suelen detectar estos antígenos y los anticuerpos frente a ellos para valorar la infección, pudiendo determinar la fase en la que se encuentra así como la evolución del tratamiento administrado a los enfermos de hepatitis B. En caso de no tratar la enfermedad, esta puede dar lugar a insuficiencia hepática, cirrosis e incluso a carcinoma hepatocelular u otros tumores malignos del hígado.

27.2 Objetivos

- Describir los tipos de antígenos y anticuerpos que se detectan en la serología para el diagnóstico de la infección por el virus de la hepatitis B.

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

Para el diagnóstico serológico de la hepatitis B se necesita una muestra de sangre del paciente, de la cual se obtendrá el suero mediante centrifugación. Posteriormente, será este suero con el que se trabajará en el laboratorio de microbiología.

Los distintos marcadores serológicos que se evalúan en la hepatitis B pueden ser antígenos o anticuerpos:

- Antígeno de superficie (HBs Ag): se encuentra en la envoltura o cápsula de la partícula viral. Su detección en el suero indica que la persona está infectada por el VHB. Es detectable durante el periodo de incubación de la enfermedad, la fase aguda y la crónica. Desaparece entre los 3-6 meses y si se sigue detectando tras este tiempo, sería posible una infección crónica.
- Antígeno del core (HBc Ag): se encuentra rodeando el núcleo o core. No se puede detectar en el suero independientemente de que exista infección activa.
- Antígeno E (HBe Ag): la presencia de este antígeno indica que el virus se está replicando. Es detectable si el HBs Ag es positivo. Si se detecta pasados 2 meses desde la infección, se podría valorar la posibilidad de cronicidad.
- Anticuerpos anti-HBs: es el último que aparece e indica que se está recuperando de la infección. También es detectable en las personas que se han vacunado contra el VHB. Con el tiempo van disminuyendo progresivamente, reduciendo por tanto la inmunidad.
- Anticuerpos anti-HBc: es el primer anticuerpo que aparece en la infección por VHB. De este anticuerpo se pueden detectar IgM que indican infección reciente y suelen aparecer al mismo tiempo que la sintomatología e IgG que mantiene su positividad durante años.
- Anticuerpos anti-HBe: es detectable al poco de desaparecer el HBe Ag e indica ausencia de replicación viral. Suelen desaparecer con el tiempo pero si persisten podría ser por un estadio crónico.

27.5 Discusión

En todos los casos, y aunque no se sepan los resultados, se deben tratar las muestras de sangre y otros fluidos como potencialmente infecciosas. Además, se deben tomar una serie de precauciones como el lavado frecuente de manos, uso de guantes, bata, protección de mucosas y heridas por si se producen salpicaduras, etc. También es recomendable la vacunación, sobre todo en personal sanitario.

Para el diagnóstico final de infección aguda, crónica o infección pasada y recuperada, es necesario tener en cuenta los resultados de todas las determinaciones realizadas. No sirve con determinar solamente unos antígenos o unos anticuerpos, se deben valorar los resultados de todos en conjunto.

Como se ha mencionado en los resultados, la detección de anticuerpos anti-HBs permite valorar la inmunidad de las personas vacunadas. En caso de que esta se encuentre disminuida, sería necesario administrar una dosis de recuerdo de la vacuna para aumentar la cantidad de estos anticuerpos y que la persona siga protegida frente al virus.

Además de la serología, también se podría realizar el diagnóstico de hepatitis B detectando y cuantificando el ADN del VHB mediante técnicas de PCR.

27.6 Bibliografía

- Hepatitis B. Organización Mundial de la Salud. 2022. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>.

- Técnicas virológicas y virología clínica. En: González de Buitrago JM. Técnicas y métodos de laboratorio clínico. Editorial Elsevier Masson. 3ª Edición;2010;p.505-509.

Capítulo 28

28 ACCIDENTES IN ITINERE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SECTOR DE LA SALUD

TERESA RODRÍGUEZ VALLEDOR

28.1 Introducción

In Itinere significa "en el camino". Es un siniestro ocurrido al trabajador en el desplazamiento desde su domicilio hasta su lugar de trabajo o viceversa, pero existe una condición imprescindible del trabajador en este caso del auxiliar administrativo que no haya interrumpido el trayecto por causas ajenas al mismo.

La mayoría de estos accidentes son producidos por accidentes de tráfico.

Los trabajadores sanitarios y no sanitarios entre estos últimos los auxiliares administrativos tienen un alto riesgo de sufrir este tipo de accidentes, ya que la tensión continua, en muchos momentos de su trabajo les genera un estado psicofísico de fatiga, sueño, cansancio, por tal motivo es importante que los servicios de Evaluación de Riesgos implementen las medidas adecuadas

28.2 Objetivos

Dar a conocer el problema de los accidentes in itinere en el personal auxiliar administrativo del ámbito sanitario.

28.3 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.

28.4 Resultados

El art.15 de La Ley General de Seguridad Social indica que se consideran accidentes de trabajo a toda lesión corporal que el trabajador sufra al ir o volver de su trabajo, como consecuencia directa de la realización de un trabajo.

Para considerarse "In Itinere" deben darse 4 circunstancias:

- Teleológica: finalidad principal: ir a trabajar.

- Topográfica: se debe producir en el trayecto habitual al trabajo o viceversa.
- Cronológica: se debe producir en un tiempo prudencial sin desviaciones ni interrupciones que rompan el nexo causal.

- Idoneidad: debe utilizarse el medio de transporte habitual ya sea público o particular.

Este tipo de accidentes son un riesgo importante en los centros sanitarios y para todas y cada una de las categorías que realizan su trabajo en el centro y su forma de trabajo incluye el trabajo a turnos, nocturno, para así poder garantizar la atención continuada. Estos desplazamientos ocurren en determinados momentos en los cuales los trabajadores no están en las mejores condiciones psicofísicas. Así la carga laboral, el estrés, el horario, etc. junto con el trayecto son factores muy importantes que suponen mucho riesgo.

Para minimizar el riesgo se pueden establecer diferentes medidas:

- Desconectar el móvil.
- Salir de casa con la suficiente antelación.
- Usar cinturón de seguridad.
- Conducir relajado, no beber alcohol.
- Realizar maniobras con suficiente antelación, respetar señales.
- Ejecutar un plan de movilidad que posibilite desplazamientos de forma más segura analizando la plantilla teniendo en cuenta los horarios, lugares de residencia, etc.
- Planes de formación sobre seguridad vial.
- Flexibilidad de horarios en la entrada y salida para llegar de forma tranquila y no tener que apurarse ante imprevistos que les surgen.
- Reuniones fuera de primera y última hora.
- Establecer rutas de empresas de autobuses.
- Promover los desplazamientos a pie y el uso de transporte público.

28.5 Discusión

Los accidentes In Itinere son el tipo de accidentes olvidados por prevención de riesgos laborales a pesar de que existe un alto porcentaje de accidentes mortales y graves y suponen un gasto importante para la empresa.

Los trabajadores tanto sanitarios como no sanitarios están muy expuestos a sufrir este tipo de accidente por las diferentes circunstancias de su trabajo (la nocturnidad, trabajo a turnos, estrés, ansiedad, etc.).

Desde los servicios de prevención se podrían prevenir estos accidentes mediante distintos planes ya sean de movilidad, flexibilidad etc, para así reducir riesgos. Se deberían realizar planes de formación y una vigilancia y control de la norma por parte de la Administración.

28.6 Bibliografía

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

Capítulo 29

29 LA IMPORTANCIA DE LA INFORMÁTICA PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA LUISA HERRERO FERNANDEZ

29.1 Introducción

La informática es la ciencia que estudia y aplica técnicas para procesar, transmitir información y almacenarla en formato digital.

El uso de la informática es un proceso en continuo desarrollo y su uso es cada vez mas habitual y mas importante para gestionar la información de manera rápida y eficaz.

En los centros sanitarios la presencia de programas informáticos adaptados mejora notablemente la calidad en la asistencia.

En la sanidad tanto en la gestión como en la asistencia la informática ayuda a la creación y mantenimiento de bases de datos que sirven para la toma de decisiones y poder corregir errores.

29.2 Objetivos

Identificar algunas de las ventajas de la aplicación de la informática para el personal administrativo en el ámbito sanitario así como algunos inconvenientes.

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 de datos. Se han utilizado los siguientes descriptores: informática, personal administrativo, informática sanitaria, todos ellos relacionados con el tema a tratar.

29.4 Resultados

Con la aplicación de la informática en el ámbito sanitario es posible la ejecución de actividades cotidianas de manera rápida y eficaz, ya que pueden crearse, modificarse y utilizar bases de datos y programas informáticos que facilitan la labor de los profesionales.

Nombramos algunas de las ventajas de la informática aplicada por el personal administrativo en el ámbito sanitario:

- El personal encargado de gestionar los recursos administrativos tiene para ello programas informáticos de contabilidad, nóminas, gestión, facturación etc. que contribuyen a reducir los costes y a optimizar los resultados del sistema sanitario.
- Para la gestión de los pacientes hay programas con los que se puede tramitar su admisión, programar citas, realizar ingresos hospitalarios, planificar intervenciones quirúrgicas, etc.
identificación de los pacientes a través de la tarjeta sanitaria individual y acceso a la historia clínica de cada paciente.
- A través de un sistema informático se pueden dispensar en las farmacias los medicamentos prescritos por los facultativos en las recetas electrónicas.
- Se pueden gestionar citas previas en los centros de Salud con un programa específico para tener una atención personalizada o telefónica por el facultativo correspondiente.
- El personal administrativo para realizar su tarea diaria solo necesita utilizar los programas informáticos no tienen que depender de otras personas.

29.5 Discusión

El uso de la informática y su aplicación en el ámbito sanitario tiene un impacto altamente positivo en la calidad asistencial y en el desarrollo del trabajo diario del personal administrativo.

Aunque exige inicialmente un alto coste económico para implantar toda la tecnología necesaria es mayor el beneficio que se obtiene en cuanto a resultados, fiabilidad, seguridad y ahorro de tiempo en el desarrollo del trabajo por parte de los profesionales. También es necesario la formación del personal en el uso de estos programas informáticos para sacarles el mayor partido posible.

Es importante contar con profesionales informáticos que puedan solventar cualquier problema que pueda surgir en el día a día y que se ocupen del mantenimiento y las actualizaciones necesarias para el buen desarrollo del trabajo del personal administrativo.

29.6 Bibliografía

- 1.<https://concepto.de/informatica/>
- 2.<https://revista-portalesmedicos.cm/revista-medica/informatica-impacto-en-el-sistema-sanitario/>
- 3.<https://www.medwave.cl/enfoques/ensayo/5307.html>

Capítulo 30

30 CUIDADOS EN EL LAVADO VESICAL CONTINUO

ADÁN RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

VALENTINA NOGUERA PORRAS

DESIRÉE MEL GONZÁLEZ

30.1 Introducción

El lavado vesical continuo es una técnica utilizada en pacientes con hematuria por enfermedad urogenital congénita o tras procedimientos quirúrgicos. La hematuria es la presencia de sangre en la orina, que puede presentarse a cualquier nivel de las vías urinarias. La hematuria se caracteriza por color rojo, marrón, negro y , a veces, verde pálido. En cambio, en el caso de hematuria microscópica, la orina es clara o de color blanco lechoso y transparente.

El sondaje vesical es una técnica invasiva en la que se inserta un catéter en la vejiga para obtener una ruta de drenaje temporal o permanente.

El lavado vesical continuo tiene como objetivo conseguir y mantener la permeabilidad de la sonda vesical. Permite la expulsión de mucosidades, coágulos o fragmentos tisulares.

30.2 Objetivos

Exponer cómo se realiza y los cuidados del lavado vesical continuo.

30.3 Metodología

Para la realización 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 en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos con los contenidos relacionados expuestos a continuación.

30.4 Resultados

Para realizar el lavado vesical continuo se realiza a través del sondaje vesical. Los materiales necesarios para esta técnica incluyen un catéter de Foley de 3 vías, paño estéril, gasa, jeringa de 10 ml de solución salina o agua destilada, lubricante, guantes estériles, paño estéril, solución de irrigación con solución salina al 0,9 % de 3000 ml, bolsa de orina hermética, equipo de irrigación estéril. Cabe señalar que esta técnica es estéril, por lo

que la zona a sondear debe lavarse con agua y jabón y luego desinfectarse con alcohol o clorhexidina.

Las sondas de tres vías tienen tres luces. Una para inflar el globo y evitar que el catéter se salga, otra para drenar la orina y otra luz en la que se conecta al sistema de irrigación y asegura una irrigación continua de la vejiga.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se encargará de asistir a la enfermera en la colocación del sondaje, colocando al paciente en decúbito supino y si el paciente es mujer se le indicará que flexione las rodillas y separe un poco las piernas.

A continuación, procederá a lavar la zona genital con clorhexidina y colocará el campo estéril con los materiales necesarios para asistir a la enfermera.

La irrigación se regulará dependiendo del estado de la orina del paciente. Siendo así, que cuanto más transparente sea la orina más despacio caerá la solución a la vejiga. Y cuanto más hematuria veamos más rápido se aplicará la solución.

El TCAE se encargará de realizar un balance de entrada del suero fisiológico y la salida de orina. Estando atento en todo momento que sea la misma cantidad tanto de uno como de otro e informar si lo que sale es menor a lo que entra puesto que puede haber un tapón. Se procederá a lavado manual del cual se encargará la enfermera. Esto se realizará hasta que el urólogo decida.

30.5 Discusión

El TCAE no solo realiza labores asistenciales sino que es parte importante del proceso ya que su labor es vigilar el aspecto y el color de la orina, el vaciado y el apunte del balance hídrico. También deberá detectar precozmente la posibilidad de la existencia de una tapón en la sonda vesical o cualquier tramos del circuito de irrigación vesical, o incluso pérdidas o fugas en el circuito. Evitando así futuras complicaciones al buscar soluciones eficaces y rápidas ya que esto ayuda a que el paciente tenga una pronta recuperación sin grandes consecuencias y en el caso de que el paciente sea terminal evitaremos añadirle más problemas de salud.

30.6 Bibliografía

- <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/sondaje-vesical>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003981.htm>
- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922022000200161&lang=es

Capítulo 31

31 REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA ESCOLIOSIS IDEOPÁTICA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANA ISABEL FERNÁNDEZ RUIZ

SILVIA MARÍA HENCHE PEREZ

JESSICA SIERRA SANCHEZ

MONICA MARTÍNEZ SANCHEZ

MARÍA CONCEPCIÓN PÉREZ GARCÍA

31.1 Introducción

La escoliosis está catalogada como la deformidad del esqueleto axial en un plano que es anteroposterior. Puede incluir una deformidad en tres dimensiones con la rotación de las vértebras y que puede ir acompañada de distintas alteraciones también en el plano sagital. Para que se pueda considerar una escoliosis se debe de tener más de 10 grados de angulación.

Se puede definir como idiopática cuando ya se han descartado otras causas de carácter congénito, tumoral o infeccioso, entre otros. El término idiopático es un término que no es correcto, los últimos estudios hacen indicar que esta entidad idiopática en el adolescente es una patología poligénica que tiene varios patrones de herencia. Los marcadores que son genéticos se pueden identificar con estar relacionados entre sí y suponer así un riesgo mayor en la progresión de una curva para llegar al nivel de gravedad en el que pueda precisar la cirugía.

31.2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar mediante una revisión sistemática la escoliosis

31.3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la exhaustiva investigación 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.

31.4 Resultados

Los marcadores genéticos se han validados en niñas y niños de raza caucásica, pero hasta el momento no se han confirmado en los asiáticos ni en los afroamericanos. Se puede proporcionar una base para hacer un cálculo del riesgo de la progresión de la escoliosis, para permitir personalizar las distintas decisiones terapéuticas.

La prevalencia que tiene la escoliosis idiopática se tiende a aproximar al 2% de la población, y tiene una frecuencia que es cinco veces mayor en las niñas que en los varones.

Se considera un correcto conocimiento de la patología no solo cuando se consigue reducir los costes económicos del diagnóstico y también del tratamiento sino también, y considerando lo más importante, la sobreexposición a los rayos, en muchos casos se considera innecesaria. Se puede relacionar con un aumento en la incidencia de cáncer de mama en las con escoliosis.

La escoliosis idiopática se puede clasificar por la edad en la que esta aparece, siendo catalogada de infantil cuando aparece desde el nacimiento hasta los cuatro años, se denomina juvenil cuando aparece a partir de los cuatro años hasta el inicio de la pubertad, y el último periodo cuando aparece en la adolescencia, después de los diez años.

La escoliosis infantil está considerada como una enfermedad rara, tiene un porcentaje del 0,5 al 3% de las escoliosis, la que se denomina infantil del 5 al 12% y la del adolescente, siendo la más frecuente, con el resto de los casos.

31.5 Discusión

En las últimas décadas se ha valorado distintas causas como posible origen de la escoliosis idiopática, se ha tenido consideración con distintas alteraciones en el crecimiento, como alteraciones discales, del sistema nervioso central, hasta se han estudiado anomalías en el tejido conectivo y varios desequilibrios musculares. Pero hasta el momento no se ha confirmado ninguna de estas teorías.

En los últimos 10 años ha tomado fuerza la teoría de la genética, con una herencia poligénica. En los últimos trabajos en los que se han analizado más de 200 marcadores de carácter genético que invitan a los investigadores a seguir estudiando este tipo de vía.

31.6 Bibliografía

Añón, I. M., Huarte, V. Í., Vázquez, P. F., & Chenoll, G. G. (2021). Papel de la fisioterapia y el deporte en la escoliosis idiopática. *Rehabilitación*, 35(2), 107-113.

por Imágenes, C. D. D., Gentile, L. F., de Ortopedia, S. A., & Infantil, T. (2016). Consenso de escoliosis idiopática del adolescente. *Arch Argent Pediatr*, 114(6), 585-594.

Capítulo 32

32 RECOMENDACIONES PARA LA RELACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON EL PACIENTE CONFLICTIVO

TERESA RODRÍGUEZ VALLEDOR

32.1 Introducción

En los centros sanitarios se producen diariamente situaciones violentas y conflictivas entre los pacientes y el personal sanitario y no sanitario.

Según la Organización Mundial de la Salud define la violencia como " el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo contra uno mismo, otra persona o grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones".

El auxiliar administrativo está en primera línea de atención al paciente ve situaciones de pacientes irritados, agresivos a veces generada en el propio centro y otras se generan por la enfermedad, el tipo de prueba que tienen que realizar etc.

Se debería realizar una comunicación eficaz para evitar situaciones conflictivas. Habrá que identificar al paciente para adaptar la conducta y evitar conflictos.

32.2 Objetivos

Exponer recomendaciones para el auxiliar administrativo en cuanto a la relación con el paciente conflictivo.

32.3 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.

32.4 Resultados

Se deberá detectar el tipo de paciente según el lenguaje verbal: tono alto e inapropiado, insultos, agresividad, trato con el personal poco razonable y con el lenguaje no verbal: tensión muscular, cambio de posturas rápido, destrucción de objetos.

Los pacientes pueden estar agresivos: suelen comportarse amenazando verbalmente la

mayoría de las veces estar enfadados: debido a las largas esperas en la consulta médica, también cuando llaman al teléfono y no das la cita lo más rápido posible en el tiempo; los pacientes manipulados son los que para conseguir el llanto, o la amenaza.

Tenemos que tener en cuenta que cuando un paciente presenta un comportamiento agresivo debemos:

- Mantener el equilibrio emocional para no caer en provocaciones.
- Hablar con un tono amable y evitando la indiferencia.
- Usar la empatía para entender que su comportamiento agresivo puede ser debido a su malestar, enfermedad, tener que estar mucho tiempo en la sala de espera.
- Mantener criterios firmes y accesibles para el paciente, evitando arrogancia o un mal uso de la autoridad.

Si el paciente ejerce una violencia sobre el personal administrativo u otro tipo de personal tanto sanitario como no sanitario se debe:

- Finalizar con la comunicación.
- Utilizar alarma si existe.
- Pedir ayuda al resto de compañeros
- Pedir intervención a los cuerpos de seguridad del estado.
- Una vez terminada la situación de agresión se notificará inmediatamente el hecho al responsable del centro, quien valorara los hechos accederá al centro, en caso de estar ausente, atenderá al profesional telefónicamente.
- Tramitar la denuncia correspondiente.

32.5 Discusión

Se debe identificar la situación para poder intervenir de la forma más adecuada. Se debe emplear la empatía, la escucha activa, controlando las emociones de la mejor forma posible.

Según la Ley Prevención de Riesgos Laborales art. 19 "Formación de los Trabajadores la obligación del empresario de garantizar que los trabajadores recibirán una formación teórica y práctica, suficiente y adecuada..." centrada específicamente en su puesto de trabajo". Según este artículo habrá que formar a los trabajadores en cuanto a habilidades comunicativas, información a usuarios y técnicas de afrontamientos directo frente a cualquier situación conflictiva.

32.6 Bibliografía

1. FYSA. Formación y Sanidad CCOO. Agresiones en centros sanitarios. Planes de actuación(2011).
- 2.Sardiñas López Gc. Estrategias para el manejo del paciente difícil. Portales medicos 2012.
3. Organización Internacional del Trabajo (OIT), Consejo internacional de enfermeras (CIE), Organización Mundial de la Salud (OMS), Internacional de Servicios Públicos (ISP). Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud.Ginebra: 2002

Capítulo 33

33 REALIZACIÓN DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

MARIA SANCHEZ LATORRE

VIOLETA HIDALGO OLIVER

SOFIA MIRAVETE ARRUFAT

TOMAS PUNTER SERRANO

33.1 Introducción

En este caso clínico se va a explicar el procedimiento de transfusión sanguínea. Una transfusión es un procedimiento médico, en el cual se recibe sangre de donada de otra persona, del mismo grupo sanguíneo, la cual se introduce por vía venosa. El objetivo de la transfusión es mantener o aumentar el transporte de oxígeno a los tejidos, normalizar trastornos de la coagulación y corregir una hemorragia.

33.2 Objetivos

Describir un caso clínico de paciente que necesita una transfusión sanguínea.

33.3 Caso clínico

Paciente de 80 años que acude al servicio de urgencias derivado por su MAP (Médico de Atención Primaria), tras haberse realizado esa misma mañana una analítica de sangre por encontrarse durante una temporada con debilidad generalizada. Su Médico de Atención Primaria le ha llamado por teléfono de manera urgente, para realizar una transfusión sanguínea, por tener una hemoglobina de 6.5. El motivo de consulta en el servicio de urgencias es "REVISIÓN DE PRUEBAS DE IMAGEN, LABORATORIO... Tras haber pasado por el triaje y adjudicarle un Nivel III, la paciente permanece en la sala de espera a ser llamada.

Cuando la paciente es asignada en un BOX de urgencias y es atendida por el médico adjunto de urgencias se procede a la realización de analítica de sangre completa (bioquímica, hemograma, coagulación y gasometría venosa). También se procede a la extracción de pruebas cruzadas.

El proceso de la extracción de las pruebas cruzadas en un paciente es el siguiente:

1. Realizar la extracción de sangre con el tubo de hemograma (edta)y rojo rotulando en la pulsera y en las etiquetas de los tubos el nombre y los apellidos del paciente, número de historia clínica y el enfermero que ha realizado la extracción.

2. Cada pulsera lleva un número asignado y a su vez lleva las pegatinas identificativas de los tubos y unas pegatinas que tienen que ir grapadas en la solicitud que aporta el médico de urgencias.

3. Se coloca la pulsera al paciente cuando esté rellena por el enfermero responsable.

4. Se registrará a través de la PDA HemoCod(dispositivo que conecta a través de la red wiFi el servicio de urgencias con el banco de sangre). Este aparato tiene tres opciones (extracción de la muestra de sangre, inicio de transfusión sanguínea y finalización de extracción sanguínea). La opción que se marcará será la de extracción de la muestra de sangre, en esta opción pedirá el D.N.I del profesional que ha realizado la técnica de extracción de la muestra.

A continuación, la PDA pedirá el número de historia clínica, el código de barras del número de petición de la muestra, el código de barras de la muestra (tubos) y el código de barras de la pulsera identificativa.

5. Se cursará la muestra junto con el volante. El celador se encarga de llevarlo al Banco de Sangre.

33.4 Discusión-Conclusión

En los casos como el descrito, normalmente en 45 minutos/1 hora las muestras están cruzadas y se procede a la preparación de la BPC (Bomba de Perfusión Continua) , y ya se puede proceder a la administración del hemoderivado. La BPC se programará a pasar en hora y media, el hemoderivado no puede estar más de 3 horas fuera de la nevera. Al finalizar la transfusión sanguínea se registrarán las constantes vitales y se volverá a verificar finalización de la bolsa de sangre a través de la PDA.

Es importante revisar las órdenes médicas para confirmar la transfusión y confirmar si hay que administrar alguna premedicación.

Antes de la administración de la bolsa de sangre hay que verificar que el número de seguridad de la bolsa coincida con el número de seguridad de la pulsera que lleva el paciente, compatibilidad y se verifica a través de la PDA.

Se toman antes de la administración del concentrado las constantes vitales al paciente (TA, FC.) y temperatura.

También es importante explicar al paciente los signos de alarma de la reacción transfusional (reacción cutánea, escalofríos, fiebre, taquicardia, inicio de disnea, taquipnea, dolor torácico etc.).

Capítulo 34

34 REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA DIARREA CRÓNICA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANA ISABEL FERNÁNDEZ RUIZ

MARÍA CONCEPCIÓN PÉREZ GARCÍA

SILVIA MARÍA HENCHE PEREZ

MONICA MARTÍNEZ SANCHEZ

JESSICA SIERRA SANCHEZ

34.1 Introducción

Haciendo un cálculo de la población de nuestro país, se calcula que de forma aproximada el 7% tiene diarrea en forma crónica y de estos más del 40% son mayores de 70 años. Esta prevalencia es similar al del resto de países de la Unión Europea.

Son muchas las causas que ocasionan una diarrea crónica y por consiguiente se hace obligatorio para llegar a un diagnóstico la realización de muchas pruebas hasta que este se convierta en definitivo. El profesional de la medicina se enfrenta con asiduidad a una necesidad de tener que decidir cuál son los enfoques diagnósticos de los pacientes y tener que elegir entre varias de las pruebas diagnósticas que existen en la actualidad en el sistema de salud pública.

34.2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es informar sobre la diarrea crónica mediante una revisión sistemática

34.3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la exhaustiva investigación 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.

34.4 Resultados

Se considera que un número importante de enfermos no se le realiza un diagnóstico de forma definitiva y se puede clasificar a los enfermos en individuos que sufren de diarrea funcional o de carácter idiopático, se puede decir que cada vez es más frecuente que se pueda tener en cuenta un diagnóstico como síndrome de intestino irritable con un predominio diarrea.

El concepto que se tiene diarrea crónica ha oscilado bastante en las dos últimas décadas mantiene las características de un diagnóstico que ya estaba establecido y que se considera el estándar para poder realizar un diagnóstico, de esta forma se puede definir como una presencia de las deposiciones blandas o líquidas, estas condiciones se tienen mantener que mantener en el tiempo al menos durante un mes.

Al tratarse de una patología en su forma crónica con distintos episodios en los que el paciente tiene recaídas, no nos puede sorprender que en busca de un diagnóstico definitivo, a lo largo del camino se realicen otros diagnósticos, sobre todo el que tiene que ver con el del colon irritable.

En los resultados de los estudios se encuentra un periplo de consultas y de distintas pruebas de varios especialistas que no llegan a un diagnóstico de diarrea crónica, aún con este diagnóstico se le considera más que un diagnóstico final un síntoma de otra patología, esto puede ser certero por ser causa de varias enfermedades del aparato digestivo, aunque en algunas ocasiones, este es el diagnóstico final.

34.5 Discusión

Se considera como recomendación y vital importancia la realización de una anamnesis de forma detallada, hacer un examen físico bastante minucioso y la aplicación de forma adecuada, sistemática y también algorítmica las distintas pruebas de diagnóstico que nos puedan permitir hacer una aproximación de forma precisa para con certeza poder afirmar la causa de esta condición por sí sola. Se necesita la realización de más estudios para determinar la diarrea crónica como una entidad por si sola separandola del resto de enfermedades del aparato digestivo, para lo cual se necesita definir los signos y los síntomas de forma precisa.

34.6 Bibliografía

1. Sáenz-Fuenzalida, R., Riquelme-Pérez, A., Díaz-Piga, L. A., García-Rocha, X., Fuentes-López, E., Arnold-Álvarez, J., ... & Jover-Martínez, R. (2022). El desafío de cuantificar la calidad de la colonoscopia de tamizaje: el desarrollo y las propiedades psicométricas de la Escala de Calidad en Colonoscopia. *Revista de Gastroenterología de México*, 87(3), 297-304.

Capítulo 35

35 REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL HELICOBACTER PYLORI POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANA ISABEL FERNÁNDEZ RUIZ

MARÍA CONCEPCIÓN PÉREZ GARCÍA

MONICA MARTÍNEZ SANCHEZ

SILVIA MARÍA HENCHE PEREZ

JESSICA SIERRA SANCHEZ

35.1 Introducción

La bacteria *Helicobacter pylori* es una bacteria que se encuentra en el estómago, infecta de forma aproximada a la mitad de la población de España, y puede producir enfermedades como la dispepsia, úlceras gástricas y en el duodeno y también cáncer gástrico, considerándose éstas las indicaciones para poner un tratamiento. Hay varios métodos de diagnósticos que son invasivos como la gastroscopia en las que se analizan muestras de histología, hay también otros métodos que no son invasivos, estos son test de urea que se realizan en aire espirado o la detección de antígenos en heces. De cualquier modo la detección de la enfermedad es primordial para realizar el tratamiento cuanto antes.

35.2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es la de informar sobre la bacteria *Helicobacter Pylori*.

35.3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica con la exhaustiva investigación 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.

35.4 Resultados

El tratamiento para esta bacteria se basa en tratarla con inhibidores de la bomba de protones que se asocian a varios antibióticos, se deben de tomar de 7 a 14 días. la elevada resistencia de las bacterias en los últimos años se ha conducido a un gran cambio de forma constante en aquellas recomendaciones terapéuticas que se hacen por parte de los comités de expertos para que se puedan mantener cifras que sean aceptables en la eficacia e incluso que se puedan mejorar. En España casi no se han realizado estudios recientes sobre la eficacia y la resistencia bacteriana, entonces el conocimiento de éstos en un nivel estatal se remite a los datos de la Unión europea y a los globales en general por el ministerio de salud pública.

El manejo de la infección por la bacteria se torna heterogéneo entre los distintos centros, y en algunas ocasiones se discrepa con las distintas recomendaciones que hay de las sociedades científicas que estudian este tema. Hasta ahora, la mayor eficacia que se ha encontrado en las muestras se ha logrado con ICAM y con IPylora®, lo que ha sido confirmado por las farmacéuticas como de alta eficacia en un medio controlado. Hace años se utilizaba una terapia triple antibióticos con probióticos y demás medicación por separado inutilizando unos los otros y no comprobando su eficacia correcta. El unir los medicamentos en uno solo, ha sido un gran acierto para los enfermos por el buen resultado y para los especialistas que han encontrado una solución.

35.5 Discusión

Hasta el momento actual, el tratamiento de la triple terapia que contiene levofloxacin es el que se ha considerado sido menos eficaz en los mayores de 60 años por lo que se hace desaconsejado su uso en este grupo etario de pacientes, por lo menos en la primera y en la segunda línea de tratamiento. Se debería prescribir la medicación siguiendo las distintas recomendaciones que se encuentran en las guías en cuanto a fármacos y a su duración para poder obtener una mayor eficacia. La resistencia a este tipo de bacterias en la forma antibiótica ha aumentado en los últimos años considerablemente por lo que hay que aumentar la eficacia de la farmacología.

35.6 Bibliografía

1. Kusters JG, van Vliet AHM, Kuipers EJ. Pathogenesis of Helicobacter pylori Infection. Clin Microbiol Rev. 2006;19(3):449-90.
2. Correa P, Haenszel W, Cuello C, Tannenbaum S, Archer M. A model for gastric cancer epidemiology. Lancet. 1975;2(7924):58-60.

Capítulo 36

36 ENFERMERÍA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE PSORIASIS EN GOTAS

SANDRA MARTIN CARRERO

CARLOS JIMÉNEZ PÉREZ

BEATRIZ HERNÁNDEZ NAVAS

SERGIO PASTOR GALAN

PIEDAD MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

36.1 Introducción

La psoriasis está considerada una enfermedad de carácter inflamatoria y crónica que se representa en la dermatosis papuloescamosa y lo más frecuente en su aparición es la edad etaria pediátrica. Se la asocia con muchas comorbilidades sistémicas, no solamente que tengan un carácter cutáneo o que precisen de un diagnóstico precoz en la población de la niñez y la adolescencia, esto es para poder evitar daños que se originen en otros órganos y sistemas, porque muchos de ellos tienen un carácter irreversible. Entre las opciones de tratamiento que existen en la actualidad, hay fármacos, bien de uso tópico como sistémico y, en los últimos años con el desarrollo de nuevos medicamentos biológicos y de la experiencia que se muestra entre los niños, cada vez se dispone de un mejor manejo de esta enfermedad que cuando se produce en gotas tiene un impacto para el niño y la familia físicamente.

36.2 Objetivos

Mostrar a través de un caso clínico la psoriasis que se produce en gotas.

36.3 Caso clínico

Ana tiene 8 años se ha levantado esta mañana con unos granos que parecen postulas por los brazos y en el pecho, su madre lo lleva al pediatra pensando que es varicela, las lesiones son similares pero estas se han extendido en diámetro y grosor, se le cura las lesiones y se le receta una espuma vía tópica que debe de aplicarse mañana y tarde, a la tarde el niño ha aumentado las lesiones y a la mañana siguiente al levantarse, tiene todo el cuerpo exceptuando las palmas de las manos, las plantas de los pies, el rostro y

el cuero cabelludo.

Las lesiones se forman de unos 2 cm aproximadamente y producen picor que no deja descansar a paciente, su madre acude con él a urgencias porque las lesiones se han multiplicado aunque las primeras parecen que están remitiendo, producen un intenso picor. El pediatra de urgencia decide ingresar al niño por tranquilidad de los padres y para aplicarle el tratamiento vía intravenosa con muy buenos resultados. El niño recibe el alta a su domicilio a los cuatro días con un tratamiento oral para continuar durante un mes. A los dos meses deberá volver a tratar con láser la marca de las lesiones.

36.4 Discusión-Conclusión

La psoriasis en gotas tiene un tratamiento de láser posterior a la resolución de las lesiones, este tratamiento es muy recomendable y se basa en la aplicación de rayos UV para igualar la despigmentación que se ha generado en el cuerpo por las lesiones.

36.5 Bibliografía

1. Trondina, D., Delclós, G. B., & Fernández, P. M. (2020). Psoriasis en gotas vs. herpes zóster. *Atención Primaria*, 52(9), 651.

Capítulo 37

37 ENFERMERÍA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

SANDRA MARTIN CARRERO

PIEDAD MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

CARLOS JIMÉNEZ PÉREZ

SERGIO PASTOR GALAN

BEATRIZ HERNÁNDEZ NAVAS

37.1 Introducción

El virus VIH tiene una afectación que se extiende a nivel mundial y tiene una mayor incidencia en aquellos países que se encuentran en vías de desarrollo. Los esfuerzos de la comunidad internacional se centran en mejorar las condiciones y la calidad de vida de los enfermos por esta causa y sirve para controlar la aparición de nuevos casos. No obstante, aun no ha sido posible el erradicar la patología pero ya en la actualidad se encuentra con un tratamiento que permite al enfermo mantener la vida en condiciones de salud buenas. Existe todavía entre la población enferma una necesidad de contar con distintas opciones de medicamentos que sean más seguros. El inicio de esta enfermedad apuntó a muertes lentas y dolorosas, nada más lejos de hoy en día que es factible la vida con una calidad igualable a no tener la enfermedad.

37.2 Objetivos

Exponer un caso clínico de detección del virus VIH en mujer embarazada.

37.3 Caso clínico

Virginia tiene 32 años, cuenta con una gestación de 8 semanas, no tiene pareja estable pero ha decidido seguir adelante ella sola con el embarazo, en los primeros análisis se muestra indicios que no parecen concluyentes, por lo que se cita a Virginia para volver a repetir analítica de enfermedades de transmisión sexual, siendo esta positiva en el virus del VIH. Este virus hasta el momento permanece silente en la paciente, se continúa con el embarazo poniendo un tratamiento conservador a la gestante, se programa una cesárea para que no haya contaminación vertical, un peso de 2300 gramos, y los análisis iniciales

la niña está perfectamente sana y no tiene el virus. Se insta a la paciente a no darle el pecho a la niña para evitar la transmisión y se le da el alta del proceso de la gestación con las recomendaciones oportunas para el pediatra y el ginecólogo que sigan a las dos a partir del nacimiento en revisiones continuas.

37.4 Discusión-Conclusión

A pesar del tratamiento que palia la enfermedad y permite una mejora que hace décadas no se tenía en la sociedad. El único medio de evitar la transmisión de la enfermedad son las barreras para los fluidos corporales.

37.5 Bibliografía

1. Cordero, R. B. (2018). Patogénesis del VIH/SIDA. Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, 7(5), 28-46.

Capítulo 38

38 ENFERMERÍA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE NEUMONÍA EN EDAD INFANTIL

SANDRA MARTIN CARRERO

PIEDAD MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

SERGIO PASTOR GALAN

BEATRIZ HERNÁNDEZ NAVAS

CARLOS JIMÉNEZ PÉREZ

38.1 Introducción

La OMS en un comunicado que se ha publicado recientemente, ha manifestado que la neumonía es responsable de un 10% de las muertes que se producen en el mundo en niños menores de 5 años. El año pasado produjo el fallecimiento de 1000000 por esta entidad.

Se consideran que pueden generar graves Infecciones como sepsis, la meningitis bacteriana y la neumonía se provocan en el organismo por la forma tan invasiva que tiene el virus *Streptococcus pneumoniae*. Este agente puede continuar siendo una principal causa de morbilidad de forma especial en los niños que tienen menos de 5 años y es considerada la etiología de las más importantes de la neumonía adquirida en comunidad durante estas edades cortas. Los síntomas para la edad pediátrica es la misma que para el adulto.

38.2 Objetivos

Describir un caso clínico de neumonía en edad infantil.

38.3 Caso clínico

Manolin tiene 4 años y acude a los servicios de urgencia del hospital de referencia porque el niño dice que le cuesta respirar, ha tenido fiebre hace dos semanas fruto de una gripe y ha sido tratado con mucolíticos, parecía haber remitido la enfermedad aunque al niño le había quedado tos, la madre se ha asustado cuando este ha referenciado que le costaba respirar y lo ha llevado a urgencias.

En triaje se observa las constantes del niño alteradas, tiene la tensión arterial baja, fiebre

de 38 grados y la pulsometría a un 93%, por lo que necesita de gafas nasales en espera de una gasometría arterial, analítica completa y placa de tórax. Todas estas pruebas nos llevan a un diagnóstico por neumonía bilateral. El pediatra decide ingresar a Manolín en la planta de pediatría para observar su evolución y por la necesidad que tiene de administración de oxígeno que esta se prolonga durante dos días. Por vía intravenosa responde el niño muy bien a los retrovirales y pasando 11 días vuelve a su casa con los pulmones totalmente recuperados de la infección, aunque necesitará de revisiones y de una incorporación a la vida diaria de forma progresiva.

38.4 Discusión-Conclusión

La neumonía en periodos invernales se confunde a priori con gripes y catarros propios de la etapa escolar, hay que vigilar muy bien a los niños en esta época sobre todo el nivel de saturación de oxígeno y que las gripes y catarros remitan completamente.

38.5 Bibliografía

1. Gavilanes Torres, A. A., Ramírez Moran, L., & Paz Sánchez, C. E. (2022). Validación del instrumento para medir los factores ambientales asociados a neumonía en niños menores de 5 años. *Más Vita*, 227-243.

Capítulo 39

39 MEJORA EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y EL ÁMBITO SANITARIO

MARISA BLANCO PADRÓ

39.1 Introducción

En la Constitución Española en el artículo cuarenta en su apartado número dos nos dice que los poderes públicos tienen que velar por la seguridad y la higiene en el trabajo. Con la publicación en 2015 de la Ley de prevención de riesgos laborales hacemos efectiva la orden emanada de la Constitución . Esto supone un gran avance para la mejora de las condiciones de trabajo en el ámbito sanitario y con ello disminuir las posibilidades de riesgos de accidentes y enfermedades profesionales. Supone involucrar tanto a los dirigentes de las instituciones como a los profesionales que trabajan en la misma, para lograr el objetivo.

39.2 Objetivos

Resaltar la importancia de la mejora en la prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario para lograr una disminución de los accidentes laborales y enfermedades profesionales.

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 hace un estudio exhaustivo de La ley de prevención de riesgos laborales como norma general a aplicar y las adaptaciones al sector sanitario que son específicas.

39.4 Resultados

Para realizar un correcto trabajo, primero tendremos que estudiar los conceptos de salud laboral y las condiciones de trabajo en los hospitales. Se entiende como salud laboral, la disminución todo lo posible de los factores de riesgo en cada puesto de trabajo. La legislación obliga al empresario a ser el responsable de la prevención de riesgos laborales, en nuestro caso la dirección hospitalaria será la máxima responsable de la protección de los trabajadores sanitarios y no sanitarios que desempeñen su trabajo dentro del hospital.

Se ha de adaptar la norma general a cada puesto de trabajo que hay en el ámbito sanitario para con ello lograr los objetivos marcados por la ley. También el trabajador tiene el deber de colaborar junto con el empresario en la disminución de este riesgo , como ejemplo no quitando la protección en las máquinas, o utilizando todos los medios que el empresario ponga a su disposición para eliminar o disminuir al máximo el peligro. Todo ello tenemos que aplicarlo como medidas preventivas, antes de que ocurra el riesgo. En la Ley de Prevención de riesgos viene especificado el derecho que tienen los trabajadores a la información y formación en materia de prevención. La formación es dar al trabajador una serie de pautas y datos a la hora de realizar su trabajo para que los tenga en cuenta y con ello evitar cualquier riesgo. La formación que hay que dar al trabajador capacita al mismo para desempeñar su trabajo sin riesgos. Como parte fundamental , nos indica la ley que el trabajador tiene el derecho a formar parte de las decisiones que tome la empresa en la faceta de la prevención.

39.5 Discusión

Utilizando una correcta política de prevención de riesgos laborales seremos capaces de adelantarnos a posibles accidentes o enfermedades profesionales que ocurran en un futuro. Con lo cual el empresario si da la información y formación correcta al trabajador y este lo aplica en su puesto de trabajo, podremos minimizar lo máximo posible los riesgos en el trabajo. Como principal responsable de garantizar la seguridad de los trabajadores es el empresario (dirigentes de los centros hospitalarios), aunque también se pueden pedir responsabilidades a los demás componentes de la empresa (los trabajadores de las distintas categorías hospitalarias).

Capítulo 40

40 EL TRASTORNO BIPOLAR POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA

BEATRIZ BENITEZ CIANCA

MARÍA TERESA LEON JIMENEZ

ANA BELÉN MUÑOZ SERENO

LORENA BONILLA FRAILE

40.1 Introducción

El trastorno bipolar está considerado un trastorno con carácter crónico y recurrente, está caracterizado por sufrir fluctuaciones patológicas en el estado del ánimo. Esta enfermedad tiene varias fases en las que se incluyen episodios hipomaniacos, maniacos y depresivos que se van alternando sin seguir un orden preciso. Estos episodios que se suceden interfieren sustancialmente en la vida diaria del enfermo y del entorno más cercano, tienen una importante repercusión en la salud y en la calidad de vida. Los distintos profesionales de la salud enfatizan en diagnosticar esta patología de forma temprana para poder controlar los episodios de manía lo antes posible y que el paciente normalice su vida. Esta enfermedad mediante tratamiento farmacológico adecuado y estructurado con terapia asistida es una enfermedad en la que se pueden controlar los brotes y el paciente puede estabilizar sus cambios de humor.

40.2 Objetivos

Mostrar información sobre el trastorno bipolar mediante la exposición de un caso clínico de esta psicopatología.

40.3 Caso clínico

A la consulta de infanto-juvenil del hospital Universitario de Málaga acude Sara acompañada de su madre, tiene 12 años, aparentemente ha tenido un desarrollo normal según su historia clínica, su desarrollo cognitivo también ha entrado dentro de la normalidad, su madre la trae a consulta porque cree que algo la ha pasado en la cabeza y no sabe el qué. La niña siempre ha tenido cambios de humor muy bruscos que se han alargado

en el tiempo, pero no han sido muy extremos por lo que al ser hija única y separarse los padres cuando ella era muy chiquitita, estos han achacado la personalidad y el comportamiento a las circunstancias, los estados de ánimo según cuenta la madre la vienen durando aproximadamente unos dos meses en los que o está muy contenta, hace los deberes del cole y se encuentra muy participativa tanto en las tareas escolares como familiares, de ahí pasa a estar tristonza y no tener ganas de hacer nada, costándola mucho rendir en el colegio, no coincide con el cambio de domicilio ni con las estaciones del año. Este comportamiento lo corrobora la niña con sus palabras diciendo que se encuentra a veces triste y luego normal y no sabe por qué, pero que ella cuando está normal que también se cansa. Sin embargo a la madre lo que le preocupa es que el sábado pasado en casa mientras estaban haciendo la maleta para irse con su padre describe un episodio de manía, la madre pensó que era una protesta porque no quería irse con el padre, pero al día siguiente la niña no se acordaba, motivo de la consulta.

Tras varias entrevistas se le diagnostica a Sara un trastorno Bipolar tipo I por ocurrir un solo episodio de manía y se la pone en tratamiento individualizado con farmacología y terapia.

40.4 Discusión-Conclusión

El tratamiento del trastorno bipolar, sobre todo el no diferenciado y el tipo I, en el que solo ha ocurrido un tipo de manía, tienen un tratamiento farmacológico de base en el que se trata de controlar de base el humor del enfermo y con terapia se ayuda a controlar la aparición de brotes y modular la personalidad.

40.5 Bibliografía

1. Martínez Hernández, O., Montalván Martínez, O., & Betancourt Izquierdo, E. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. Revista médica electrónica, 41(2), 467-482.

Capítulo 41

41 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA

LORENA BONILLA FRAILE

ANA BELÉN MUÑOZ SERENO

BEATRIZ BENITEZ CIANCA

MARÍA TERESA LEON JIMENEZ

41.1 Introducción

Los distintos trastornos del espectro autista que se han catalogado hasta el momento pertenecen a un grupo de trastornos del neurodesarrollo en la infancia que forman un espectro o «un continuo en el trastorno», considerando como principal signo la comunicación social y un patrón de intereses y de comportamientos en las áreas que se encuentran afectadas. Se encuentra con un gran componente de carácter genético sobre el que median distintos factores del ambiente. Se pueden caracterizar por una variabilidad, con distinta heterogeneidad y bastante complejidad, mediando en los mecanismos neurobiológicos como en aquellas manifestaciones clínicas, las trayectorias en la evolución de niño y en el pronóstico. La variada heterogeneidad y la complejidad del fenotipo es producida por la variabilidad de esta enfermedad y por la intensidad que generan los síntomas principales, el nivel de desarrollo.

general que alcanza el niño, el género, el tipo de funcionamiento cognitivo y de adaptación, las habilidades verbales y la comorbilidad con otras enfermedades.

41.2 Objetivos

Explicar el trastorno por espectro autista mediante la exposición de un caso clínico.

41.3 Caso clínico

Andrea tiene 6 meses, en la consulta de revisión el pediatra observa que la niña no fija la mirada y no interactúa, se lo comenta a los padres que acuden los dos a la consulta, los padres dicen que creen que es muy pequeña todavía pero que estarán pendiente. A los nueve meses en la siguiente vacuna comentan a la pediatra que la niña ya va a la

guardería, que en casa el comportamiento es normal o ellos creen que es normal, está tardando en decir palabras, pero su desarrollo en cuanto alimentación y gateo y posición se encuentra dentro de su desarrollo. A los padres les preocupa que en la guardería siempre juega solo, no quiere interactuar con los niños y el mecanismo de su juego siempre es el mismo utilizando estereotipias.

La niña es derivada a la consulta de psiquiatría para ser valorada por el psicólogo y el psiquiatra durante dos entrevistas que se le realizan a los padres, se entrevista también al cuidador de la guardería, refiriendo entre todos los mismos síntomas, observando que Andrea no guarda contacto visual, no tiene contacto ni quiere, ni la interesa socializar, utiliza a sus padres como mero instrumento para alcanzar objetos o conseguir tareas que le solucionen más fácil las cosas, tiene un retraso en el lenguaje, es muy pequeña para realizarla un test de inteligencia pero se aprecia un retraso mental en la ejecución de juegos y tareas que es imposible de realizar con ella.

El diagnóstico de Andrea es un trastorno del espectro autista

41.4 Discusión-Conclusión

El trastorno del espectro autista tiene en la actualidad una introducción de un conjunto de trastornos que se agrupan según las necesidades en el diagnóstico, esto quiere decir que cada caso es individualizado y aunque el diagnóstico sea autismo, cada niño en función del apoyo que necesite tendrá un tratamiento personal.

41.5 Bibliografía

1. Paula Pérez, I., & Martos, J. M. P. (2021). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. Revista de Neurología, 2011, vol. 52, num. Supl 1, p. S147-S153.

Capítulo 42

42 EL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA

LORENA BONILLA FRAILE

ANA BELÉN MUÑOZ SERENO

MARÍA TERESA LEON JIMENEZ

BEATRIZ BENITEZ CIANCA

42.1 Introducción

El trastorno de ansiedad generalizada se puede clasificar dentro de los trastornos de ansiedad que están incluidos dentro del Manual diagnóstico y de estadística de los trastornos mentales en su quinta edición. Tiene unas manifestaciones clínicas que se consideran en un estado que se anticipa de modo aprensivo y con una dificultad para poder controlar esa preocupación. El síntoma que más se asocia es la dificultad que tiene la persona para concentrarse o que se quede con la mente sin poder pensar nada. Cuando se habla de la cuestión de la práctica clínica, los enfermos que sufren este trastorno manifiestan de forma frecuente distintas quejas de carácter cognitivo y tienen una gran falta de confianza en lo que se refiere a su rendimiento cognitivo, que de forma habitual puede interferir con la distinta funcionalidad en un nivel ocupacional. Si consideramos este sentido, varios de los estudios que se han realizado con varias de las muestras de pacientes de baja laboral por esta enfermedad, se ha encontrado una correlación que significa entre varios de los síntomas de ansiedad y de las quejas que son subjetivas de la memoria.

42.2 Objetivos

Explicar el trastorno de ansiedad generalizada mediante un caso clínico.

42.3 Caso clínico

Vanesa tiene 35 años, separada, madre de tres hijos, vive con los tres, el padre de los niños vive fuera del país y los niños una vez al año viajan para pasar el periodo estival con su padre. Vanesa lleva anticipando una catástrofe hace meses y poniendo pegas

al viaje, ella quiere que vean a su padre pero se angustia cada vez que piensa que van a viajar, ya últimamente, en el último año, por todo se siente mal. Cada vez que van a salir de casa se siente mal por si les pasa algo, si van de excursión, si van a visitar a los abuelos, decide acudir a la consulta del especialista en psicología por decir que no vive ya, y que ya el sueño no lo puede conciliar, apenas come y vive un estado todo el día igual. En las distintas entrevistas que se mantienen con Vanesa y los test que se le pasan se puede diagnosticar un trastorno de ansiedad generalizada.

42.4 Discusión-Conclusión

El trastorno de ansiedad generalizada requiere de un tratamiento mixto, es necesaria la farmacología con ansiolíticos unida a la terapia cognitiva conductual para que el paciente experimente una mejora y pueda reincorporarse a la vida diaria.

42.5 Bibliografía

1. Langarita-Llorente, R., & Gracia-García, P. (2019). Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 69(2), 59-67.

Capítulo 43

43 MODELO PREDICTIVO SEGRAV MODIFICADO EN LA MATERNA CRÍTICA - PREDICTIVE MODEL SEGRAV MODIFIED IN THE CRITICAL MATERNAL PATIENT

DANIEL GUEVARA SILVEIRA

43.1 Introducción

Trabajo (Tesis) de culminación de especialidad, para optar por el título de Especialista en Primer Grado en Medicina Intensiva y Emergencias en 2018.

Autor: Dr. Daniel Guevara Silveira (1)

Tutor: Dr. Msc. Rolando Riera Santiestéban (2)

1 Especialista en Primer Grado en Medicina Intensiva y Emergencias, Hospital Juan Bruno Zayas Alfonso, Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.

2 Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista en Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Asistente de la Facultad de Ciencias Médicas II de Santiago de Cuba.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la muerte materna como la defunción que ocurre por cualquier causa durante el embarazo, el parto y hasta cumplidos 42 días del puerperio, independientemente de la duración y localización de la gestación. Constituye un serio problema de salud, representando un indicador que se correlaciona directamente con el nivel de desarrollo de las naciones. El deceso de una paciente materna se convierte, además, en un verdadero drama social por las implicaciones sobre la familia y la comunidad (3).

La morbilidad materna extremadamente grave es un término que ha permitido clasificar un grupo de pacientes con complicaciones graves durante el embarazo, parto o puerperio que ponen en riesgo la vida, requiriendo de una intervención inmediata para evitar la muerte materna. Cuando se clasifica una paciente como "materna crítica", se vinculan innumerables especialistas médicos, de enfermería, paramédicos, directivos, entre otros, para garantizar todo un extenso trabajo interdisciplinario con el fin de revertir y solucionar la situación crítica que presentan (15).

Cuando ocurre la muerte de una mujer por causas derivadas del embarazo o el parto, constituye siempre una tragedia, máxime cuando esta podía haberse evitado. Sin lugar a dudas constituye la morbilidad materna extremadamente crítica el punto común de trabajo y mayor intercambio entre la medicina intensiva y los servicios de obstetricia. La seguridad en la atención de la "materna crítica" se alcanza con la aplicación de una

medicina dedicada, continua, humanizada, especializada, con régimen de vigilancia estricta, lo cual se brinda en nuestras unidades de medicina intensiva (15).

La magnitud de la mortalidad materna es un reflejo del riesgo promedio de morir que corre una mujer cada vez que queda embarazada y constituye un indicador fidedigno del estado de salud de la población, así como del grado y calidad de la atención que se brinda por lo tanto no exageramos al decir que el tema de la morbilidad y mortalidad materna es la tragedia mas discutida en nuestro tiempo. El análisis de la morbilidad materna es una de las actividades más importantes para evaluar el estado de salud de una población y en consecuencia, la Organización Mundial de la Salud, al igual que distintos organismos internacionales en el campo de la salud, han mostrado en las últimas décadas, un interés especial en el estudio de los problemas de la mujer y en la disminución de la mortalidad materna (3).

El nacimiento de un nuevo ser humano debe ser motivo de regocijo, alegría y felicidad para la mujer y la familia, pero este evento muchas de las veces se ve resaltado por desenlaces fatales, ya sea durante el embarazo o el parto, siendo el momento del parto y post-parto el mayor marcador de morbi-mortalidad para la madre. Se considera que actualmente en el mundo mueren alrededor de 585000 mujeres al año por dicho problema. En la región de América mueren alrededor de 30 000 mujeres cada año (14).

En septiembre del año 2000 se adoptó la Declaración del milenio, en reunión en la que participaron dirigentes de 189 países. En el 2001 se establecieron 8 objetivos de desarrollo del milenio. En la actualidad existe un interés creciente por realizar el análisis de la morbilidad materna extremadamente grave (MMEG), pues resulta ser un indicador muy asociado con la muerte materna y una alternativa válida para utilizarse como medida de evaluación de los cuidados maternos (14).

Estudios realizados en el 2000 definen la morbilidad obstétrica severa como la complicación que ocurre entre las 28 semanas de gestación y los 42 días posparto, la cual pudiera ocasionar la muerte de la madre o invalidez definitiva, si esta no recibe una intervención médica adecuada. En el 2003 se define como una complicación que pone en riesgo la vida de la gestante y que requiere de una intervención médica urgente, con el fin de prevenir la muerte de la madre (14).

Cuba se adhiere a la definición de morbilidad materna extremadamente grave o severa, utilizada por la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), en la reunión de Santa Cruz de la Sierra, realizada en abril de 2007, donde se definió como "una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte" (14).

En Cuba las principales causas de morbilidad materna crítica son las pérdidas masivas de sangre, la enfermedad tromboembólica, la sepsis y los trastornos hipertensivos del embarazo. Mientras otros investigadores encontraron que la infección y la atonía uterina fueron las causas principales de morbilidad relacionadas con la cesárea, el parto vaginal se relacionó más con el shock hipovolémico (14).

Si se conocen de los factores de riesgo, entonces con la intervención ante ellos se lograra actuar ante los mismos y realizar una vigilancia clínica adecuada del embarazo y del trabajo de parto, para identificar complicaciones de manera oportuna y asegurar una atención médica acorde con los riesgos establecidos (14).

En la actualidad, en los países en desarrollo, las complicaciones obstétricas son la causa principal de defunción de mujeres en edad de procrear y constituyen uno de los problemas de salud más urgentes y refractarios. Se reconoce que reducir las tasas de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad es un imperativo moral y de derechos humanos. En la literatura médica se sigue considerando como principales causas de muerte materna, la hipertensión inducida por el embarazo, la hemorragia y la infección. Las complicaciones de estos estados y la aparición de síntomas y signos hacen pensar en la necesidad de traslado de una paciente obstétrica a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (6, 7).

Lo crítico se refiere al estado grave en que apenas sobrevive la enferma. Crítico es también lo súbito, lo paroxístico, lo repentino, lo que aparece en crisis. La medicina intensiva identifica estas contingencias para actuar con oportunidad. En el calificativo crítico cabe también lo decisivo, lo crucial; el momento crítico es único, irrepetible, y obliga a actuar con decisión (6, 7, 20).

La medicina intensiva en obstetricia es, por tanto, la que se dirige a la mujer durante el período gestacional, el parto o puerperio, con afecciones graves, pero que, además, es vigilante, decisiva, crucial, precisa, exacta, oportuna, reflexiva, analítica, juiciosa, comprometida y eficiente (6, 7).

Las unidades de cuidados intensivos permiten realizar una medicina de alta tecnología y elevado costo; la gravedad es el denominador común que, por encima de otras consideraciones como procedencia, tipo de enfermedad y diagnóstico, caracteriza a los enfermos críticos. En la práctica médica y en especial en Medicina Intensiva se han desarrollado sistemas predictivos, dirigidos a describir la gravedad de diferentes situaciones clínicas que junto al juicio clínico y la experiencia se ha vuelto parte integrante del quehacer médico Intensivista (1, 20).

Actualmente se busca incrementar el uso de modelos pronósticos para prever la evolución de los pacientes basándose en parámetros fisiológicos. En un estudio de 2003 Demirkiran et al demuestran una relación directa entre las puntuaciones elevadas del APACHE-II y la mortalidad materna en cuidados intensivos (36).

En 1974 Cullen introdujo un sistema de evaluación basado en las intervenciones terapéuticas conocido con las siglas en ingles TISS (Therapeutic Intervention Score System), el cual se ha utilizado para la clasificación de los pacientes críticos y como índice pronóstico de evaluación de enfermedad para grupos generales de pacientes, más recientemente el sistema TISS de 76 ítems se redujo a 28. La valoración depende del grado de complejidad de la intervención; las más dificultosas y complejas reciben un puntaje más elevado y evidencian una mayor gravedad del enfermo (10, 20, 35).

Con la creación de las Unidades de Cuidados Intensivos y los avances con ellas aparejados se ha reducido aún más la mortalidad materna y el número de complicaciones que aparecen en estas pacientes. Para contribuir al descenso de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y de esa forma al descenso de la mortalidad materna es

necesario perfeccionar la atención integral a las pacientes obstétricas, prevenir o diagnosticar precozmente muchas complicaciones y reconocer la necesidad de los cuidados intensivos en estas (3, 18).

Algunos autores consideran que la estrategia adecuada para la disminución de la mortalidad materna, es dedicar esfuerzos a la vigilancia y análisis de la morbilidad materna extremadamente grave. Señalan que es un excelente indicador de la calidad del trabajo obstétrico y una de las estrategias propuestas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS para el logro de los retos del milenio (3, 6, 18).

La práctica clínica siempre se acompaña del fenómeno predictivo. Saber de antemano lo que puede suceder con un enfermo, es primordial interés para el médico de asistencia. El grado de acierto de las predicciones médicas, dependen de la experiencia en la práctica clínica, unida a la capacidad de juicio diagnóstico del facultativo. Estas valoraciones están colmadas, en grado variable, de matices subjetivos, propios de la compleja naturaleza humana y del nivel de conocimientos científico, social y religioso, que influyen en su acierto o desacierto. Los sistemas de evaluación surgen como consecuencia de una necesidad descriptiva, en el intento de utilizar un lenguaje común que sea válido para todos (1, 11, 20).

El desarrollo de las ciencias matemáticas estadísticas y el surgimiento de las teorías de las probabilidades, aseguró las bases científicas para predecir objetivamente la muerte o la supervivencia, razón de ser de cualquier modelo predictivo. Aparecen entonces, los sistemas pronósticos objetivos, basados en índices de gravedad, creados a partir de amplias bases de datos y validados mediante técnicas estadísticas precisas. En cuidados intensivos, su uso, tiene particular importancia, pues ayudan a predecir la supervivencia o la muerte de los pacientes, a establecer criterios de ingreso y niveles de atención, a la mejor planificación de las estrategias de tratamiento individual, a la optimización de recursos y servicios, a determinar eficacia de protocolos, así como a comparar desarrollo y calidad de la atención médica entre diferentes unidades (1, 11, 20).

En 1985, Fernández Reverón elaboró un sistema de puntaje para evaluar la gravedad de pacientes pediátricos ingresados en cuidados intensivos. En 1988 esta escala fue validada por el propio autor, valiéndose del tutelaje de un trabajo de terminación de la residencia en la misma unidad donde se confeccionó. En el año 2004, utilizando otro trabajo de terminación de la residencia en otra unidad de cuidados intensivos pediátricos, y con pacientes adolescentes de la sala de terapia intensiva de adultos, se realizó una revisión y actualización del sistema, y se demostró, al igual que con la primera versión, la utilidad del nuevo puntaje para clasificar los pacientes según la gravedad. Posteriormente, el autor denominó al nuevo sistema como Sistema de Evaluación de la Gravedad (SEGRAV), seguido de un guión y el número de intervenciones diagnósticas y terapéuticas que conformaban este sistema. Es así que se denomina SEGRAV-23 (Ver anexo 2). Ha sido utilizado para la confección de una tesis doctoral y varias tesis de terminación de la residencia, y expuesto y publicado en eventos nacionales y foráneos (12, 16). En el año 2005 Urrutia Mora, actualizó el TISS 28, en una investigación durante 3 años con-

secutivos basándose en todas las IDT pertenecientes al SEGRAV-23 (35).

Desde el año 2016, y previa autorización del autor del modelo original, el autor de la presente investigación comenzó un exhaustivo trabajo de recopilación de información acerca de este modelo predictivo. Se realizaron algunas modificaciones con el objetivo de aplicarlo a las pacientes maternas complicadas e ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (8, 9, 10, 11). Esta investigación sirvió al autor además como tesis de culminación de su residencia en la especialidad de Medicina Intensiva y Emergencias.

Este nuevo modelo constaría de 27 intervenciones diagnósticas y terapéuticas, y sólo se aplicaría a las pacientes obstétricas en la UCI, algo novedoso, pues antes se había aplicado a pacientes pediátricos y adultos no obstétricos. Es así como el propio año surge el modelo predictivo Sistema para Evaluar la Gravedad Modificado en la Materna Crítica (SEGRAV-MMC). Las modificaciones han sido consultadas con varios expertos en la materia y con otros profesionales que usaron el modelo original para las tesis de culminación de sus residencias, pero alcanza su mayor impacto al ser comparado en cada paciente con el modelo APACHE II, tomando el autor a este último como su gold standard (8, 9, 10, 11).

PROBLEMA CIENTÍFICO

Ante la aparición de complicaciones en pacientes obstétricas es necesario reconocer la gravedad, las probabilidades de éxito o empeoramiento durante su manejo, pues tanto la subvaluación como la sobrevaluación pueden traer consecuencias nefastas al pasar por alto detalles de importancia, o emprender una terapéutica muy invasiva en quien no lo necesite. Los resultados de este estudio podrían ayudar en la toma de decisiones, ya que se utiliza un modelo predictivo que demuestra éxito al compararlo con otro ya validado. Con esta herramienta predictiva podría decidirse la continuación de la terapia intensiva, o la descomplejización precoz si la probabilidad de muerte es baja.

43.2 Objetivos

General:

Validar la aplicación del modelo SEGRAV Modificada en la Materna Crítica (SEGRAV-MMC) a pacientes obstétricas ingresadas en la UCI del Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso para obtener un pronóstico precoz de mortalidad.

Específicos:

1. Identificar las principales causas de ingreso de las pacientes obstétricas en la UCI.
2. Comparar la escala SEGRAV-MMC con el APACHE II según los resultados en las pacientes estudiadas.

3.Reconocer el valor predictivo la escala SEGRAV-MMC en la paciente obstétrica ingresada en la UCI.

43.3 Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, de corte longitudinal prospectivo en el período comprendido desde enero de 2016 hasta abril de 2018, con el objetivo de aplicar la escala SEGRAV-MMC a las pacientes obstétricas que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Juan Bruno Zayas Alfonso, para evaluar la gravedad de las mismas y comparar esta escala con otra herramienta de utilidad predictiva usada internacionalmente.

La fuente primaria de datos estuvo representada por el libro de registro de control de pacientes atendidos en la sala de Cuidados Intensivos de dicho hospital, las historias clínicas de las pacientes, una base de datos creada por el autor y una planilla de recolección de datos elaborada para esta investigación.

UNIVERSO

El universo estuvo compuesto por 380 pacientes obstétricas ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos.

MUESTRA

Se aplicó el modelo predictivo a 223 pacientes obstétricas ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos a partir de las 24 horas desde su admisión.

Criterios de Inclusión

Las pacientes obstétricas que cumplieron la condición antes señalada, con reporte de Grave, Muy Grave o Crítico, y en quienes durante su estadía en la UCI fue necesaria la implementación de una o varias de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas correspondientes a la escala SEGRAV-MMC.

Criterios de Exclusión

Las pacientes obstétricas que no tuvieron reporte de Grave, Muy Grave o Crítico, tuvieron contexto administrativo, físico o fisiológico que hizo prescindir del uso de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas correspondientes a la escala SEGRAV-MMC; o que permanecieron menos de 24 horas de estadía en la UCI.

Operacionalización de las variables:

Las variables utilizadas se seleccionaron en correspondencia al problema científico y el objetivo trazado en la presente investigación.

1.Edad (en años):

Variable cuantitativa continua. Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta el momento de su ingreso.

Se distribuyó en los siguientes grupos siguiendo las recomendaciones de la OMS:

- Menor de 18 años
- 18 a 35 años
- Mayor de 35 años

2. Diagnóstico al ingreso:

Variable cualitativa nominal politómica. Según la entidad nosológica que motiva el ingreso. Se agruparon de la siguiente forma:

- Embarazo ectópico roto
- Atonía uterina
- Hematoma retroplacentario
- Acretismo placentario
- Hipertensión inducida por el embarazo (Preeclampsia-Eclampsia)
- Sepsis Puerperal
- Accidente vascular encefálico (AVE)
- Otras

3. Procedencia:

Variable cualitativa nominal. Lugar donde se encontraban los pacientes antes de ser trasladados a la UCI, y se agruparon en:

- Hospital Materno Norte
- Hospital Materno Sur
- Hospital Saturnino Lora
- Hospital Ambrosio Grillo
- Hospitales municipales
- Hospital Juan Bruno Zayas
- Hospital Infantil Norte
- Hospital Infantil Sur
- Otra provincia

4. Estadía (en días):

Variable cuantitativa continua. Número de días que permaneció la paciente en el servicio de UCI. Se agrupó de la siguiente forma:

- 1 a 7 días
- 8 a 14 días
- Más de 14 días

5. Estado al egreso:

Variable cualitativa ordinal dicotómica. Estado de las pacientes al egreso de la UCI y se agrupó en dos estados clínicos:

- Viva
- Fallecida

6.APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation):

Variable cualitativa ordinal politómica. Es un predictor de mortalidad que incluye 12 variables fisiológicas agudas y antecedentes de padecimientos crónicos y es utilizado globalmente.

Se tomó este dato, calculado a las 24 horas de admisión en UCI.

Se aplicaron además las intervenciones diagnósticas y terapéuticas (IDT), que corresponden a la escala SEGRAV-MMC.

Intervenciones de 1 punto:

- Nutrición parenteral
- 1 vía venosa central
- Edad menor de 18 o mayor de 35 años
- Tratamiento de trastornos hidroelectrolíticos graves: deshidratación severa con y sin choque, hiponatremia con sodio inferior a 122 mEq, hipernatremia con sodio mayor de 160 mEq, hipopotasemia con potasio menor de 3 mEq, hiperpotasemia con potasio mayor de 6.5 mEq, hipocalcemia.
- Tratamiento de trastornos ácidos básicos graves: Acidemia metabólica con pH <7.10 o alcalemia metabólica con pH >7.55

Intervenciones de 2 puntos:

- Realización de tomografía axial computarizada (TAC) y/o resonancia magnética (RM)
- Procede directamente del salón de operaciones
- Patología crónica en relación directa con la condición actual
- Tratamiento de status convulsivo
- Otra intervención quirúrgica
- Transfusión de sangre y hemoderivados
- Ventilación mecánica <7 días
- Pleurotomía

Intervenciones de 3 puntos:

- Tiene fallo orgánico o inmunocompromiso
- Utilización de aminos
- Utilización de 3 o más antimicrobianos

Intervenciones de 4 puntos:

- Tratamiento de sangrado digestivo activo

- Dos vías venosas centrales
- Presión positiva al final de la expiración (PEEP) 10 cmH₂O
- Doppler transcraneal
- Nutrición parenteral completa
- Ventilación mecánica >7 días
- Falla del destete
- Traqueotomía
- Necesidad de reanimación cardio-pulmonar (RCP)
- Tratamiento de la coagulación intravascular diseminada (CID)
- Fracción inspiratoria de oxígeno (FiO₂) 0.6

Los parámetros de PEEP utilizados (<10 y 10cm/H₂O), FiO₂ (<0.6 y 0.6), se consideraron cuando el tiempo de utilización fue mayor de 24 horas.

Las pacientes fueron evaluadas a partir de las 24 horas de ingreso y periódicamente hasta su alta de la UCI, para la aplicación de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. El sistema de puntuación se estableció según el creado en la escala SEGRAV-MMC. Posteriormente las pacientes se agruparon de acuerdo con el número total de puntos obtenidos, la mortalidad y la gravedad estableciéndose 3 grupos de clasificación:

- No Grave (0 puntos)
- Clase I (puntaje de 1-10 puntos)
- Clase II (puntaje de 11-20 puntos)
- Clase III (puntaje 21 puntos)

De acuerdo a esta clasificación la conducta a seguir con las pacientes estudiadas fue mediada según el valor predictivo y pronóstico obtenido atendiendo a la clase en que fue situada cada una:

- Clase I (Probabilidad de muerte baja)
- Clase II (Probabilidad de muerte media)
- Clase III (Probabilidad de muerte alta)

Técnicas y Procedimientos.

a) De recolección de la información

Para la recolección de la información se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica en las bibliotecas de las instituciones de salud, donde se pudo acceder a la Red de Salud de Cuba, Portal de Infomed, bases de datos y sitios nacionales e internacionales. Se consultaron a través de la BVS, LILACS, Cumed, Revistas Cubanas de Salud Pública, Scielo, las revistas Hospimédica, Clinical Key y otras. Se consultó también literatura impresa y otras fuentes de información.

La información fue recogida de las historias clínicas de las pacientes. Los datos fueron recopilados por el autor, se agruparon en un modelo de vaciamiento creado al efecto con las variables de estudio (Ver anexo 1) y se creó un software por el propio autor para la implementación de esta herramienta. (Ver anexo 3)

b) De procesamiento de la información.

Se creó una Base de datos en Microsoft Access 2007 donde se ejecutó el vaciamiento de todos los datos, utilizándose el porcentaje como medida de resumen y se calculó la estadía hospitalaria y la probabilidad de muerte. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas.

c) De análisis y síntesis

Se procedió al análisis de toda la información obtenida plasmada en cuadros estadísticos y los resultados se compararon con los de otros estudios llevados a cabo por diferentes autores del país y del extranjero según la bibliografía consultada. Esto permitió elaborar las conclusiones de nuestra casuística y emitir las recomendaciones pertinentes.

Consideraciones éticas

Para la realización de ésta investigación se revisaron las Historias Clínicas de pacientes obstétricas ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, a partir de las 24 horas de estadía en UCI, previa autorización otorgada por la Dirección del Hospital, además de la autorización del jefe del servicio, para acceder al libro de control de ingresos, revisar las historias clínicas y evaluar a las pacientes. La investigación se realizó conforme a los principios éticos para las investigaciones biomédicas en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki. (Declaración de Helsinki, enmendada por la 52^a Asamblea General en Edimburgo, Escocia, Octubre 2008). Los datos recolectados fueron extraídos de las Historias Clínicas de las pacientes por lo que no constituyó un peligro para la vida de estas y se garantizó la confidencialidad de los datos individuales de ellas, los que fueron recogidos en una planilla de vaciamiento de datos que sólo fue del dominio del investigador y los médicos de asistencia

43.4 Resultados

Tabla 1: Organización de las pacientes estudiadas según grupos de edades. (Ver gráfico #1 anexo)

Grupo de edades - Cantidad - %

Menor de 18 años - 22 - 9,80%

18-35 años - 173 - 77,60%

Mayor de 35 años - 28 - 12,60%

Total - 223 - 100%

Fuente: Planilla de recolección de datos

Podemos apreciar que en el período comprendido entre enero de 2016 a abril de 2018 se estudiaron 223 pacientes obstétricas ingresadas en la sala de Cuidados Intensivos del Hospital Juan Bruno Zayas Alfonso, de las cuales 173 se encontraban en el rango de 18 a 35 años, para un 77,6 %.

Tabla 2: Causas de ingreso en Cuidados Intensivos. (Ver gráfico #2 anexo)

Causas de ingreso en UCI - Cantidad - %

Embarazo ectópico - 18 - 8,07%
 Atonía uterina - 37 - 16,59%
 Hematoma retroplacentario - 21 - 9,42%
 Acretismo placentario - 11 - 4,93%
 Preclampsia-Eclampsia - 66 - 29,59%
 Sepsis puerperal - 14 - 6,28%
 AVE - 2 - 0,90%
 Otras - 54 - 24,22%
 Total - 223 - 100%

Fuente: Planilla de recolección de datos y libro de ingresos en UCI.

La enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (preclampsia-eclampsia), tiene alta incidencia en otros estudios, representó el 29,59%. De estas se descubrieron 23 casos de Leucoencefalitis Posterior Reversible (LEPR) mediante resonancia magnética, representando el 10,31% del total, y el 34,84% de las enfermedades hipertensivas. Le siguen en mayor incidencia las causas hemorrágicas, destacando la atonía uterina con un número de 37 pacientes (16,59%) y el hematoma retroplacentario con 21 (9,42%). Las hemorragias postparto fueron la principal causa de histerectomía. La infección puerperal es una de las principales causas de morbilidad prevenibles en la paciente obstétrica. La sepsis materna es la principal causa de muerte materna, y representa 15% de las muertes maternas en todo el mundo. En México, la primera semana de abril de 2017 se registraron 155 defunciones; de ellas, 11 ocurrieron en pacientes con sepsis obstétrica, lo que equivale a un porcentaje de 6% y la pone en el sexto lugar de todas las causas de muerte materna. Se espera que la incidencia de las infecciones puerperales continúe aumentando en el futuro, como resultado del cambio demográfico de la población de mujeres embarazadas, el incremento sostenido de las tasas de nacimiento por cesárea, los embarazos en mujeres mayores de 40 años, la epidemia mundial de obesidad y diabetes mellitus tipo 2, nuevos procedimientos terapéuticos intrauterinos y resistencia bacteriana a los antibióticos (32). En 2014, Sandra Amalia Sánchez Figueredo et col demuestran en un estudio de 72 pacientes maternas ingresadas en UCI que la hipertensión inducida por el embarazo (22,0%), la atonía uterina (20,8%) y la endometritis 18,0% constituyeron las entidades obstétricas más frecuentes (33).

En el grupo "Otras" se incluyeron el tromboembolismo pulmonar, crisis sicklémica, hipertensión arterial crónica descompensada, neumonía, infecciones del tracto urinario, cardiopatías, entre otras. Debemos recordar lo importante que resulta el diagnóstico y tratamiento precoz de las hemorragias posparto, ya que 1 de cada 1000 pacientes resulta en muerte materna y uno de cada 100 embarazos es ectópico, estos constituyen el 16 % de las muertes maternas por hemorragias. Durante el período estudiado no se reportó ningún caso de embolismo de líquido amniótico (6, 32).

Tabla 3: Procedencia de las pacientes obstétricas admitidas en UCI

Procedencia - Cantidad - %
 Hospital Juan Bruno Zayas - 79 - 35,42%
 Hospital Saturnino Lora - 3 - 1,35%

Hospital Materno Norte - 51 - 22,87%

Hospital Materno Sur - 58 - 26,01%

Hospital Ambrosio Grillo - 0 - 0%

Hospital Infantil Norte - 0 - 0%

Hospital Infantil Sur - 1 - 0,45%

Hospitales Municipales - 31 - 13,90%

Otra provincia - 0 - 0%

Total - 223 - 100%

Fuente: Planilla de recolección de datos y libro de ingresos en UCI

La tabla 3 brinda la información de cuáles fueron los centros o lugares de remisión de las pacientes estudiadas, siendo 79 (35,42%) fue de nuestro propio centro asistencial. Le siguen el Hospital Materno Sur con 58 (26,01%) pacientes y el Hospital Materno Norte con 51 (22,87%). Las demás fueron remitidas desde las áreas de salud municipales (13,90%), el Hospital Saturnino Lora (1,35%) y el Hospital Infantil Sur (0,45%). La UCI del Hospital Juan Bruno Zayas Alfonso es centro de referencia para la atención de la paciente materna extremadamente grave, razón por la cual son remitidas previa coordinación con este servicio. En su estudio de 2013, Urrutia Mora et col planearon que el 48.18% de los pacientes procedían del servicio de urgencias, el 43.38% de salas de hospitalización y el 8.44% de otros hospitales. Al relacionarlo con el estado al egreso se observa que los procedentes de otros hospitales aportaron una mayor mortalidad (35).

Tabla 4: Pacientes según estadía y estado al egreso.

Estadía Estado al egreso - Vivo - Fallecido - No. - %

1- 7 días - 177 - 81,60% - 3 - 50,00%

8- 14 días - 32 - 14,70% - 1 - 16,67%

> 14 días - 8 - 3,70% - 2 - 33,33%

Total de vivos - 217 - 100% - Total de fallecidos - 6 - 100%

Fuente: Planilla de recolección de datos y libro de ingresos en UCI

En el período estudiado 217 pacientes egresaron vivas, lo que representa el 97,31% del total incluido en la presente investigación. De ellas, 177 (81,60%) tuvieron estadía entre 1 y 7 días en la UCI.

Sólo 6 pacientes fueron egresadas fallecidas, siendo el 2,69%. En un estudio de 2018, Cuevas Sautié y Fernández Reverón aplican el modelo SEGRAV-23 a 356 pacientes pediátricos, resultando una mortalidad de 2, 53%, todos incluidos en la categoría Muy Grave y Crítico (11). En otra investigación, Torres Molina et col aplican el SEGRAV-23 a 67 pacientes pediátricos y adultos ventilados en 2013, donde los pacientes que permanecieron por más tiempo en la UCI tuvieron una mayor mortalidad (56% en los de 8-14 días y 82.4% en los de más de 14 días) (34). En el estudio de Urrutia Mora et col (16), donde se aplicó la escala SEGRAV-23 a 180 adolescentes, se aprecia que el 72.8% presentó una estadía de 1-7 días y solamente en el 16.1% y el 11.1%, se detectó una estadía de 8-14 y más de 14 días, respectivamente. En esta investigación, entre las fallecidas se reportó 1 (0,45%) con estadía entre 8 y 14 días, y cuya causa de muerte

estuvo relacionada con complicaciones intraabdominales y sistémicas secundarias una pancreatitis aguda durante el puerperio inmediato. Con más de 14 días se reportaron 2 (0,90%) pacientes fallecidas, ambas por complicaciones intraabdominales y sistémicas secundarias a hematoma retroplacentario. El 50% de las que fallecieron tuvo una estadía entre 1 y 7 días en la UCI. En este caso no existe una relación directa entre el tiempo de permanencia y la mortalidad, aunque este sea un factor de riesgo tenido en cuenta por el autor a la hora de realizar esta investigación. En este caso lo justifican las causas, ya que las causas de muerte en estas pacientes estuvieron relacionadas con AVE hemorrágico, rotura hepática y disfunción ventricular izquierda respectivamente, cuadros de aparición súbita y altamente letales a corto plazo.

Tabla 5: Comparación de los niveles de clasificación según APACHE-II y SEGRAV-MMC.

Clasificación y puntaje SEGRAV-MMC - Cantidad - % - Puntuación y mortalidad APACHE-II - Cantidad - %

Clase I (0- 10 puntos) - 180 - 80,72% 0-14 (Mortalidad 4-15 %) - 199 - 89,20%
 Clase II (11- 20 puntos) - 37 - 16,59% 15-29 (Mortalidad 25- 55 %) - 20 - 9,00%
 Clase III (21 puntos) - 6 - 2,69% 30->34 (Mortalidad 75- 85%) - 4 - 1,80%
 Total - 223 - 100% Total - 223 - 100%

Fuente: Planilla de recolección de datos

En la tabla 5 observamos por separado las categorías dentro de las cuales se clasificaron las pacientes estudiadas. Llama la atención que los resultados en ambos modelos son muy similares, pues la mayoría de las pacientes estudiadas, 180, fueron incluidas dentro de la Clase I del SEGRAV-MMC, para un 80,72%, mientras que atendiendo al APACHE II el 89,20 % se ubicó en un primer grupo con baja probabilidad de muerte, con 199 pacientes; alcanzándose un alto nivel de coincidencia entre ambos modelos.

Según SEGRAV-MMC, las pacientes con puntaje de 0-10 puntos fueron estandarizadas en su manejo en sala como con baja probabilidad de muerte.

En esta serie se demuestra que el sistema de puntuación basado en las intervenciones diagnósticas y terapéuticas SEGRAV-MMC resulta eficaz para valorar la gravedad de las pacientes estudiadas, pues se precisó que la evolución fue favorable en el 97,31%, aunque las que recibieron un puntaje inferior a 10 puntos (Clase I) tuvieron más pronta recuperación, pues permanecieron menos de 8 días en la UCI, asociación ésta que resultó significativa, lo que pone de manifiesto que a medida que se incrementen las IDT en las pacientes graves mayor será el puntaje, la estadía, y por tanto peor será el pronóstico, similar a lo comunicado en la literatura referente al APACHE II.

Tabla 6: Relación SEGRAV-MMC/APACHE II vs estado al egreso.

SEGRAV-MMC - Estado al egreso - Vivo-Fallecido
 APACHE II - Estado al egreso - Vivo-Fallecido
 - Clase I (0 {= 10 puntos) - 180 - 0
 APACHE II 0-14 (Mortalidad 4-15 %) - 199 - 0

- Clase II (11- 20 puntos) - 37 - 0
 APACHE II 15-29 (Mortalidad 25- 55 %) - 18 - 2
 - Clase III (21 puntos) - 0 - 6
 APACHE II 30->34 (Mortalidad 75- 85%) - 0 - 4
 Total SEGRAV-MMC (vivos/fallecidos) - 217 - 6 Total APACHE II (vivos/fallecidos) - 217 - 6
 Fuente: Planilla de recolección de datos

En la tabla 6 se encuentra reflejada la relación de las pacientes obstétricas estudiadas de acuerdo a la clasificación asignada según ambos modelos predictivos SEGRAV-MMC y APACHE II, y el estado al egreso. Existe una estrecha relación, con ligero margen de diferencia entre los resultados observados por ambas herramientas, lo que demuestra el alto valor predictivo del nuevo modelo propuesto por el autor de esta investigación, al compararlo con su gold standard, el cual es reconocido y utilizado mundialmente. Resalta que las 6 pacientes fallecidas (2.69% del total estudiado) fueron evaluadas como Clase III (Crítico y probabilidad de muerte alta) con el SEGRAV-MMC. Mientras, 2 de ellas (0,90% del total estudiado) se situaron en el segundo grupo (Mortalidad 25-55%) y 4 (1.79% del total estudiado) se encontraron en el tercer grupo (Mortalidad 75-85%) según el APACHE II. Ninguna de las fallecidas se ubicó en las primeras categorías de los sistemas de evaluación comparados, similar a lo publicado por Cuevas Sautié y Fernández reverón en su estudio de 356 pacientes con aplicación del modelo SEGRAV-23 en el 2018, donde todos los fallecidos de la muestra estuvieron dentro de los Muy Grave y Crítico, con relación de dependencia entre el estado de gravedad y el estado al egreso (11). Por otro lado, según el SEGRAV-MMC, 180 pacientes fueron evaluadas como Clase I, para un 80,72%; y en contraparte, 199 de ellas se evaluaron dentro de la primera categoría del APACHE II, para un 89,24%. Estos últimos datos apoyan lo antes expresado al comparar ambas herramientas.

Tabla 7: Aplicación del SEGRAV-MMC según puntaje.

Puntaje según SEGRAV-MMC

Intervenciones diagnósticas y terapéuticas - Cantidad - %

- IDT 1 punto

Nutrición enteral - 105 - 47,09%

Empleo de una vía venosa central - 64 - 28,70%

Contracción de volumen severa con o sin shock - 49 - 21,97%

Trastorno ácido-básico grave - 13 - 5,83%

Edad menor de 18 o mayor de 35 años - 50 - 22,42%

- IDT 2 puntos

Patología crónica en relación directa con la condición actual - 87 - 39,01%

Procede directamente del salón de operaciones - 157 - 70,40%

Transfusión de sangre y/o hemoderivados - 103 - 46,19%

Ventilación mecánica < 7 días - 16 - 7,17%

Pleurotomía - 2 - 0,90%

Tratamiento de status convulsivo - 1 - 0,45%
 Realización de TAC y/o RM - 49 - 21,97%
 Otra intervención quirúrgica - 9 - 4,04%
 - IDT 3 puntos
 Tiene fallo orgánico o inmunocompromiso - 21 - 9,42%
 Utilización de aminas vasoactivas - 9 - 4,04%
 Utilización de 3 o más antibióticos - 169 - 75,78%
 - IDT 4 puntos
 Nutrición parenteral completa - 3 - 1,35%
 FiO₂ 0.6 (por más de 24 hrs.) - 0 - 0%
 Traqueotomía - 2 - 0,90%
 Falla del destete - 2 - 0,90%
 Tratamiento de la CID - 0 - 0%
 Ventilación mecánica >7 días - 3 - 1,35%
 Necesidad de RCP - 6 - 2,69%
 Doppler transcraneal - 3 - 1,35%
 PEEP10 cmH₂O (por + 24 horas) - 0 - 0%
 Dos vías venosas centrales - 3 - 1,35%
 Tratamiento de sangrado digestivo activo - 3 - 1,35%

Fuente: Planilla de recolección de datos

En la tabla 7 se representan las intervenciones diagnósticas y terapéuticas que conforman el modelo predictivo SEGRAV-MMC y el número de pacientes tributarias de cada una de ellas. Nótese que el uso de 3 o más antibióticos resalta entre las más requeridas con 169 pacientes, lo que representa el 75,78%. Este dato se correlaciona con los obtenidos al analizar las causas que motivaron su ingreso en la UCI. Esta es un arma de gran eficacia a la hora de prevenir y combatir la sepsis, evitando así la mortalidad en el servicio de Cuidados Intensivos. En otros estudios se demuestra que las IDT que más reportaron mortalidad fueron de 3 y 4 puntos (34). Urrutia Mora (16), en su estudio de 180 adolescentes con el uso de SEGRAV-23, resalta que los pacientes con puntaje de 0-10 puntos fueron clasificados como Graves con el mayor número de pacientes, 141 para el 78.3%, no reportándose mortalidad, los que presentaron puntaje de 11-20 puntos (Muy Graves) aportaron el 12.8% del total con una supervivencia del 95.7% y una mortalidad del 4.3%. Su contribución a la mortalidad global fue del 0.6%.

Le sigue en orden de frecuencia el hecho de que muchas procedieron directamente del salón de operaciones. Nos referimos a 157, que expresa el 70,40%. En los casos que incumben las hemorragias postparto, es importante mencionar que en la mayoría de los casos ya había sido resuelto el problema principal, el sangrado. Sin embargo, nuestro sistema de salud protocoliza que las pacientes permanezcan al menos 24-72 horas de vigilancia intensiva en la UCI.

También llama la atención el gran número de pacientes que fue tributaria de hemoterapia. Hacemos referencia a las 103 (46,19%) que requirieron tratamiento con concentrado de eritrocitos, plasma fresco congelado, concentrado de plaquetas, crioprecipitados y otros en el contexto de complicaciones relacionadas a anemia, hipovolemia, trastornos severos

de la coagulación secundarias a hemorragia, sepsis y otros.

En todas las pacientes se identificaron las IDT y fueron puntuadas según el sistema establecido, lo que permitió clasificarlas en 3 grupos, acordes con el total de puntos obtenidos y las comparamos con el APACHE II, demostrándose la eficacia del valor pronóstico del score SEGRAV-MMC.

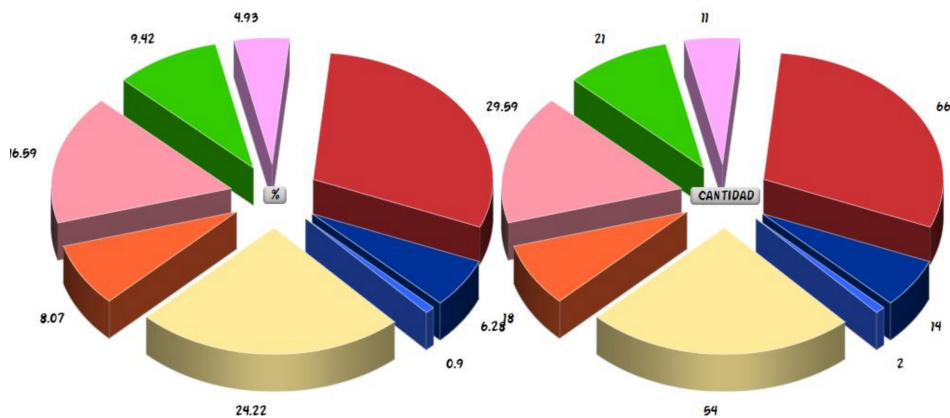
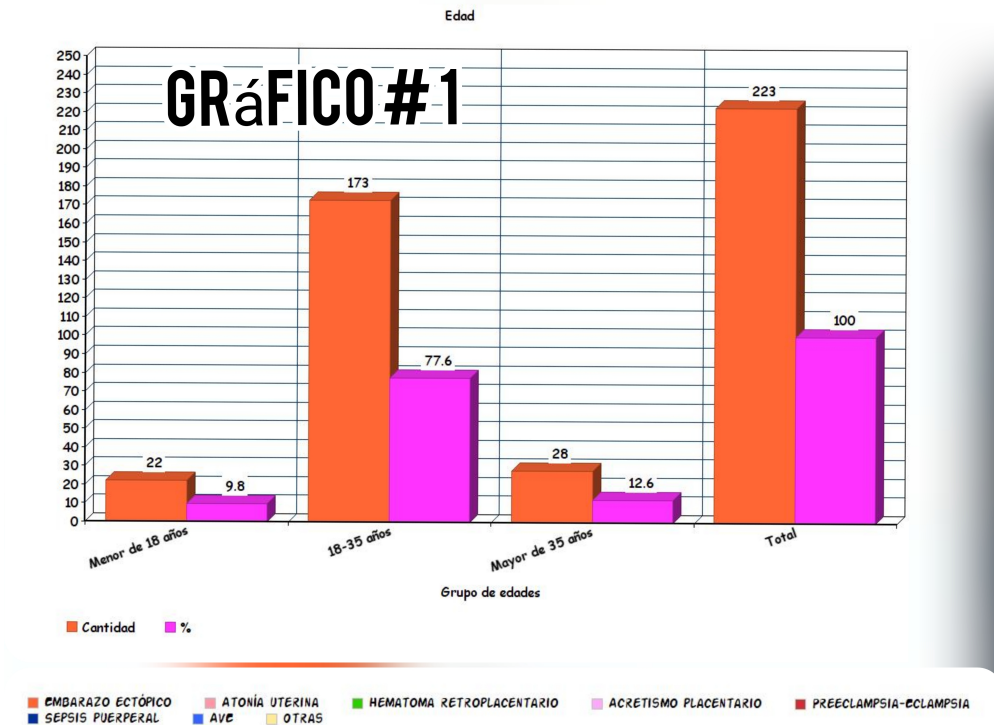


GRÁFICO #2

43.5 Discusión

La morbilidad y la mortalidad materna son indicadores básicos que reflejan el status de salud de una nación, en nuestro país las afecciones del parto y el puerperio (y sus com-

plicaciones) han llegado a niveles insignificantes en comparación con cifras del tercer mundo y aún con países desarrollados.

En 2014, Eduardo Malvino (37) reporta que en un estudio de 22 años y 5 meses, en la Unidad de Cuidados Intensivos de un centro asistencial privado argentino, se registraron 130.092 nacimientos, 1005 pacientes obstétricas ingresaron en la UCI, con una relación de 7,7 ingresos por cada 1000 nacimientos. La edad promedio era 33 ± 5.2 años. Prevalcieron los ingresos relacionados con las hemorragias obstétricas graves (44,5%) y la hipertensión arterial inducida por el embarazo (25,7%), ambos grupos con 100% de supervivencia materna. Los puntajes al ingreso fueron: APACHE II $7,3 \pm 4,6$; SAPS II $22,7 \pm 16,5$ y SOFA $1,8 \pm 0,6$. La mediana de estadía en la UCI fue de 3 días (rango 2-4) y el puntaje de intervenciones terapéuticas fue de 18,7. Alrededor de las dos terceras partes de las enfermas presentaron daño orgánico. La morbilidad materna aguda severa fue de 2,8/1000 nacimientos y la razón de mortalidad materna, de 8,4/100.000 nacimientos. La mitad de los decesos fueron por causas directas: endometritis puerperal (3 casos), embolia de líquido amniótico (2 casos) y miocardiopatía dilatada periparto (un caso) (37).

En la presente investigación se estudió un total de 223 pacientes obstétricas, de un total de 380 ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos, lo que representó el 58,68 %. Pensamos que existe una hipertrofia en la evaluación de los riesgos de las maternas complicadas, esto requiere de estudios para demostrar la validez de este planteamiento y así dar una mejor atención a las pacientes que en realidad lo necesiten.

- La principal causa de ingreso en la materna complicada fue la hipertensión inducida por el embarazo, seguida de las causas hemorrágicas, donde la atonía uterina tuvo mayor incidencia
- La causa fundamental de histerectomía fue la atonía uterina, dentro de las urgencias obstétricas de origen hemorrágico.
- La condición obstétrica más frecuente fue el puerperio inmediato.
- Existe un alto nivel de coincidencia en el valor pronóstico del modelo SEGRAV-MMC al compararlo con el APACHE II.
- La escala SEGRAV-MMC es efectiva para evaluar la gravedad de la paciente materna extremadamente grave en la Unidad de Cuidados Intensivos.

RECOMENDACIONES

- Enfatizar en que este estudio constituya la base para que en el futuro se puedan re-alizar nuevas herramientas de trabajo con carácter predictivo y terapéutico.
- Revisar los mecanismos de evaluación del programa Materno Infantil respecto a las pacientes maternas complicadas y establecer nuevos protocolos que permitan seleccionar las que realmente tienen criterio de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Generalizar los estudios de esta investigación a los especialistas de Obstetricia y Ginecología y Medicina Intensiva y Emergencias con la intención de conocer el comportamiento de la paciente materna extremadamente grave en nuestra provincia en relación

a la media nacional e internacional.

43.6 Bibliografía

- 1.Caballero López, A. Terapia Intensiva. 2da. Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2008. Tomo I. Sección IV. Capítulo 25-28. Pág 239-399.
- 2.Caballero López, A. Terapia Intensiva. 2da. Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2008. Tomo II. Sección V-VI. Capítulo 29-65. Pág 405-936.
- 3.Caballero López, A. Terapia Intensiva. 2da. Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2008. Tomo III. Sección VII-XI. Capítulo 73, 79, 81, 85, 87, 88, 90, 91-97. Pág 1030-1050, 1113-1125, 1137-1155, 1185-1191, 1205-1212, 1217-1226, 1234-1257, 1263-1341.
- 4.Caballero López, A. Terapia Intensiva. 2da. Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2008. Tomo IV. Sección XII-XIV. Capítulo 99-101, 103, 107-110, 114, 116, 123-124. Pág 405-936.
- 5.Márquez Capote, E. y Colab. Manual de Cuidados Respiratorios y Ventilación Mecánica. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba. 2010.
- 6.Colectivo de autores. La morbilidad materna extremadamente grave, un reto actual para la reducción de la mortalidad materna. Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología (INHEM). Editorial Molinos Trade S.A., 2013.
- 7.Colectivo de autores. Recomendaciones ante complicación no obstétrica de gestantes y puérperas. Editorial Ciencias Médicas, 2017.
- 8.Vázquez Mata G, Jiménez M, Rivera Fernández R, Bravo M, Zimmerman J, Knaws W. Objetivación de la gravedad mediante el sistema APACHE II aplicado en España. Arch Bronconeumol. 2005; 39(56):217-22.
- 9.García Delgado M, Rivera Fernández R, Ruiz R, Navarrete Navarro P, Vázquez Mata G. Análisis de mortalidad en una unidad de cuidados intensivos neurotraumatológica según el sistema APACHE III. Med Clin Barc. 2005; 117(12):446-451.
- 10.Fernández Reverón, F. Sistemas de evaluación de la gravedad en Terapia Intensiva. En: De la Torre Montejo E, editor. Pediatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 626-33.
- 11.Alexis Cuevas Sautié, Fernando Fernández Reverón. Actualización del modelo predictivo SEGRAV 23, intervenciones diagnósticas terapéuticas de mayor riesgo. Rev Cubana Pediatr. 2018;90(1)
- 12.Fernando Fernández Reverón, Aymé Lescay Viscaya, Julio César Francisco Pérez, Caridad Machado Betarte. El ácido láctico y la escala SEGRAV-23 como valores pronósticos de gravedad en niños críticos. Revista Cubana de Pediatría. 2016;88(2):156-165
- 13.Fernández Reverón, Fernando; Lescay Viscaya, Aymé; Francisco Pérez, Julio César; Machado Betarte, Caridad. El ácido láctico y la escala SEGRAV-23 como valores pronós-

ticos de gravedad en niños críticos / Lactic acid and SEGRAV-23 scale as predictive values of severity in critically-ill children. Rev. cuba. pediatr;88(2):0-0, abr.-jun. 2016. ilus.

14. Rabiél Cárdenas Peña, Aylín Domínguez Tabasco, Karen Luz Torres Rojas, Alfredo Omar Abull Ortega, Julio Antonio Pérez Pantoja. Factores de riesgo de la morbilidad materna crítica en embarazadas de Las Tunas. Risk factors for critical maternal morbidity in pregnant women from Las Tunas. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Vol. 41, número 10. Octubre 2016.

15. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Corrales Gutiérrez A, Benavides Casal ME, Tempo Dalberto C. Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave. Rev. Cubana Obstet Ginecol [revista en internet]. 2010 [citado 27 de octubre 2016]; 36(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200002.

16. Urrutia Mora O. Sistema para evaluar la gravedad de los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (SEGRAV-23). [CD-ROM]. IV Congreso Internacional de Urgencia, Emergencia y Medicina Intensiva (URGRAV 2006). La Habana: Desoft s.a.; 2006.

17. Pupo JJM, González AJC, Cabrera LJO, Martí GGM. Morbilidad materna extrema según causas de admisión en cuidados intensivos. Rev Cub Med Int Emerg 2017; 16 (3).

18. Suárez Moreno R. Maternas complicadas. Trabajo de terminación de la especialidad para optar por el título de Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Camaguey: Hospital Docente Ginecobstétrico "Ana Betancourt", 2002.

19. García de Lorenzo A, López Martínez J, Sánchez Castillo M. Respuesta inflamatoria sistémica: definiciones, marcadores inflamatorios y posibilidades terapéuticas. Medicina Intensiva. 2004;24:361-70.

20. Arabi Y, Haddad S, Al Maliks. Assessment of performance of four mortality prediction systems in a Saudi Arabian intensive care unit. Crit Care Med. 2002;6(2): 166-74.

21. Armando Avellaneda González, Jesús Hernández Cabrera, Carmen Ulloa Gómez, Marla Deulofeu Jiménez. Hematoma retroplacentario: su repercusión en la morbi-mortalidad perinatal. Rev Cubana Obstet Ginecol v.23 n.2 Ciudad de la Habana jul.-dic. 1997

22. Nora Priscila González Carbajal, Manuel Antonio Díaz de León Ponce, José Meneses Calderón, Carlos Gabriel Briones Vega, Jesús Carlos Briones Garduño. Mortalidad materna por eclampsia complicada con hemorragia cerebral, microangiopatía trombótica, fuga capilar y falla orgánica múltiple. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Vol. XXIII, Núm. 4 / Oct.-Dic. 2009, pp 206-210

23. Manuel Duárez Coronado, Nuria Izquierdo Méndez, Miguel Ángel Herraiz Martínez, José Antonio Vidart Aragón. Eclampsia y encefalopatía posterior reversible. <http://www.elsevier.es>. Prog Obstet Ginecol. 2013;56(5):261—265

24. Milagros Eusebia Muñiz Rizo, Vivian Asunción Álvarez Ponce, Wendy Felipe Cutié. Acretismo placentario. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2015;41(2):190-196
25. Angstmann T, Gard G, Harrington T, Ward E, Thomson A, Giles W. Surgical management of placenta accrete: a cohort series and suggested approach. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202:38.
26. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* [Internet] 1997 [citado 12 marzo 2014];177: [aprox 3 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937897704630>
27. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia postparto. *Rev. Peruana de ginecología y obstetricia*, 2015, vol.54, nº4, p.233-243.
28. Omar Dueñas G., Hugo Rico O., Mario Rodríguez B. Actualidad En El Diagnóstico Y Manejo Del Acretismo Placentario. *Rev Chil Obstet Ginecolinecol* 2007; 7(4): 266-27
29. José Antonio Viruez-Soto, Jhosep Nilss Mendoza-López Videla, Sabrina Da Re-Gutiérrez, Gerald Nicole Chuquimia-Rodríguez, Oscar Vera-Carrasco. Disfunción Orgánica Múltiple En Obstetricia Crítica. *Rev Med La Paz*, 23(1); Enero - Junio 2017
30. Behrens I, Basit S, Lykke JA, Ratte MF, Wohlfhart J, Bundgaard H, et al. Association Between Hypertensive Disorders of Pregnancy and Later Risk of Cardiomyopathy. *JAMA* 2016; 315(10):1026-1033.
31. Metcalfe A, Lix LM, Johnson JA, Currie G, Lyon AW, Bernier F, Tough SC. Validation of an obstetric comorbidity index in an external population. *BJOG* 2015;122:1748-1755.
32. Blanca E Herrera Morales, Juan Lara Cruz, Victoria Ortega López. Predictores de la mortalidad en pacientes con sepsis obstétrica mediante el uso de una puntuación de sepsis obstétrica y evaluación secuencial de falla orgánica-obstétrica. *Med Crit* 2017;31(6):326-332. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/medicinacritica>
33. Sandra Amalia Sánchez Figueredo, Julia Matilde Pupo Jiménez, Julio César González Aguilera, Adonis Frómeta Guerra, César Emilio Sánchez Alarcón. Morbilidad por causas directas obstétricas en la unidad de cuidados intensivos. *Multimed* 2014; 18(3)
34. Alexander Torres Molina, Osvaldo Urrutia Mora, Joennis Roche Torres, Norge Cabreja Silot, Edelmis Pérez Salomón. Aplicación de la escala SEGRAV-23 a pacientes ventilados en unidades de cuidados intensivos pediátricos y de adultos. *Rev Cub Med Int Emerg* 2013;12(3) 159-171
35. Osvaldo Urrutia Mora, Alexander Torres Molina, Delvis Cruz Pérez, Anabel Sánchez

Sanamé. Aplicación de dos sistemas de valoración pronóstica: TISS-28 y SEGRAV-23. Rev Cub Med Int Emerg 2013;12(2) 57-69

36.Zulyma Isbeth Blanco Maldonado. Evaluación Del APACHE Tipo II Como Escala Pronóstica De Mortalidad Materna. Boletín Médico de Postgrado. Vol. XXIX N° 1 2013; 58-65

37.Eduardo Malvino. Morbilidad materna aguda severa y condiciones de gravedad de enfermas obstétricas al ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina Intensiva 2014 - 31 N° 41-12.

Capítulo 44

44 EL SERVICIO DE CIRUGÍA O QUIRÓFANO EN EL MEDIO HOSPITALARIO

SANDRA ZAPICO LÓPEZ

NURIA ZAPICO FERNÁNDEZ

M DEL PILAR ARTOS RIO

M NERIDA MADERA FERNANDEZ

ROCÍO PILLADO LOUZAO

44.1 Introducción

Se conoce como quirófano o sala de cirugía a la instalación que se encuentra en todos los ámbitos hospitalarios, sanatorios, clínicas o centros especializados.

Está acondicionada y acomodada para la realización de las intervenciones quirúrgicas a los pacientes que lo requieran.

También se cuentan con otras actividades como anestesia, servicio de rayos, reanimación y gran variedad de actividades dentro de este servicio.

Está disponible las 24 horas del día durante los 365 días ante cualquier urgencia o imprevisto que pueda ocurrir sin ser esperado y sea de gravedad o requiera atención médica inmediata.

44.2 Objetivos

Describir algunas características que debe de cumplir un quirófano o sala de cirugía.

44.3 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.

44.4 Resultados

En este servicio de cirugía, las reglas o normas son delicadas debido a que es una zona altamente estéril para evitar la entrada de cualquier agente infeccioso o microorganismo que pueda provocar un alto riesgo para la vida del paciente al que se le esté realizando la intervención quirúrgica, entonces algunas de las características pueden ser:

- Esta sala de cirugía debe de estar en un lugar cerrado donde no exista el paso del aire.
- Debe de encontrarse en un lugar solitario e independiente a las demás instituciones hospitalarias, pero próximo al laboratorio, servicio de urgencias, reanimación, farmacia, banco de sangre.
- El paso de personas debe de ser el menor posible, solo debe de tener autorización de entrada el personal sanitario que vaya a participar en la intervención quirúrgica. (Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, anestesiólogo, radiólogo, celador, cirujano...)
- La limpieza y desinfección de este servicio debe de ser extremadamente exigente porque es una zona donde todo tipo de material se encuentra estéril y puede causar un alto riesgo en el paciente la aparición de cualquier agente patógeno o microorganismo.
- Asegurarse de que todo el material necesario para cada operación esté adecuadamente limpio, desinfectado y esterilizado y colocado adecuadamente en su almacén o lugar para la intervención quirúrgica.
- Antes de la operación, todo el personal sanitario especializado que vaya a participar en ella, deben de realizarse un proceso estricto de lavado de manos a codos y con ayuda para vestirse sin entrar en contacto con absolutamente nada.

44.5 Discusión

El quirófano es el lugar o sala de todos los hospitales donde se realizan las intervenciones quirúrgicas hospitalarias, que en algunos casos permiten salvarle la vida a las personas, con la ayuda de todos los grandes profesionales que forman parte de la rama de la salud. Destacamos para finalizar que los profesionales de quirófano siempre brindan y ofrecen lo mejor de sí por salvar la vida de cada una de las personas que acuden al medio hospitalario con alguna patología o problema de salud, que si no se trata a tiempo en algunos casos puede llegar a desencadenar la muerte, de ahí la importancia del quirófano hospitalario y del personal que trabaja en el mismo.

44.6 Bibliografía

Bishop, WJ (1995). The Early history of surgery. Barnes & Noble. ISBN 1-56619-798-8
K.-H. Tscheliessnigg: Der Hybrid-OP-Saal als multifunktionaler Therapieraum der Zukunft {= Interdisziplinarität, bildgeführte Therapie, Integration medizinischer Technologie wie CT, Angiographie, Navigation und Robotic in: Journal für Kardiologie {= Austrian Journal of Cardiology 2010; 17 (7{=8), 285{=292

Capítulo 45

45 USO DE CLORHEXIDINA HIGIENE DEL PACIENTE CRÍTICO

MARTA GONZÁLEZ ALVAREZ

DIANA CAROLINA DIAZ MARIN

BLANCA PÉREZ GARCÍA

SHEREZADE ÁLVAREZ PIRIZ

ANGELA PEREZ GARCIA

45.1 Introducción

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano una de las funciones de la piel es la protección que protege al organismo de la entrada de patógenos pero también en la piel se halla una microbiota.

En los pacientes hospitalizados la piel puede llegar a estar colonizada por bacterias que son las responsables de provocar diversas infecciones.

Usar un jabón con pH alcalino puede alterar el pH de la piel, también es muy importante evitar la fricción y dejar la piel con humedad.

Dados los casos de infecciones por bacterias multirresistentes eliminando dichas bacterias, podrían verse reducidas las infecciones nosocomiales.

45.2 Objetivos

Aportar información sobre el uso de clorhexidina en la higiene del paciente crítico.

45.3 Metodología

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica hemos recopilado una serie de artículos, con la finalidad de sintetizar información en lo que se refiere a la prevención y el control de la infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos. Palabras clave: "infecciones nosocomiales", "infecciones en UCI", "prevención infección nosocomial UCI", "uso clorhexidina pacientes UCI".

45.4 Resultados

Se han realizado varios estudios que demuestran como una higiene diaria con clorhexidina en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos puede ayudar a eliminar bacterias multiresistentes, por tanto podrían verse reducidas las infecciones nosocomiales, las cuales conllevan a un aumento de la estancia hospitalaria, una mayor mortalidad, y un mayor de incremento de costes hospitalarios.

Por otro lado también contribuye a disminuir la posibilidad de una contaminación cruzada, como son la contaminación de hemocultivos por la introducción de algún microorganismo de la flora cutánea en el momento de recogerse la muestra, esto conlleva un aumento de costes sanitarios, un aumento de pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios.

La clorhexidina ha sido desarrollada en Inglaterra en 1954, es bactericida, virucida y fungicida. A baja concentración es efectivo contra las bacterias gram positivas, y a altas concentraciones es efectiva contra las bacterias gramnegativas y hongos.

La clorhexidina ha demostrado en muchos estudios ser un método muy eficaz para la disminución de infecciones nosocomiales, y de la colonización por microorganismos resistentes a los fármacos, entre los pacientes de las unidades de cuidados intensivos.

Por todo ello, una higiene diaria con clorhexidina en los pacientes de unidades de cuidados intensivos, ha demostrado que ayuda a reducir las bacteriemias por catéter y a disminuir la contaminación de hemocultivos.

45.5 Discusión

En varios estudios se ha demostrado que el uso de clorhexidina para la higiene diaria de pacientes en las unidades de cuidados intensivos es muy eficaz, para reducir las infecciones nosocomiales por microorganismos multiresistentes, y ayudar a disminuir la contaminación cruzada como puede ser la contaminación de hemocultivos. Todo esto conlleva una mejor calidad en la atención del paciente y una reducción significativa de costes sanitarios y de pruebas y tratamientos innecesarios. También conlleva a disminuir el tiempo de estancia hospitalaria y a reducir la mortalidad.

Se ha demostrado que la higiene con clorhexidina ayuda a prevenir la propagación de infecciones.

45.6 Bibliografía

P.M. Olaechea, J. Insausti, A. Blanco, P. Luque.
Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales.
Med Intensiva., 34 (2010), pp. 256-267
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2009.11.013> | Medline

W.G. Melsen, M.M. Rovers, R.H. Groenwold, D.C. Bergmans, C. Camus, T.T. Bauer, et al.
Attributable mortality of ventilator-associated pneumonia: A meta-analysis of individual patient data from randomised prevention studies.
Lancet Infect Dis, 13 (2013), pp. 665-671

[http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70081-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70081-1) | Medline

M. Karvouniaris, D. Makris, E. Manoulakas, P. Zygoulis, K. Mantzarlis, A. Triantaris, et al.

Ventilator-associated tracheobronchitis increases the length of Intensive Care Unit stay.

Infect Control Hosp Epidemiol, 34 (2013), pp. 800-808

<http://dx.doi.org/10.1086/671274> | Medline

M.L. Cantón-Bulnes, M.A. González-García, M. García-Sánchez, A. Arenzana-Seisdedos, J. Garnacho-Montero.

Estudio caso-control del impacto clínico de la traqueobronquitis asociada a la ventilación mecánica en pacientes adultos, que no desarrollan neumonía asociada a ventilación mecánica.

Enferm Infecc Microbiol Clin., (2018),

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2017.12.005>

Capítulo 46

46 RESONANCIA MAGNÉTICA DEL CORAZÓN

DESIRÉE MEL GONZÁLEZ

46.1 Introducción

El corazón es un órgano perteneciente al sistema circulatorio, tiene el tamaño de un puño y es el encargado de bombear la sangre al resto del cuerpo.

La Resonancia Magnética (RM) es una prueba de imagen no invasiva, la cuál no utiliza radiación ionizante, sino un campo magnético que se genera alrededor del paciente para crear las imágenes de las diferentes estructuras del cuerpo.

Esta prueba de imagen la utilizaremos para evaluar la anatomía del corazón, la función cardíaca, las arterias coronarias y estructuras adyacentes entre otros muchos estudios que podemos realizar gracias a esta prueba.

46.2 Objetivos

-Dar a conocer algunos de los usos comunes, ventajas y riesgos de la Resonancia Magnética Cardíaca.

46.3 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, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

46.4 Resultados

Para llevar a cabo esta prueba, no se requiere de una preparación previa del paciente. Simplemente, el paciente tendrá que quitarse la ropa y todo objeto metálico que porte, así como también deberá informar sobre si lleva algún tipo de implante. Se le proporcionará una bata y se tumbará en la camilla en decúbito supino.

Las mujeres deberán comunicar la posibilidad de embarazo en el momento de la prueba.

Una vez que tenemos al paciente tumbado en la camilla, el técnico de radiodiagnóstico colocará unas bobinas capaces de enviar y recibir las ondas de radio. Es posible que durante el estudio el paciente tenga que contener la respiración por un breve espacio de tiempo.

Algunos estudios requieren del uso de un material de contraste, en este caso usaremos el gadolinio, al ser el contraste que menos reacciones adversas genera a los pacientes.

Algunos de los estudios que podemos obtener con esta prueba son:

- Evaluación de la anatomía y el funcionamiento de las cámaras del corazón.
- Evaluación de las válvulas cardíacas y del tamaño de los vasos sanguíneos.
- Planificar el tratamiento de un paciente con problemas cardiovasculares.
- Diagnosticar enfermedades cardiovasculares y congénitas del corazón.
- Evaluar arritmias o situaciones en las que casi se produce una muerte súbita.
- Monitorizar la hipertensión pulmonar.
- Estudiar las masas alrededor del corazón.

La Resonancia Magnética Cardíaca nos aporta unos beneficios:

- Es una prueba no invasiva y no utiliza radiación ionizante.
- Puede detectar anomalías tempranas del corazón, las cuales no se podrían detectar con otras pruebas de imagen.
- Se utiliza durante procedimientos quirúrgicos.
- Permite evaluar la función del corazón y los principales vasos.

Por otro lado, también hay que tener en cuenta una serie de riesgos:

- El uso de material de contraste puede ocasionar reacciones alérgicas, aunque es muy poco probable.
- Si se ha sedado al paciente, es necesario controlar sus signos vitales para evitar complicaciones.

46.5 Discusión

Una vez que se obtienen todas las imágenes, el técnico revisará que están todas correctas y se las enviará al radiólogo.

Finalmente, el paciente ya podrá vestirse. En caso de haberle suministrado el material de contraste, no es necesario que guarde ningún tipo de reposo antes de irse, podrá retirarse a su hogar inmediatamente después de la prueba.

El radiólogo revisará e interpretará las imágenes obtenidas y enviará un informe firmado por él mismo al médico remitente.

Tras la realización de este capítulo llegamos a la conclusión de que la resonancia magnética cardíaca es una prueba que nos aporta más beneficios que riesgos en el estudio cardíaco por lo que resaltamos la utilidad de la misma en el estudio de las patologías cardíacas.

46.6 Bibliografía

<https://www.revespcardiol.org/es-resonancia-magnetica-cardiovascular-practica-cardiologica-articulo-S0300893215006259>
<https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/metodos-diagnosticos/resonancia-magnetica-cardiaca.html>
<https://www.quironsalud.es/blogs/es/corazon-salud/corazon-dentro-gracias-resonancia-cardiaca>

Capítulo 47

47 EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MEDIO HOSPITALARIO

GEMMA FRANCO FERNÁNDEZ

47.1 Introducción

Se conoce como servicio de urgencias, al lugar del medio hospitalario donde acuden las personas cuando sufren o padecen algún problema y sea de forma imprevista o inesperada, para que los profesionales de la salud le realicen un chequeo y puedan darle un diagnóstico y tratamiento para ponerle una solución.

Las urgencias en los hospitales aparecen en el momento en el que el medio hospitalario comenzó a ser administrado por organismos públicos , por lo que se empezó a clasificar a los pacientes que acudían a este servicio según su gravedad o patología que padeciesen intentando buscar una solución para ello.

47.2 Objetivos

Dar a conocer el funcionamiento del servicio de urgencias, los tipos de triaje que existen en el servicio de urgencias y algunas de las funciones que puede realizar el TCAE.

47.3 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

47.4 Resultados

La entrada al servicio de urgencias es un vestíbulo que está entre la sala de espera del acompañante del paciente y el resto de áreas dentro del servicio de urgencias, porque aquí deben de pasar todos para adentrarse en el servicio de urgencias. También habrá una zona en la que dejarán reservada para las ambulancias que lleguen

con los pacientes independientemente de las causas que sean.

La recepcionista está en un mostrador en el vestíbulo a la entrada de las diferentes salas o box donde se encuentra cada paciente a la espera de su atención médica, esta registra la entrada de los pacientes al servicio de urgencias mediante una pulsera identificativa y un informa que tiene archivado tanto en un documento como en la historia clínica de cada uno de estos donde quedará registrado su visita al servicio de urgencias y la causa o causas por las que haya acudido.

En el paso intermedio se encuentra la aparición del celador que transporta a los pacientes de un box a otro o asiste al TCAE en lo que requiera.

A continuación, vamos a hablar sobre los diferentes tipos de triaje que existen en el medio hospitalario dentro del servicio de urgencias:

- Triage rojo: el paciente debe ser atendido ya, nada más llegar porque su vida corre un alto riesgo y puede llegar a fallecer.

- Triage naranja. El paciente debe ser atendido de inmediato, nada más llegar a este servicio porque corre riesgo vital.

- Triage amarillo: el paciente debe de ser atendido sin esperar mucho tiempo.

- Triage verde. El paciente no corre riesgo, está estable, por lo tanto, puede esperar.

Algunas de las funciones que puede realizar el TCAE en el servicio hospitalario en general y en el de urgencias en particular pueden ser:

- Aseo a los pacientes.

- Cambio de pañales.

- Cambio de la ropa de cama o de la ropa que vista el paciente.

- Control de líquidos y diuresis.

- Ayuda a comer a quienes lo necesiten.

47.5 Discusión

Para finalizar este trabajo resaltamos que se debe de saber y conocer que todos los profesionales de la salud que trabajan en este servicio, están disponibles las 24 horas del día durante los 365 días del año ante cualquier imprevisto que pueda surgir una persona o accidente que no sea esperado.

Se debe de acudir a este servicio cuando una persona tenga un problema de salud o haya sufrido cualquier accidente que sea de importancia y requiera atención médica cuanto antes, porque si no lo que puede ocurrir es que las urgencias, con un exceso de pacientes, puedan colapsarse y no fluya de forma rápida.

47.6 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 48

48 EFICACIA DE LOS DIFERENTES ELEMENTOS INMOVILIZADORES EN RADIOTERAPIA SEGÚN LA ZONA A TRATAR

ISABEL GARCÍA AGUDÍN

48.1 Introducción

El objetivo de la radioterapia es maximizar el control del tumor y minimizar las complicaciones en el tejido normal circundante. El éxito de la radioterapia depende principalmente de la precisión y la reproducibilidad del tratamiento diario. Muchos estudios han demostrado que un sistema de inmovilización eficaz puede reducir las variaciones de posicionamiento y mejorar el resultado del tratamiento de radioterapia.

Con la introducción de muchos accesorios de inmovilización disponibles comercialmente, los departamentos de oncología han desarrollado sus propios sistemas de inmovilización para pacientes con cáncer específicos y técnicas de radioterapia en función de sus recursos disponibles y protocolos de tratamiento. Dado que ahora hay muchas opciones de dispositivos de inmovilización disponibles en el mercado, es posible que se haya desarrollado más de un sistema de inmovilización para el tratamiento de una enfermedad específica.

48.2 Objetivos

Evaluar los diversos posicionamientos de los pacientes en el área de radioterapia y determinar las ventajas y desventajas de los distintos sistemas de inmovilización

48.3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. La estrategia de búsqueda de los diferentes artículos se ha llevado a cabo durante la semana del 30 de enero al 20 de mayo de 2022, con las siguientes características:

- Artículos con un período de publicación: últimos 10 años (2012-2022).
- Artículos de textos completos.
- Artículos originales, revisiones sistemáticas y revisiones bibliográficas.

Las bases de datos en las que se ha realizado la búsqueda son las siguientes:

- PubMed
- ELSEVIER
- Google Scholar
- Medline plus

Los descriptores utilizados han sido:

- Radioterapia
- Sistema de inmovilización
- Imagenología

48.4 Resultados

Para la región de la cabeza y el cuello, los resultados mostraron que el sistema H&N-OF proporcionó una precisión de configuración relativamente mejor que el H&N-HR en las direcciones de traslación, pero no en la dirección de balanceo. Una posible explicación de la desviación de balanceo relativamente grande en el H&N-OF fue el método de fijación de 5 puntos del sistema Orfit (Orfit Industries NV, Wijnegem, Bélgica).

En comparación con el yeso termoplástico Tipo S de CIVCO Medical Solutions (Orange City, IA), a pesar de que el yeso de Orfit era más estable, había una tendencia a aplicar una fuerza desequilibrada desde cada lado al fijar el yeso en la placa base, lo que resultó en una ligera rotación de la cabeza del paciente. En las regiones del pecho, abdomen y pelvis, la principal diferencia entre los dos sistemas de inmovilización fue el uso de VacLok® (CIVCO Medical Solutions) y BodyFIX® (Medical Intelligence, Medizintechnik GmbH, Schwabmünchen, Alemania) precisa.

A pesar de que algunos estudios previos informaron que la configuración de la placa de mama en decúbito prono (CIVCO Medical Solutions) en el tratamiento de la mama ofrecía algunos beneficios dosimétricos, la consideración financiera y la comodidad del paciente pueden ser factores más relevantes a considerar. Para la región del seno, nuestro resultado mostró que el sistema Breast-VL fue significativamente más efectivo que el sistema Breast-PB y, por lo tanto, proporcionaría una configuración más precisa .

En este estudio, aunque el peso corporal y el tamaño de los senos de las pacientes no se evaluaron antes de la decisión de la posición del tratamiento, los oncólogos tendieron a seleccionar Breast-PB para pacientes con un tamaño de senos más grande. Esto podría explicar la menor precisión en el sistema Breast-PB, en el que la región de tratamiento era más móvil en pacientes con mama grande y sería más difícil lograr una alta reproducibilidad en la configuración del tratamiento .

Los errores sistemáticos y aleatorios comparables entre los dos sistemas mostraron que demostraron un rendimiento similar en la inmovilización y, por lo tanto, la precisión de la configuración no sería la razón principal para seleccionar entre estos dos sistemas. En cambio, la consideración financiera y la comodidad del paciente pueden ser factores más relevantes a considerar. Para la región del seno, nuestro resultado mostró que el sistema Breast-VL fue significativamente más efectivo que el sistema Breast-PB y, por lo tanto, proporcionaría una configuración más precisa .

48.5 Discusión

Entre las diferentes regiones del cuerpo, la inmovilización del cráneo produjo la menor desviación, mientras que el sistema mamario prono fue el peor. Se encontraron diferen-

cias al comparar la efectividad de los dos sistemas de inmovilización en la región de la cabeza y el cuello, donde el sistema H&N-OF fue ligeramente más efectivo, mientras que los sistemas VacLok y BodyFIX no mostraron mucha diferencia en las regiones del tórax, el abdomen y la pelvis. Para el caso de los senos, la posición supina con VacLok fue mucho más estable que la técnica de senos en decúbito prono.

En resumen, nuestros datos sugieren que el escaneo de superficie óptica se puede utilizar para el posicionamiento diario al menos para complementar las modalidades de imágenes convencionales. La precisión del sistema parece aceptable en comparación con el posicionamiento del paciente basado únicamente en las marcas de la piel. Sin embargo, dada la inesperada alta precisión del posicionamiento basado en la espinilla de los datos evaluados no se pudo derivar ninguna mejora significativa en el posicionamiento del paciente mediante el uso de superficie óptica.

Esto subraya la alta calidad del posicionamiento del paciente que se puede lograr con el posicionamiento basado en marcas en la piel si se usa mucho y se entrena bien. Más adelante se observa que el registro en el eje longitudinal es menos confiable, especialmente en la localización pélvica. Por lo tanto, se necesita una evaluación prospectiva adicional basada en protocolos estrictamente predefinidos para determinar los enfoques y parámetros de exploración óptimos, por ejemplo, con respecto al uso de una imagen de referencia óptica en lugar de una imagen de superficie reconstruida a partir de la TC de planificación, como recomiendan otros. Esto también podría aclarar los hallazgos inconsistentes con respecto a los subgrupos de pacientes (por ejemplo, con objetivos pélvicos) que parecen menos adecuados para el posicionamiento mediante exploración de superficie per se.

El posicionamiento en decúbito supino se asocia con desviaciones de configuración significativamente menores que el posicionamiento en decúbito prono en RT de pacientes con cáncer de recto. Sin embargo, la diferencia es pequeña y puede tener una importancia clínica limítrofe. Las dosis o los volúmenes de dosis en el intestino delgado no fueron significativamente diferentes entre las dos posiciones. Por lo tanto, la posición de tratamiento óptima para pacientes con cáncer de recto puede guiarse de manera segura por consideraciones prácticas y factores individuales, como la posición más cómoda para el paciente.

48.6 Bibliografía

1. Cheng KF, Wu VW. Comparison of the effectiveness of different immobilization systems in different body regions using daily megavoltage CT in helical tomotherapy. *Br J Radiol* [Internet]. 2014 [citado 20 may 2022]; 87(1034):20130494. doi: 10.1259/bjr.20130494.
2. Gilles M, Fayad H, Miglierini P, Clement JF, Scheib S, Cozzi L, Bert J, Boussion N, Schick U, Pradier O, Visvikis D. Patient positioning in radiotherapy based on surface imaging using time of flight cameras. *Med Phys* [Internet]. 2016 [citado 20 may 2022]; 43(8):4833. doi: 10.1118/1.4959536.
3. Frøseth TC, Strickert T, Solli KS, Salvesen Ø, Frykholm G, Reidunsdatter RJ. A randomized study of the effect of patient positioning on setup reproducibility and dose distribution to organs at risk in radiotherapy of rectal cancer patients. *Radiat Oncol* [Internet].

2015 [citado 20 may 2022]; 10:217. doi: 10.1186/s13014-015-0524-3.

4. Liebl J, Paganetti H, Zhu M, Winey BA. The influence of patient positioning uncertainties in proton radiotherapy on proton range and dose distributions. *Med Phys* [Internet]. 2014 [citado 20 may 2022]; 41(9):091711. doi: 10.1118/1.4892601.

5. Kurz C, Süss P, Arnsmeier C, Haehnle J, Teichert K, Landry G, Hofmaier J, Exner F, Hille L, Kamp F, Thieke C, Ganswindt U, Valentini C, Hölscher T, Troost E, Krause M, Belka C, Küfer KH, Parodi K, Richter C. Dose-guided patient positioning in proton radiotherapy using multicriteria-optimization. *Z Med Phys* [Internet]. 2019 [citado 20 may 2022]; 29(3):216-228. doi: 10.1016/j.zemedi.2018.10.003.

Capítulo 49

49 ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL

CRISTINA VÁZQUEZ VAQUERIZO

49.1 Introducción

Este trabajo se plantea para estudiar la estrecha relación que une al paciente renal con el profesional de enfermería. Este tipo de pacientes, no cuentan con el factor de curabilidad de su proceso, lo que les lleva a tener que desarrollar terapias para el deterioro y retrasar el inicio de los tratamientos sustitutivos.

A partir de ese momento, el personal de enfermería tiene que desarrollar una serie de cuidados que más allá de la terapia en sí, proporciona educación sanitaria, apoyo familiar, emocional y, en algunas circunstancias, apoyo social.

Por tanto, es necesario conocer cómo se desarrolla la labor de enfermería sobre este tipo de pacientes para conocer la influencia que tienen sobre su pronóstico.

49.2 Objetivos

Hacer una revisión de la literatura científica referente al proceso enfermero en los pacientes con enfermedad renal crónica.

49.3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 consultan fuentes de información no indexadas, como por ejemplo protocolos de diversos servicios de salud.

49.4 Resultados

En una buena actuación de enfermería para paciente con enfermedad renal crónica (en adelante ERCA), se hace imprescindible conocer cuanto sabe el paciente de su proceso,

de su tratamiento farmacológico, y de los aspectos dialíticos y dietéticos de su terapia, para saber como establecer las estrategias adecuadas y conseguir que el paciente sea capaz de manejar su enfermedad y retardar los efectos que supone este diagnóstico y tratamiento en su calidad de vida.

Al hablar estrictamente de las funciones de enfermería en hemodiálisis hay una parte tecnológica necesaria para la correcta realización de la diálisis que comprende el montaje y desmontaje del circuito sanguíneo, montaje y desmontaje del circuito del líquido de diálisis, control del sistema de monitorización, análisis de aguas y conocimientos informáticos y técnicos del aparataje que interviene en el procedimiento.

Existen otras técnicas asociadas que se han de tener en cuenta tales como: punción y/o manipulación de los accesos venosos para hemodiálisis, control de constantes vitales, vigilancia de signos y síntomas, detectar y solucionar complicaciones y/o efectos adversos, recogida de muestras, administración de medicación según prescripción facultativa.

Por ello, la enfermera precisa de una formación y capacitación constante para la realización de las funciones ya citadas, así como para desempeñar acciones educativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, siendo fundamental en el manejo de la enfermedad.

49.5 Discusión

Tal y como hemos observado durante la investigación realizada para este trabajo, el papel de enfermería en el servicio de hemodiálisis es de vital importancia, ya que es el cuidado integral del paciente pivota sobre actividades cuyo desempeño corresponde a la enfermería: proporcionando educación sanitaria, apoyo familiar y emocional, lo que redundará en la calidad de vida del paciente. Asimismo, los conocimientos técnicos en los distintos procedimientos y el abordaje de complicaciones que puedan surgir, hacen que la enfermera será una pieza fundamental en el paciente con ERCA.

Hacemos mención expresa de la necesidad de formación continua para este tipo de profesionales en el ámbito técnico donde los avances en aparataje, instrumentos y materiales son constantes como en aspectos de cuidado del paciente en la esfera psicosocial.

49.6 Bibliografía

1. Glenn M. Preminger. msdmanuals.com [Internet]. Durham: msdmanuals.com; [actualizado en abril de 2022; consultado el 05-09-2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-renales-y-del-tracto-urinario/biolog%C3%ADa-de-losri%C3%B1ones-y-de-las-v%C3%ADas-uritarias/ri%C3%B1ones>
2. Carracedo J, Ramírez R. Nefrología al día. Fisiología Renal. Nefrologiaaldia.org [Internet]. [actualizado el 05-10-2020; consultado el 05-09-2022]. Disponible en:

<https://www.nefrologiaaldia.org/335>

4. Lorenzo Sellarés V, Luis Rodríguez D. Nefrología al día. Enfermedad Renal Crónica. Nefrologiaaldia.org [Internet]. [actualizado el 17-0-2022; consultado el 05-09-2022]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/136>

5. Insuficiencia renal crónica [Internet]. Clínica Universidad de Navarra. [consultado el 11-09-2022]. Disponible en: Insuficiencia renal crónica: Síntomas, diagnóstico y tratamiento. CUN

6. Tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica [Internet]. Hospital Universitari Clínic Barcelona. [consultado el 11-09-2022]. Disponible en: Tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica | PortalCLÍNICA (clinicbarcelona.org)

7. Hemodiálisis y diálisis peritoneal [Internet]. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. [consultado el 11-09-2022]. Disponible en: <https://fundacionrenal.com/contenido/hemodialisis-y-dialisis-peritoneal-2/>

8. Diálisis peritoneal [Internet]. NIDDK. [consultado el 11-09-2022]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/insuficiencia-peritoneal#que>

9. Ruiz Capellán R. Módulo 7 Accesos vasculares para hemodiálisis. Temario del experto universitario en enfermería en hemodiálisis; 2020; Aula Siena Salud.

10. Cases A, Egocheaga MI, Tranche S, Pallarés V, Ojeda R, Górriz JL, Portolés JM. Anemia en la enfermedad renal crónica: protocolo de estudio, manejo y derivación a Nefrología. Nefrología [Internet]. 2018 [consultado el 15-09-2022]; 38 (1): 8-12. Disponible en: <https://revistanefrologia.com/es-anemia-enfermedad-renal-cronica-protocolo-articulo-S0211699517301>

11. García F, Gutiérrez E, Quintanilla N, Ríos F. Los medicamentos en la insuficiencia renal. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. Servicio de Nefrología. Unidad de diálisis ICN {= San Luciano. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwin8O2sgpf6AhWahc4BHQkXDcMQFnoECAVbrUjqxProt3> (último acceso 15 septiembre 2022).

12. López Gómez JM, Vega Martínez A. Alteraciones Cardiovasculares en la Enfermedad Renal Crónica. Nefrología al día [Internet]. [consultado el 15-09-2022]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/179>

13. Goicoechea Diezhandino M. Módulo 5. Enfermedad renal crónica. Algoritmos en nefrología. Sociedad Española de Nefrología [Internet]. 2012 [consultado el 18-09-2022]. Disponible en: 02_Algoritmos mod_5.indd (elsevier.es)

14. La malnutrición en la enfermedad renal crónica (ERC) [Internet]. Equilibrio renal.

Fundación para el Progreso de la Educación y la Salud; [consultado el 18-09-2022]. Disponible en: Equilibrio Renal | DESNUTRICIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

15. Crespo Montero R, López Soto PJ, Soriano Cabrera S. Actuación ante complicaciones clínicas: hipotensión arterial. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editor. Procedimientos y protocolos con competencias específicas para enfermería nefrológica. Madrid: Grupo Aula Médica; 2013. p. 85-86.

16. López Soto PJ, Crespo Montero R, Soriano Cabrera S. Actuación ante complicaciones clínicas: hipertensión arterial. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editor. Procedimientos y protocolos con competencias específicas para enfermería nefrológica. Madrid: Grupo Aula Médica; 2013. p. 87-88.

17. López Andreu M, Navarro Cabello D, Ruiz García M. Actuación ante complicaciones clínicas: cefaleas. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editor. Procedimientos y protocolos con competencias específicas para enfermería nefrológica. Madrid: Grupo Aula Médica; 2013. p. 89-90.

18. López Andreu M, Navarro Cabello D, Ruiz García M. Actuación ante complicaciones clínicas: náuseas y vómitos. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editor. Procedimientos y protocolos con competencias específicas para enfermería nefrológica. Madrid: Grupo Aula Médica; 2013. p. 91-92.

19. López Andreu M, Navarro Cabello D, Méndez Ordóñez R. Actuación ante complicaciones clínicas: síndrome de desequilibrio dialítico. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editor. Procedimientos y protocolos con competencias específicas para enfermería nefrológica. Madrid: Grupo Aula Médica; 2013. p. 93-94.

20. López Andreu M, Navarro Cabello D, Méndez Ordóñez R. Actuación ante complicaciones clínicas: calambres musculares. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editor. Procedimientos y protocolos con competencias específicas para enfermería nefrológica. Madrid: Grupo Aula Médica; 2013. p. 95-96.

21. López Andreu M, Navarro Cabello D, Torollo Luna I. Actuación ante complicaciones clínicas: reacciones de sensibilidad a la membrana o al óxido de etileno. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editor. Procedimientos y protocolos con competencias específicas para enfermería nefrológica. Madrid: Grupo Aula Médica; 2013. p. 97-98.

22. López Andreu M, Navarro Cabello D, Crespo Montero R. Actuación ante complicaciones clínicas: embolismo gaseoso. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editor. Procedimientos y protocolos con competencias específicas para enfermería nefrológica. Madrid: Grupo Aula Médica; 2013. p. 99-100.

23. López Andreu M, Navarro Cabello D, Ramírez Moreno C. Actuación ante compli-

caciones clínicas: dolor precordial/trastornos del ritmo cardíaco. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editor. Procedimientos y protocolos con competencias específicas para enfermería nefrológica. Madrid: Grupo Aula Médica; 2013. p. 101-103.

24. López Andreu M, Navarro Cabello D, Torollo Luna I. Actuación ante complicaciones clínicas: prurito. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editor. Procedimientos y protocolos con competencias específicas para enfermería nefrológica. Madrid: Grupo Aula Médica; 2013. p. 105-106.

25. López Andreu M, Navarro Cabello D, Ramírez Moreno C. Actuación ante complicaciones clínicas: escalofríos y/o fiebre. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editor. Procedimientos y protocolos con competencias específicas para enfermería nefrológica. Madrid: Grupo Aula Médica; 2013. p. 107-108.

26. López Andreu M, Navarro Cabello D, López Soto PJ. Actuación ante complicaciones clínicas: convulsiones. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editor. Procedimientos y protocolos con competencias específicas para enfermería nefrológica. Madrid: Grupo Aula Médica; 2013. p. 109-111.

27. La importancia de la alimentación [Internet]. Fundación renal Iñigo Álvarez de Toledo. [consultado el 19-09-2022]. Disponible en: <https://fundacionrenal.com/contenido/la-importancia-de-la-alimentacion/>

28. Patiño Villena B. Guía de alimentación para pacientes renales. Murcia: Servicios Municipales de Salud Ayuntamiento de Murcia; [consultado el 19-09-2022]. Disponible en: <https://nefrosan.com/san/images/documentacion/pdfs/att3ny9c.pdf>

29. Villanego F, Naranjo J, Vígara LA, Cazorla JM, Montero ME, García T, Torrado J, Mazuecos A. Impacto del ejercicio físico en pacientes con enfermedad renal crónica: revisión sistemática y metaanálisis. Nefrología [Internet]. 2020 [consultado el 20-09-2022]; 40 (3): 213-370. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-impacto-del-ejercicio-fisico-pacientes-articulo-S0211699520300266>

30. Celadilla Díez O, Guerrero Llamas L, García Llana Helena. Atención en aspectos psicosociales. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editor. Procedimientos y protocolos con competencias específicas para enfermería nefrológica. Madrid: Grupo Aula Médica; 2013. p. 9-10.

31. Hernández Meca ME, Vinagre Rea GM, Miranda Camarero MV. Valoración de enfermería al paciente con ERCA. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editor. Procedimientos y protocolos con competencias específicas para enfermería nefrológica. Madrid: Grupo Aula Médica; 2013. p. 5-7.

32. Guía clínica española del acceso vascular para hemodiálisis. Enfermería nefrológica [Internet]. 2018 [consultado el 21-09-2022]; 21 (1): 1-256. Disponible en:

<https://www.seden.org/documentos/guia-clinica-espanola-del-acceso-vascular-para-hemodialisis>

33. Miranda-Camarero MV. Cuidados de las fístulas arteriovenosas. Intervenciones y actividades del profesional de enfermería. Elsevier [Internet]. 2010 [consultado el 21-09-2022]; 31 (1): 12-16. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-dialisis-trasplante-275-articulo-cuidados-fistulas-arteriovenosasintervenciones-actividades-S1886284510700059>

Capítulo 50

50 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EXPONE EL SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

MIOARA NICU

MARIA DEL ROCIO MORENO MARIN

ISABEL MARIA MOYA VELASCO

MARÍA TERESA ALONSO GARCÍA

YOLANDA CUETO MARTÍN

50.1 Introducción

Los tics se cataloga como el trastorno que se tiene del movimiento que es más frecuente en las consultas de pediatría. La prevalencia de este síndrome se puede estimar en 250 casos por cada 100000 niños. Hay una variación sustancial entre distintos estudios de carácter epidemiológico, con una estimación que se encuentra entre un 5 y un 25% de niños que antes de la pubertad, presenta tics. Estos son más frecuentes en niños que en niñas con proporción de 3 a 1.

En varios de los estudios descriptivos que se han realizado en el servicio de pediatría que está especializado en Neurología, se encuentra que la incidencia de tics es similar a la de estudios previos perteneciendo el 60% de estos a este síndrome.

La edad media que se tiene de los síntomas son aproximadamente los 7 años, precediendo los varones. El cuadro clínico tiende a remitir dependiendo de la edad y de inicio de los síntomas se situó a los 7 años, con una mayor frecuencia en los varones para padecer este trastorno. La remisión de los cuadros clínicos se relaciona directamente con la edad en la que se inicia y la duración que tienen los síntomas, considerándose más refractarios los que tienen un inicio en la niñez y de una mayor duración.

50.2 Objetivos

Exponer un caso clínico de Síndrome de Guilles de la Tourette.

50.3 Caso clínico

Rubén tiene 8 años, su padre, viudo hace dos lo lleva a la consulta del pediatra porque cree que tiene un tic en los ojos, ya lo ha llevado a la óptica para ver si necesitaba gafas o tenía algún problema en la visión porque guiñaba los dos ojos, uno primero y después el otro de forma instintiva pero cuando le decías que dejara de hacerlo si ponía fuerza de voluntad puede controlarlo. En la óptica la visión del niño es normal y este le ha recomendado que lo comente a su pediatra, este observa que si, que son tics lo que tiene el niño hace más de seis meses según refiere el padre por lo que es derivado a la consulta de neuropediatría fuera de la provincia por no tener en el que se encuentran elementos suficientes para valorar un diagnóstico infantil.

El padre y Rubén se desplazan para ser valorados por un Neurólogo infantil que tras varias entrevistas clínicas al padre y a Rubén diagnostica un Síndrome de Gilles de la Tourette.

50.4 Discusión-Conclusión

El tratamiento de este Síndrome no conlleva medicación alguna, solamente se compone de tratamiento cognitivo conductual en sesiones repetidas de tipo individualizado y también se generan sesiones en grupos, cuanto más joven es el niño, más fácil es de corregir el avance de esta enfermedad.

50.5 Bibliografía

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

Capítulo 51

51 CASO CLÍNICO DE SÍNDROME DE TORCH POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MIOARA NICU

YOLANDA CUETO MARTÍN

MARÍA TERESA ALONSO GARCÍA

ISABEL MARIA MOYA VELASCO

MARIA DEL ROCIO MORENO MARIN

51.1 Introducción

En la actualidad existen varias numerosas infecciones de carácter bacteriano, viral y parasitario que se pueden transmitir de la madre al feto o al recién nacido vía intrauterina, esto ocurre cuando el bebé pasa por el canal del parto o en el periodo que ocurre post-natal y que puede representar un riesgo para la viabilidad y el desarrollo.

Las siglas TORCH se vienen utilizando a nivel mundial en aquel feto o recién nacido que tiene un cuadro que es compatible con una infección de forma congénita y que permite un enfrentamiento racional en el diagnóstico y en la terapia.

Se puede tener una sospecha de carácter diagnóstico en la que se puede plantear el antecedente de una exposición que se puede conocer durante la gestación en la que existe una seroconversión materna que ha quedado demostrada con hallazgos ecográficos específicos que se realizan en los controles que se realizan prenatales de rutina. Ocurre de forma distinta en un recién nacido que presenta ictericia, petequias, o síndrome séptico y los cultivos de forma persistente son negativos.

51.2 Objetivos

Mostrar el diagnóstico de este síndrome mediante la exposición de un caso clínico.

51.3 Caso clínico

Nano nace con 2800 gramos de parto natural, se le conduce con su madre a la planta de tocología por presentar un test de Apgar correcto y una exploración en principio de forma correcta, al día siguiente presenta petequias y también ictericia en un grado medio que aumenta por momentos, se le conduce a neonatos con la madre, esta le está alimentando de forma natural, se le coloca debajo de la luz para intentar mitigar el color de la piel y tras exploración y analítica pertinente se le diagnostica un síndrome de Torch que se pone en tratamiento antibiótico de inmediato.

51.4 Discusión-Conclusión

En la actualidad se hace la recomendación de hacer un enfrentamiento en el diagnóstico de las bases con unas condiciones clínicas y epidemiológicas del bebé recién nacido junto con su madre, dentro de un estudio de etiología en la que se tenga en cuenta la consideración de aquellos agentes que son los más probables de causa en cada caso particular.

51.5 Bibliografía

Cofre, F., Delpiano, L., Labraña, Y., Reyes, A., Sandoval, A., & Izquierdo, G. (2016). Síndrome de TORCH: enfoque racional del diagnóstico y tratamiento pre y post natal. Recomendaciones del Comité Consultivo de Infecciones Neonatales Sociedad Chilena de Infectología, 2016. Revista chilena de infectología, 33(2), 191-216.

Capítulo 52

52 CASO CLÍNICO DE SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO POR TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MIOARA NICU

YOLANDA CUETO MARTÍN

MARÍA TERESA ALONSO GARCÍA

ISABEL MARIA MOYA VELASCO

MARIA DEL ROCIO MORENO MARIN

52.1 Introducción

El síndrome hemolítico urémico es su forma atípica se considera una patología grave y de una entidad única representando al 10% de los pacientes con síndrome hemolítico, se cree que puede tener un origen familiar esporádico. En la mitad de los casos se han detectado mutaciones afectando a las proteínas que regulan la vía del complemento llevando una sobreactividad que se controla por la misma. La proteína cofactor de la membrana es una que regula la membrana actuando como factor coadyuvante e inactiva el C3b en la superficie endotelial de las células. Hasta el momento se han podido catalogar unas 40 mutaciones que codifican el gen MPC, de las que solo el 15% de los enfermos tienen este síndrome en su forma atípica.

52.2 Objetivos

Descubrir un caso clínico de síndrome hemolítico urémico.

52.3 Caso clínico

David, niño de 8 años, que presenta un cuadro clínico con cuatro días cursando fiebre, se le asocia a dolor abdominal intermitente con irradiación a la región lumbar, las deposiciones son líquidas sin presencia de moco ni sangra ni ningún elemento externo. El niño no tiene antecedentes patológicos alguno y al nacer estaba dentro de percentil, dentro de talla y peso. No cuenta en su historia clínica con ingresos hospitalarios anteriores ni antecedentes familiares de interés.

Ante la presencia de signos de deshidratación se lo ingresa en planta donde se le coge vía y se le administra suero para la hidratación presentando una hipertensión severa.

Los resultados de los análisis a priori se detecta anemia, empieza con anuria y un pico elevado de creatinina por lo que precisa su traslado a la UCI pediátrica donde empieza un tratamiento renal sustitutorio en consecuencia de los resultados de las pruebas, que están en la analítica más exhaustiva con un diagnóstico del síndrome urémico hemolítico en una forma atípica.

52.4 Discusión-Conclusión

Este síndrome, como ocurrió en el caso clínico expresado , debido al tiempo que transcurre desde la aparición de los primeros síntomas hasta su diagnóstico puede ser devastador. El tratamiento pasa por la hemodiálisis, hasta poder recuperar el cuerpo del paciente hasta los valores analíticos normales.

52.5 Bibliografía

Palacios Palpán, C. H. Tratamiento odontológico integral de un paciente con antecedente de síndrome hemolítico urémico, en Instituto Nacional de Salud del Niño-2019.

Capítulo 53

53 LA IMPORTANCIA DE LA DIETA SALUDABLE

MIRIAN TERESA YURTTZ GALEANO

ALBA BEGEGA CALVO

53.1 Introducción

Se conoce como dieta sana al hábito que una persona obtiene para recuperar o lograr una mejoría en su salud.

Es un transcurso que puede ser indicado por el médico pero también puede ser por cuenta propia, es decir, por un acto voluntario.

Este proceso se realiza con un fin para mejorar la salud, por problemas de salud o alteraciones y por querer conseguir una figura más tonificada o moldeada o por gusto por ese tipo de alimentación.

Se puede obtener una dieta sana mediante la ingesta de alimentos de origen vegetal o animal también puede ser combinada con ejercicio físico para reducir los riesgos de salud como la obesidad, hipertensión o hipotensión.

53.2 Objetivos

Describir algunas recomendaciones sobre la alimentación, resaltando la importancia de la dieta saludable.

53.3 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.

53.4 Resultados

Existe una gran variedad de métodos para representar los alimentos más saludables a menos saludables ordenadas jerárquicamente en una pirámide o en otros métodos de

representación. En general, todas las dietas saludables deben seguir una serie de pautas básicas:

- Conseguir un equilibrio de nutrientes y un peso saludable.
- Consumir en mayor cantidad vegetales, principalmente frutas, verduras, legumbres, cereales integrales, nueces u otros frutos secos.
- Restringir el consumo de grasas saturadas y cambiarlos por grasas insaturadas.
- Ingerir en muy poca cantidad el azúcar, sustituirlo por edulcorante o sacarina.
- Consumir sal y sodio en menor cantidad, y cambiarlo por sal yodada.

En gran parte de casos, llevar una dieta equilibrada disminuye el riesgo de todo tipo de enfermedades combinándola con ejercicio físico, reducir el consumo de bebidas alcohólicas, bollería industrial, tabaquismo, es decir, todo tipo de grasas saturadas.

El consumo de estos alimentos puede ser el causante de que sea un factor de alto riesgo para desarrollar o contraer algún tipo de cáncer que pueda ser muy perjudicial de la salud de las personas.

Las carnes rojas como el vacuno y cordero, se dice que aumenta el riesgo de padecer cáncer de colon.

Los alimentos que no son saludables, son los principales causantes de la hipertensión, hipotensión, de los diferentes tipos de diabetes, enfermedades cardiovasculares, sobrepeso, diferentes tipos de cáncer, obesidad u otros factores diversos que pueden ser negativos para la salud de las personas.

53.5 Discusión

Para concluir o finalizar este trabajo de investigación, se debe de llevar una dieta lo más equilibrada y sana posible, combinándola con ejercicio físico para conseguir o adquirir unos hábitos y costumbres más saludables en la vida cotidiana de una persona evitando en la medida posible el mayor número de enfermedades posibles.

También es normal que durante el fin de semana nos saltemos la dieta, puesto que es un descanso de toda la semana y es bueno poder darnos algún capricho de vez en cuando para satisfacer nuestras necesidades y porque en ciertas circunstancias el cuerpo u organismo de una persona también lo necesita.

Es importante el conocimiento de la población en general sobre los beneficios de la dieta saludable.

53.6 Bibliografía

Scholten, Amy (2010). «La dieta del mediterráneo y la buena salud». Western New York Urology Associates. Consultado el 24 de abril de 2022.

«WHO | Promoting fruit and vegetable consumption around the world». WHO.

«Aprenda a montar seu cardápio saudável semanal | Nutricionando». Nutricionando | Nutrição, Saúde e Alimentação (en portugués). 25 de marzo de 2018. Consultado el 15 de octubre de 2019.

Capítulo 54

54 CELADOR DESCRIBE UN CASO CLÍNICO DE DETECCIÓN DE CÁNCER MEDIANTE CITOSCOPIA

FRANCISCO JAVIER DÍAZ DEL VALLE

VANESA MUÑOZ

SORAYA PEÑA RÍOS

SANDRA RODRÍGUEZ

JUAN CARLOS SUELA RAMOS

54.1 Introducción

El cáncer de vejiga está considerado el cuarto tipo de cáncer más frecuente en los varones, en el cáncer de vejiga, hacer un diagnóstico precoz está considerado la clave para poder hablar de supervivencia. Aproximadamente un 50% de los enfermos a los que se diagnostican este tipo de cáncer en el primer estadio de la enfermedad tienen una resolución total. Los síntomas son vagos en los primeros estadios por lo que ante la aparición de estos hay que ser cuidadoso y estar atentos para acudir al especialista.

54.2 Objetivos

Exponer un caso clínico de detección de cáncer de vejiga.

54.3 Caso clínico

Nicolás va a atención primaria con su mujer, lleva dos días que al miccionar observa que su orina es muy oscura y tiene presencia de sangre o eso le parece, ha traído una muestra de la primera hora de la mañana, se realiza una analítica en la que hay presencia de hematuria en sangre, se realiza analítica de bioquímica y es derivado al servicio de Urología de especializada.

En este servicio se realiza una entrevista en la que el paciente revela que en el último mes orina muy oscuro pero hasta hace dos días no se había percatado de que tenía sangre en la orina, no sabe si lleva así mucho tiempo, orina menos cantidad de lo que quisiera, porque se queda con ganas de no vaciar la vejiga completa. Por el resto no tiene ningún tipo de síntoma más, aunque recuerda que por la noche se levanta un par de veces al baño pero lo comenta como anécdota sin importancia.

El Urólogo cita al día siguiente a Nicolás para realizarle una citoscopia en la consulta con un citoscopio, es un aparato provisto de una cámara para poder ver el conducto desde el meato hasta la vejiga, se observa todo normal en el conducto de la uretra, pero en la uretra se observa una masa que parece ser tumoral a juzgar por la experiencia del urólogo, se coge una muestra para llevar a anatomía patológica con resultado positivo de células cancerígenas, el tratamiento para Nicolás para por la resercción parcial de la vejiga en quirófano y la reconstrucción del resto, después recibirá sesiones en número de 8 de quimioterapia por encontrarse este tumor en un estadio temprano.

54.4 Discusión-Conclusión

La detección de un tumor de vejiga a través del citoscopio es una manera rápida y eficaz con un bajo coste, a pesar de ser una técnica invasiva se puede realizar en la misma consulta sin complicaciones en la mayoría de los casos para el paciente con unos resultados eficaces porque se puede observar todo el recorrido hasta la vejiga.

54.5 Bibliografía

1. Velasco de Cos G, Maiztegi-Azpitarre A, San Segundo-Val I, et al. Utilidad del análisis automatizado del sedimento urinario en el diagnóstico precoz del cáncer de vejiga. Rev Mex Urol. 2022;82(4).

Capítulo 55

55 CELADOR DESCRIBE UN CASO CLÍNICO DE MUCOCELE INTRACRANEAL

FRANCISCO JAVIER DÍAZ DEL VALLE

JUAN CARLOS SUELA RAMOS

SANDRA RODRÍGUEZ

SORAYA PEÑA RÍOS

VANESA MUÑOZ

55.1 Introducción

Los osteomas que surgen en los senos paranasales se consideran tumores benignos que tienen un crecimiento lento, de forma habitual son asintomáticos, y se diagnostican en la mayor parte de los casos de forma incidental. Existe una obstrucción de los orificios en los que ocurre el drenaje sinusal que parece ser la llave para la formación de los mucocelos. Estos de forma general crecen localmente intrasinusalmente haciendo rotura en la pared del seno fronal intracranalmente, este es el momento en el que aparecen síntomas neurológicos y complicaciones que pueden ser secundarias. Hacer un diagnóstico precoz va a ser la antesala de una evolución marcada y poder controlar la morbimortalidad que se asocia.

55.2 Objetivos

Describir un caso clínico de diagnóstico de mucocelo intracranial.

55.3 Caso clínico

Carlos tiene 17 años, sale de la ducha por la mañana, cuando su madre siente un golpe en la habitación de al lado y se acerca a ver qué ha pasado, está sufriendo una crisis epiléptica, su madre llama a una ambulancia y pasada la crisis llega esta, Carlos está muy desconcertado y desorientado, aparentemente se encuentra bien y lo trasladan a urgencias de su hospital para hacerle una exploración en el servicio de Neurología, en el box se explora al paciente que se recupera poco a poco de la crisis, menciona junto a su madre que nunca había tenido un episodio similar, tras estabilizar en constantes a Carlos se le realiza un tac en el que se aprecia una masa sin identificar, se traslada al

paciente al hospital provincial para la realización de pruebas complementarias y dilucidar el alcance de la lesión y el posible tratamiento a aplicar.

Tras ingreso en el hospital de traslado se le practican varias pruebas en las que se diagnostica un mucocelo intracraneal en la que se recomienda la extirpación de este casi en su totalidad sin tocar los nervios que pueda producir falta de movimiento en el paciente con éxito, Carlos abandona la unidad de Neurología con bastante calidad de vida y revisiones sistemáticas para controlar el crecimiento de este mucocelo.

55.4 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de esta enfermedad se va controlando con operaciones quirúrgicas en la cual la resección total no se considera apta por mermar considerablemente la calidad de vida del paciente, por lo que se va espaciando en el tiempo las intervenciones quirúrgicas dependiendo del crecimiento de la lesión y tamaño que este adquiera.

55.5 Bibliografía

1. Oriola, G. G., Quilis-Quesada, V., Torres, E. V., Vidal, C. I., & Darder, J. M. G. (2022). Mucocelo frontal invasivo: La agresividad de una lesión benigna. *Revista Argentina de Neurocirugía*, 36(02).

Capítulo 56

56 CELADOR DESCRIBE UN CASO CLÍNICO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR

FRANCISCO JAVIER DÍAZ DEL VALLE

JUAN CARLOS SUELA RAMOS

SANDRA RODRÍGUEZ

SORAYA PEÑA RÍOS

VANESA MUÑOZ

56.1 Introducción

El carcinoma hepatocelular se considera la neoplasia de carácter primario hepático que es más frecuente. En estadísticas se halla en el sexto lugar de cáncer a nivel mundial con alrededor de 1000000 de casos que se diagnostican al año y segunda causa de muerte por cáncer. La patología se tiende a desarrollar de forma exclusiva en aquellos enfermos que ya cuentan con una enfermedad hepática crónica de carácter subyacente, en la mayoría ya han desarrollado una cirrosis. El tratamiento de carácter , resección o un trasplante hepático, es todavía la elección. Este tipo de cáncer todavía suele ser poco frecuente y si es secundario y tiene afectado las colangios, solo cabe los cuidados paliativos.

56.2 Objetivos

Describir un caso clínico de tumor secundario hepático.

56.3 Caso clínico

Esteban acude a una revisión al oncólogo por un linfoma que tuvo hace cinco años, le han hecho una analítica y un pec tac para realizar una valoración y darle el alta definitiva. En la consulta le informan de que se ha encontrado una mancha en el hígado y va a ser derivado a digestivo para realizarle una biopsia.

Ingresa en la planta de digestivo donde en quirófano se extrae una biopsia para analizar con resultado de LOESS hepáticas, con afectación a las colangios, se intenta dar tratamiento de quimioterapia como medida paliativa y para poder mantener la calidad de vida que tenía el paciente hasta ahora, pero los niveles de bilirrubina son muy altos por lo que solo cabe los cuidados paliativos hasta el desenlace final.

56.4 Discusión-Conclusión

El tipo de cáncer al que nos referimos cuando tiene afectación a las colangios, no cabe posibilidad de trasplante ni tampoco resección quirúrgica, la medida de tratamiento a tomar es la de cuidados paliativos para preservar en medida de lo posible la calidad de vida del paciente. En la mayoría de los casos, una quimioterapia de retención es viable durante un tiempo prolongado para mantener la calidad de vida del paciente.

56.5 Bibliografía

1. Montes de Oca Mastrapa, J. L., Cisneros Carmenate, A., & Pérez Betancourt, J. (2022). Carcinoma hepatocelular gigante en hígado cirrótico. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista Finlay*, 12(1), 117-125.

Capítulo 57

57 LA ORTOPANTOMOGRAFÍA COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DENTAL

LAURA FERNÁNDEZ ALONSO

YOLANDA DOMINGUEZ MARTINEZ

57.1 Introducción

La ortopantomografía es una radiografía panorámica en la que el tubo de RX (el haz de radiación) y la placa (detector de imagen) giran alrededor de la cabeza del paciente. Se coloca una película radiográfica o bien un receptor de imagen digital que cubre todo el campo de exploración y se utiliza un haz fino de radiación orientando a la mandíbula.

La radiología dental se utiliza como medio de diagnóstico de anomalías y traumatismos, así como de seguimiento de los diferentes tratamientos que se realizan en odontología, ya que esta técnica cubre toda la arcada y las estructuras circundantes (los huesos faciales, partes del seno maxilar, los cóndilos y complejos nasales).

57.2 Objetivos

Describir que es la ortopantomografía, la anatomía dental, como se realiza el estudio (posicionamiento del paciente), la imagen que se obtiene y sus ventajas y desventajas.

57.3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda e investigación en diferentes páginas web, libros y trabajos científicos vinculados con el tema escogido para llevar a cabo este trabajo, la ortopantomografía como método de diagnóstico radiológico dental. He utilizado bases de datos como Google. Criterios de inclusión: textos que estuvieran en castellano y posteriores al año 2000 relacionados con la temática de estudio.

Palabras clave: ortopantomografía, radiología dental.

57.4 Resultados

ANATOMÍA DENTAL

Según la forma de la corona y su función hay cuatro tipos de dientes:

- 8 incisivos: son los dientes anteriores con borde afilado, cortan los alimentos.
- 4 caninos o colmillos: con forma de cúspide puntiaguda, desgarran los alimentos
- 8 premolares: poseen 2 cúspides puntiagudas, desgarran y aplastan los alimentos.
- 12 molares: cúspides anchas, trituran los alimentos.

POSICIÓN DEL PACIENTE

- El paciente debe quitarse todos los objetos metálicos cercanos a la zona de exposición: collares, pendientes, piercings. . .
- Se coloca de pie o sentado. Y se le ponen las medidas de protección radiológica: delantal y tiroideo plomados.
- El aparato cuenta con un reposacabezas donde se apoya la frente y la barbilla, y con un aparato de mordida.
- Ajustamos la altura de la mentonera a la del paciente y colocamos al paciente en la máquina. Deberá coger el aparato por la parte baja del mentón con las manos; cuanto mas abajo estén las manos más bajos quedaran los hombros del paciente. El paciente deberá avanzar ligeramente los pies, tiene que notar que se cae hacia atrás ligeramente.
- Cubrimos el mordedor con una funda de plástico pequeña y transparente (como medida de protección higiénica) que se cambia para cada paciente, el paciente deberá morder la ranura que hay en la varilla del mordedor con los incisivos y que presione la lengua sobre el paladar.
- Ajustamos la cabeza en sentido anteroposterior y el paciente inclinará la cabeza un poco hacia abajo.
- Comprobamos que el plano de Frankfurt coincide con el infraorbitario y el trago. Si esto no fuera así, bajaremos o subiremos la altura del aparato para corregir la inclinación de la cabeza. La posición adecuada resulta de colocar el plano de Frankfurt paralelo al suelo y el plano oclusal ligeramente inclinado en descenso hacia dorsal.
- Nos aseguraremos de que el plano sagital incide en la parte central del paciente.
- Ajustamos el laser vertical en el canino del paciente.

IMAGEN OBTENIDA

Como resultado final se obtiene una imagen panorámica de toda la mandíbula del paciente.

En una imagen panorámica correcta se debe identificar:

- 1.Los incisivos en el centro de la imagen.
- 2.Las ATM situadas a la misma altura y en la misma posición a izquierda y derecha.
- 3.El plano oclusal muestra una leve sonrisa.

VENTAJAS

- La imagen se utiliza para planificar el tratamiento y control posterior.
- Visualización de los 2 lados maxilares y mandibulares.
- Utiliza menos dosis de radiación con respecto a otras técnicas.
- Podemos obtener imágenes de dientes que no han erupcionado, fracturas y lesiones densas.
- La película se coloca extrabucal.

DESVENTAJAS

- Magnificación por ser una imagen horizontal. Ya que el foco real lo constituye el centro de rotación del haz en movimiento encontrándose este mucho más cerca del tubo de RX.
- Distorsión de la imagen, ya que la DFP y la DFO no son iguales en todos los puntos.
- Superposición de algunas estructuras.
- Falta de detalle en caries y daños óseos pequeños.

57.5 Discusión

Con la aparición de esta técnica los odontólogos y dentistas pueden dar un diagnóstico fiable de los diferentes tipos de patologías en las revisiones clínicas de los pacientes.

La posición correcta del paciente es decisiva en la calidad y posterior interpretación de la radiografía. Esto es imprescindible para obtener un diagnóstico de máxima calidad.

La radiología dental se utiliza como medio de diagnóstico de anomalías y traumatismos, y seguimiento de los diferentes tratamientos que se realizan en odontología; diseñando procedimientos personalizados y a medida en función de las necesidades de cada paciente, y con ello se ha conseguido mejorar los tratamientos.

Gracias a ella se ha disminuido la cantidad de radiación que recibe el paciente en comparación con otras técnicas más complejas.

57.6 Bibliografía

-Técnico superior en imagen para el diagnóstico del Servicio Aragonés de Salud. Temario volumen III. Editorial Mad.

-Técnico superior en imagen para el diagnóstico del Servicio de Castilla y León. Temario volumen II. Editorial Mad.

Capítulo 58

58 TÉCNICA CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY

SILVIA SOUSA SANCHEZ

58.1 Introducción

La técnica Cone Beam Computed Tomography (CBCT) es de sencillo y fácil manejo para el operador y muy cómodo para el paciente, puesto que se puede realizar de pie o sentado y no hace falta poner al paciente en decúbito supino, posición más incómoda, sobre todo para aquellas personas que padezcan alguna patología respiratoria.

Es importante destacar que emite una baja dosis de radiación, sin que se vea alterada la calidad de las imágenes. Se utiliza una dosis de radiación efectiva considerablemente más baja que las emitidas en los TACS convencionales (hasta un 98% menos) al reducir la zona radiada y el tiempo de escaneado.

Es una técnica segura y efectiva, a la vez que de gran utilidad en el diagnóstico de varios procesos odontológicos, como infecciones y traumatismos, en procesos endodónticos. En la actualidad se utiliza en la mayoría de los casos para planificación de las cirugías de implantes dentales.

El CBCT presenta varias ventajas con respecto a estudios convencionales, puesto que se puede elegir el grosor de corte, medir la densidad del hueso en cualquier localización en U.H., obtener imágenes precisas y realizar medidas con exactitud en planos axial, sagital y coronal, así como realizar cortes personalizados en localizaciones específicas, según el estudio y el paciente.

El CBCT al estar específicamente diseñado para estudios odontológicos y de maxilo-facial y nos proporcionará unas imágenes de mayor resolución y La garantía de éxito en el tratamiento es mayor.

58.2 Objetivos

Demostrar mediante imágenes, la eficacia del CBCT con respecto a técnicas convencionales, realizadas en un solo plano, tanto para diagnóstico de patología odontogénica y maxilofacial, como en la planificación de cirugías, fundamentalmente en colocación de implantes.

58.3 Metodología

Se han utilizado un equipo gendex 700 y 800, de kavo dental. Son equipos de alta resolución, que emiten dosis de baja radiación para el paciente, sin que disminuya la calidad de la imagen.

Se realizan estudios con diferentes tamaños de campo de visión, de un sector, de una o dos arcadas, para lo que dividimos la mandíbula y el maxilar superior en cuadrantes.

El cuadrante nº 1 correspondería a la mitad izquierda del maxilar superior y el nº 2 a la mitad derecha. El cuadrante nº 3 correspondería a la mitad derecha de la mandíbula y el nº 4 a la mitad izquierda.

Una vez obtenidas las imágenes se determina el brillo y contraste, así como el tamaño y realizamos cortes personalizados en las zonas de interés.

Se realizan reconstrucciones 3d desde distintos ángulos y con diferentes densidades, optimizando el hueso o el tejido blando, según sea más conveniente en cada estudio en particular y su patología.

Se muestran imágenes de muestra de un TAC sectorial, en la que se obtienen cortes axiales, coronales, sagitales y reconstrucción 3D(fig.1). Imagen 3d con reconstrucción de técnica para tejido blando (fig.2). Imagen 3D oblicua derecha con reconstrucción de técnica de hueso (fig.3).

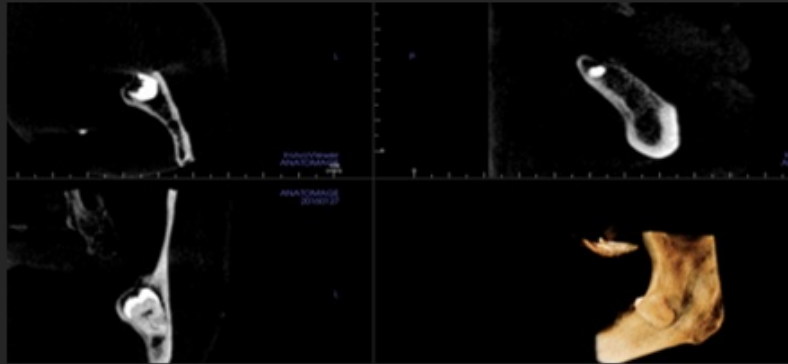


Fig.1. Cortes axiales, coronales y sagitales con reconstrucción 3D tejido blando



Fig.2 Reconstrucción 3D tejido blando

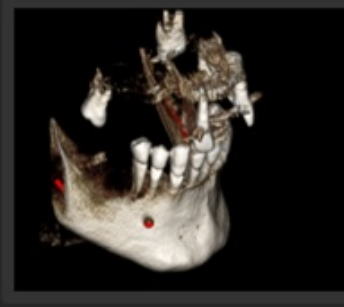


Fig.3 Reconstrucción 3D técnica de hueso

58.4 Resultados

Se ha visto la eficacia del CBCT en la determinación tipo de densidad ósea en todas las localizaciones del hueso, midiendo el grosor de la cortical, así como el estado de mineralización de la medular del hueso, muy importante para la planificación de los implantes, con el fin de evitar posibles complicaciones postquirúrgicas, como por ejemplo fracturas o mala situación de los tornillos, entre otras.

Se han identificado procesos infecciosos y su alcance, la localización del mismo, si afecta al ápice, la raíz, si existe reabsorción periodontal, y a cuantas piezas dentales afecta. también se determina la extensión de la infección en el hueso, incluso a los senos maxilares, la producción de quistes y abscesos y su alcance.

Visualización de los senos maxilares y vía aérea, siendo de importancia el engrosamiento de la mucosa, la sinusitis aguda que cursa con niveles hidroaéreos en el seno y que necesitaría tratamiento médico

Se detectar fracturas radiculares y óseas correctamente por este medio

Visualización de las raíces de los cordales (muelas del juicio) y su disposición con re-

specto al nervio dentario, previa a su extracción, para evitar el contacto con este nervio, que podría producir alteraciones en la musculatura con relajación de la misma y su consecuente deformidad facial, no reversible.

Las Mediciones exactas de las distancias para la planificación de cirugías son muy importantes.

Se pueden realizar TAC de arcadas completas o sectoriales, radiando solo aquella zona que nos interese estudiar y no el resto de los tejidos adyacentes. Las medidas en el maxilar superior son importantes para no sobrepasar el sujeto del seno maxilar, evitando que los tornillos de los implantes entren en el seno maxilar y se eviten complicaciones como fracturas e infecciones.

En la mandíbula es muy importante localizar el nervio dentario y medir correctamente la distancia del mismo al borde de la cortical superficial del hueso, para no contactar con el nervio y evitar una parálisis facial secundaria.

Aunque la CBCT presenta una gran cantidad de utilidades, en la actualidad para lo que más se utiliza es para la planificación de la cirugía de los implantes, como ya se ha dicho en varias ocasiones, con mayor importancia a nivel de los de la mandíbula, para que no se afecte el nervio dentario.

En el maxilar superior es importante no sobrepasar la base del seno maxilar y sobre todo no permitir que el tornillo penetre en el interior del mismo.

En cualquier localización en la que se vaya a colocar un implante, es importante determinar cuál es la densidad ósea, para lo cual utilizamos la clasificación de Lekholm y Zarb, en la que se valoran cuatro tipos de densidades óseas.

El tipo 1 correspondería a un hueso blanco, denso, con cortical gruesa, que habitualmente se encuentra en gente joven y/o pacientes con buena mineralización ósea.

El tipo 2 la cortical ósea sigue siendo gruesa y la medular está en perfecto estado para la colocación de un implante con mineración correcta dentro de la normalidad. Típico de gente con mineralización en buen estado sin importar edad.

El tipo 3 correspondería a un tipo de personas con una cortical más adelgazada y una medular menos mineralizada.

El tipo 4 se asocia a pacientes en la que no existe prácticamente hueso y las corticales son casi inexistentes, por lo que la cirugía del implante sería muy complicada que tuviera un buen resultado, ya que no existe hueso donde anclar el material.

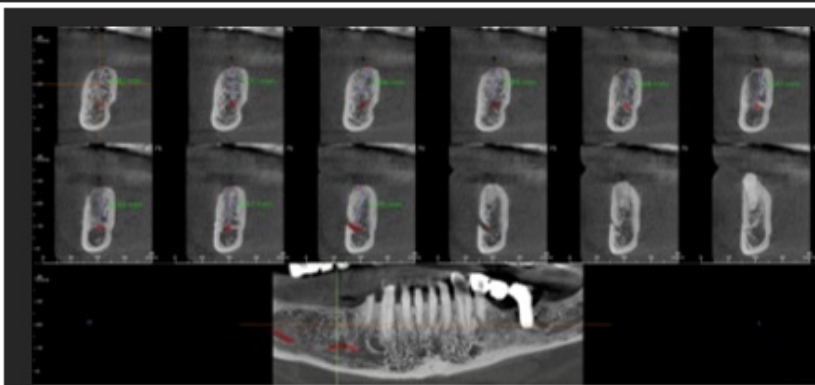


Fig.4.-Cortes sagitales de 1 mm para medir la distancia al dentario

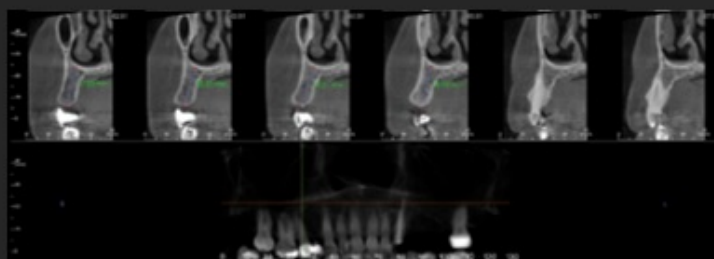
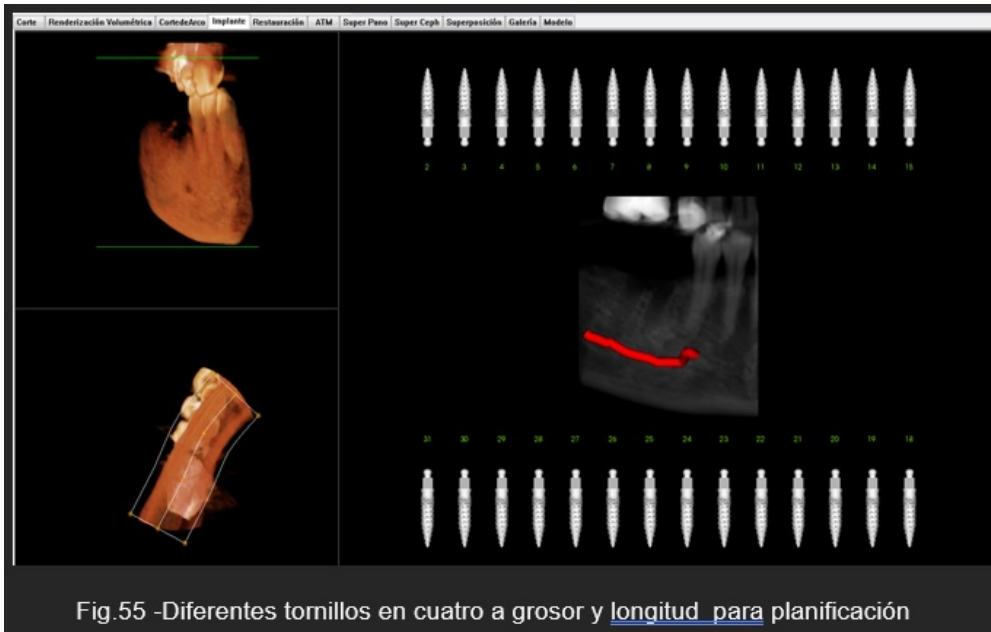


Fig.5.- Medición de la altura de hueso en el maxilar superior en cortes sagitales

58.5 Discusión

El software IN VIVO de estos equipos permite la planificación de implantes directamente del fichero DICOM 3D, sin que sean necesarios un modelado o una conversión, por lo que resulta ser una herramienta eficaz para asesorar al paciente antes de la cirugía, sabiendo de antemano que tipo de tornillo se necesitará en cada localización, forma de la corona y visualización previa.

En todas las localizaciones es muy importante medir también el diámetro transversal del hueso, para elegir el grosor del tornillo y no sobrepasar la cortical con la consiguiente afectación de los tejidos blandos adyacentes.



Capítulo 59

59 RADIOLOGÍA EN LA FRACTURA DE LA CABEZA RADIAL

YOLANDA DOMINGUEZ MARTINEZ

LAURA FERNÁNDEZ ALONSO

59.1 Introducción

El codo es una articulación relativamente superficial, con la exploración clínica se puede percibir la estructura que se sospecha lesionada, las luxaciones y las fracturas tienen deformidades evidentemente visibles, a excepción de la fractura de la cabeza radial no desplazada, el resto trae aparejada una gran impotencia funcional.

La cabeza radial es un importante elemento estabilizador y transmisor de fuerza del codo. Las fracturas de la cabeza radial son lesiones comunes que pueden ocurrir tras una caída sobre el codo directamente lesionado o, más comúnmente, cuando se apoya la mano con el brazo en extensión.

En adultos, representan casi un tercio de las fracturas de codo.

El objetivo en este tipo de casos es determinar el tipo y grado de lesión, a través del estudio radiológico, con radiografías útiles para el diagnóstico de la fractura de la cabeza radial.

59.2 Objetivos

Describir el uso de la radiología en casos de fractura de codo.

59.3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos con el objetivo de describir las proyecciones radiográficas más utilizadas en el estudio diagnóstico de la fractura de la cabeza radial.

Basada en la propia experiencia laboral, según los protocolos de los servicios de radiodiagnóstico de diferentes hospitales.

59.4 Resultados

La fractura de codo es una de las patologías más comunes en adultos, siendo más habituales las fracturas cubitales, las de la cabeza radial y las supra-intercondíleas del humero. Los estudios radiográficos requeridos para diagnosticar lesiones en el codo, son las proyecciones ANTEROPOSTERIOR y LATERAL.

Si se sospecha lesión leve o menos evidente en un paciente ambulatorio, y con buena movilidad, solicitaremos además de las estándar, la radiografía oblicua en rotación medial (interna) y oblicua en rotación lateral (externa).

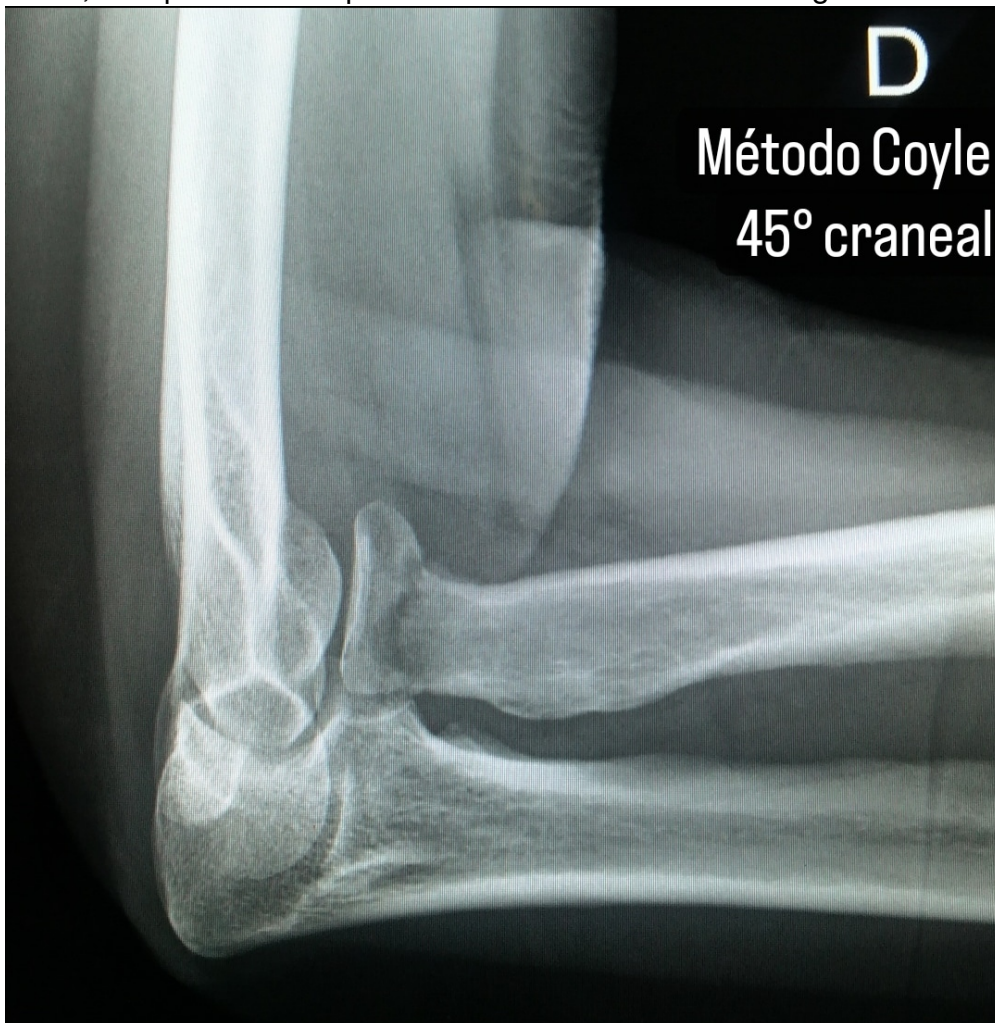
Si el paciente se encuentra con movilidad reducida por traumatismo, no puede extender el antebrazo, y sospechamos de una lesión en la cabeza radial, añadiremos la proyección lateral del MÉTODO COYLE, a las ya citadas anteriormente.

Con este método, el paciente se sienta junto al borde de la mesa, el antebrazo y brazo debe de estar apoyado en la mesa radiográfica, los hombros y los codos tienen que formar un ángulo de 90 grados en el mismo plano, con la mano en pronación.

El rayo central apunta hacia el hombro en una angulación de 45° con respecto a la cabeza radial, centrado en el punto medio de la articulación del codo.

La tomografía axial computarizada nos ayuda a identificar y diagnosticar otros daños óseos asociados.

La resonancia magnética muestra daño ligamentoso que puede estar asociado con estas fracturas, aunque no se ha probado su utilidad en lesiones agudas.



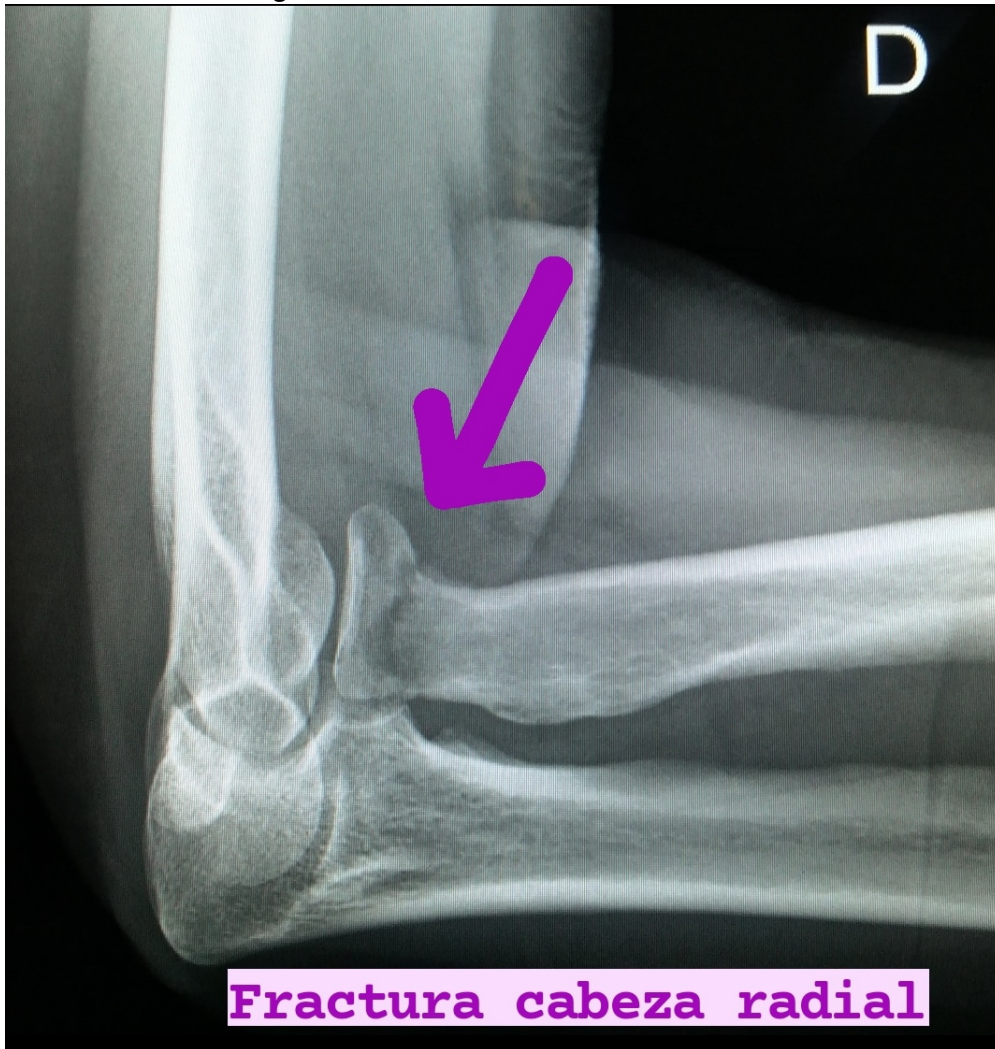
59.5 Discusión

Con esta proyección pretendemos encontrar posibles lesiones en la cúpula radial.

Las fracturas de la cúpula del radio pueden ocurrir con una compresión mínima del radio proximal y deben considerarse altamente sospechosas debido al mecanismo y al examen físico. La presencia de derrame articular incita a la búsqueda de fracturas en diferentes proyecciones radiográficas.

Se deben tomar radiografías antes, durante y después de el tratamiento para confirmar la corrección de dichas lesiones.

Una vez corregidas dichas lesiones, los controles serán periódicamente según vea conveniente el traumatólogo.



59.6 Bibliografía

1. Fernández Sabaté E, Pérez-Barquero JA, Sánchez Alepuz E. Fractura aislada de coronoideas asociada a inestabilidad rotatoria posteromedial. A propósito de un caso. Rev Esp Traumatol Labor [Internet]. 2021 [citado el 3 de noviembre de 2022];4(2):180. Disponible

en: <https://fondoscience.com/retla/vol04-fasc2-num08/fs2106027-fractura-aislada-coronoides-asociada>

2. Fractura de la Cabeza del Radio [Internet]. Doctor Villanueva. Doctor Villanueva Avafi; 2020 [citado el 8 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://doctorvillanueva.com/fractura-de-la-cabeza-del-radio/>
3. Bontranger, Posiciones Radiológicas y Correlación Anatómica 5ª edición. Ed. Médica Panamerica.
4. Merrill. Atlas de posiciones radiográficas y procedimientos radiológicos. Undécima edición. Eugene D. Frank. Bruce W. Long. Bárbara J. Smith.

Capítulo 60

60 INVESTIGACIÓN SOCIOSANITARIA. ENFERMEDADES RARAS

LEONTINA ÁLVAREZ

60.1 Introducción

La enfermedad rara es aquella cuya prevalencia (proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio) es inferior a 5 casos por cada 10.000 en la CE.

Es en la infancia donde aparecen la mayoría de los casos, esto se debe a que en gran número son anomalías genéticas y también a que con frecuencia las enfermedades raras tienen un origen genético.

Sin embargo es en la edad adulta donde se dan más casos, debido a que ciertas enfermedades raras aparecen en la edad adulta. También hay que añadir la alta mortalidad que ocasionan algunas enfermedades infantiles graves.

60.2 Objetivos

Estudiar las enfermedades raras desde el punto de vista sociosanitario.

60.3 Metodología

Para este trabajo se han consultado páginas de publicaciones especializadas en todo lo relacionado con noticias sobre las enfermedades raras.

Así mismo, los diccionarios de términos específicos y en muchos casos páginas de distintas fundaciones y de las múltiples asociaciones de las diferentes enfermedades clasificadas como raras.

Boletines oficiales, normativas de las distintas CCAA.

60.4 Resultados

Las enfermedades raras han sido hasta hace poco desatendidas tanto por los políticos como por las autoridades sanitarias. Gran parte de este problema se debe a que cada una de ellas es diferente, planteando nuevas situaciones y nuevas necesidades cada vez que se descubría una nueva.

Solo desde el abordaje de los problemas que presentan todas ellas en común se puede gestionar y planificar la atención a estas enfermedades.

Los problemas de estos pacientes y sus familiares son muchos, podemos enumerar algunos:

-La investigación es escasa, los equipos de investigación están descoordinados debido en la mayoría de los casos a la dispersión y a la falta de comunicación entre ellos.

-El diagnóstico de las enfermedades raras se ve retrasado por la falta de políticas sanitarias que hayan sido creadas específicamente para ellas.

Debido a ese retraso en el diagnóstico se dan tratamientos inadecuados o nocivos.

Otro de los problemas es la falta de consejo genético, lo que acarrea que se produzca más de un caso en algunas familias.

-Falta de cuidados específicos de calidad y adecuados a cada caso.

-El alto valor económico de los medicamentos es otro de los problemas existentes provocando, la falta de acceso a dichos medicamentos.

Se estiman aproximadamente 8.000 tipos de enfermedades raras diferentes, esta cifra es una aproximación, no teniendo registros fidedignos debido a que las investigaciones hacen aparecer nuevos tipos de enfermedades con frecuencia.

La investigación y por tanto la gestión sanitaria de estas enfermedades se ve retrasada en muchas ocasiones por temas burocráticos (distintas clasificaciones según el país, distintas legislaciones, etc.).

60.5 Discusión

Lo que tienen en común todas las enfermedades raras es el desconocimiento científico y médico sobre ellas. Son los propios pacientes, su familia y su entorno a quienes se les ocasiona múltiples problemas y una limitación social.

La sociedad (ideada para gente sana) y los propios investigadores en muchos casos ignora y desconoce los problemas asociados a las enfermedades raras.

Las barreras que se crean no son solamente arquitectónicas, que también, sino sociales. Muchos de estos pacientes sufren aislamiento y/o rechazo social a todos los niveles (colegio, trabajo, acceso a hipotecas o seguros de coche, accidentes, vida, etc.).

En nuestro país hay muchas iniciativas dirigidas a mejorar el conocimiento y la atención de las enfermedades raras, aunque hay que perfeccionarlas. Sin embargo es de suma importancia crear una conciencia social del problema, y superar las fronteras no solo entre comunidades autónomas sino también entre naciones.

60.6 Bibliografía

- 1.<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/prevalencia>
- 2.<http://www.webenfermedadesraras.org/>
- 3.<http://spain.representation.ec.europa.eu/noticias-eventos/noticias-0/dia-mundial-de-las-enfermedades-raras-30-millones-de-europeos-sufren-m>
- 4.<http://www.eurordis.org/es/medicamentos-huerfanos>

Capítulo 61

61 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CON TRAQUEOTOMÍA

AZAHARA TERA TRENADO

ANA ISABEL OCAÑA CAMINERO

MARÍA ELENA SEGOVIA CAMARGO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ

REBECA SANTOS SERRANO

61.1 Introducción

En los pacientes que se someten a una traqueostomía, esto puede ocurrir por varias razones, como un paro cardíaco, tumores faríngeos o cuidados intensivos en la unidad de cuidados intensivos para pacientes dependientes de un respirador.

Una traqueotomía anatómica es un orificio creado quirúrgicamente en la parte frontal del cuello y la tráquea. Se inserta un tubo de traqueotomía en el orificio para mantenerlo abierto y permitir la respiración.

El procedimiento quirúrgico para crear esta abertura se llama traqueotomía. Cuando decimos el sufijo "ostoma", estamos hablando de una apertura quirúrgica. La apertura suele ser exterior. Durante la intubación podemos distinguir varias partes:

- Cuerpo tubular. Un cuerpo tubular con una placa en el extremo descansa sobre el cuello del paciente. Puede o no tener una tapa de aire.
- Esclusa de aire. Su principal función es evitar la liberación de secreciones y optimizar su drenaje mediante succión.
- Bolsa interior o camisa. Se puede quitar para facilitar la limpieza. Finalmente, tenemos que nombrar un fiador con un extremo contundente. Se coloca en lugar de la camiseta para facilitar la inserción de la aguja. Por lo general, se coloca un paño sobre la parte inferior de la cánula para proteger el cuello del paciente de la humedad.

61.2 Objetivos

Describir aspectos importantes a tener en cuenta por el Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería en pacientes con traqueotomía.

61.3 Metodología

Nuestra búsqueda y revisión bibliográfica de publicaciones en Internet nos llevó a bases de datos que aparecían en textos que explicaban los beneficios de la atención del TCAE para pacientes con traqueotomía. Las bases de datos utilizadas fueron las bibliotecas Medline, Scielo y Cochrane. Las palabras utilizadas en DECS son alimentación, intubación, traqueostomía, rendimiento.

61.4 Resultados

- En la revisión bibliográfica se agregaron todos los artículos encontrados que discutían qué cuidados se deben tener en la TCAE y qué pacientes son vulnerables a la traqueotomía.
- Un paciente que se somete a una traqueotomía puede tener una obstrucción en la laringe y, dado que la obstrucción no se puede eliminar, se realiza una traqueotomía para permitir que el paciente respire.
- Puede emplearse para pacientes que tengan que someterse a una cirugía mayor de cabeza o cuello y requieran una recuperación difícil, por lo que una traqueotomía será una solución para respirar.
- También se emplea en pacientes con lesiones en la cabeza o el cuello con disnea y dificultad para respirar.
- También se pueden incluir pacientes en la unidad de cuidados intensivos, que estaban conectados a un ventilador antes de la traqueostomía, no completaron todas las indicaciones disponibles.
- Otro de los casos en los que se emplea es cuando existe parálisis sublingual, intubación difícil y actuación rápida para evitar la muerte del paciente.
- Todas estas condiciones también pueden significar que puede haber sangrado, shock y mala posición del tubo es un signo a tener en cuenta al realizar una traqueotomía.
- El cuidado que necesita y hará el TCAE es la educación sanitaria sobre la extracción e inserción de cánulas, centrándose principalmente en cómo limpiar las cánulas para evitar infecciones.
- También debe explicarle al paciente que, dependiendo de la aguja y su material, el primer cambio de aguja suele ser 5 días después de la inserción. La limpieza de agujas también debe hacerse como una forma de cuidado, explicando al paciente cómo hacerlo en casa.

61.5 Discusión

Los TCAE deben comprender la función de la traqueotomía descrita en este tema y el manejo adecuado de la cánula para educar al paciente y enseñar como debe actuar en el día a día. Como se muestra en este tema, una traqueotomía puede ser muy útil para salvar la vida de un paciente en una situación que pone en peligro su vida. Como se mencionó anteriormente, el tipo de atención brindada por TCAE es beneficiosa para la calidad de vida de este paciente y su autonomía en el hogar.

Finalmente, hemos podido conocer qué complicaciones se derivan de la traqueotomía en general con las que se puede encontrar el paciente.

61.6 Bibliografía

- García Miranda AM, Segura Sánchez MP, Águila Cano E. Tracheostomybehandling hos verske. En: Núñez JC et al. Centrarse en las necesidades de salud pública. Simfover; 2017 año. 17-22.
- Će Moraless JL, Diazs Landero P, Kortess Teléss A. Tratamiento integral de pacientes con traqueotomía. Cofre Pneumol Cir. 2014;73(4):254-262.
- Pedrolo, Hortense FT, Cuidados Especiales Traqueotomía. REV Estima Vol. 5 (1) 2007 s. 39-45

Capítulo 62

62 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS

AZAHARA TERA TRENADO

ANA ISABEL OCAÑA CAMINERO

MARÍA ELENA SEGOVIA CAMARGO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ

REBECA SANTOS SERRANO

62.1 Introducción

Cuando decimos oncología, nos referimos a la palabra tabú cáncer, las células donde se produce el cáncer en el cuerpo. Las células normales se reproducen cuando el cuerpo las necesita y mueren cuando están dañadas o el cuerpo ya no las necesita.

El cáncer aparece cuando una célula cambia su material genético de una célula. Esto puede causar un crecimiento celular descontrolado. Las células se dividen demasiado rápido para morir normalmente. En resumen, podemos decir que el cáncer es el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo.

Las células cancerosas también se denominan células malignas. Puedes encontrar cáncer de pulmón, cáncer de piel en cualquier órgano o tejido, incluso a nivel óseo. Aunque la causa, además de las definiciones anteriores, aún se desconoce, los factores de riesgo que se pueden encontrar incluyen la obesidad, el tabaco, la exposición a diversos productos químicos, el alcohol, algunos factores genéticos, etc.

El cáncer primario más común es el cáncer de piel, pero en los hombres encontramos el cáncer de próstata y en las mujeres encontramos primero el cáncer de mama. Los tratamientos contra el cáncer, como la quimioterapia o la radioterapia, suelen utilizarse para todos los pacientes.

62.2 Objetivos

Describir información importante a tener en cuenta por el TCAE en el manejo de citostáticos empleados en la terapia tumoral.

62.3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica de publicaciones en Internet y encontramos bases de datos que aparecían en textos que nos explicaban qué hacer con el tratamiento del cáncer. Las bases de datos de referencia fueron Medline, Scielo y Cochrane Libraries. Las palabras utilizadas en DECS son físico, cáncer, tumor, tumor.

62.4 Resultados

-Nuestra revisión bibliográfica da una idea de qué cuidados debe tener el TCAE a la hora de manipular o transportar el tratamiento oncológico. Este tipo de tratamientos poseen ingredientes muy duros y poderosos que están destinados a dañar o destruir las células malignas. Estas toxinas celulares, como las que se emplean en la quimioterapia, pueden causar riesgos laborales.

Tienen las siguientes propiedades:

- Genotoxicidad o daño al material genético: teratogénico, mutagénico y fractogénico.
- Carcinogenicidad en modelos animales, humanos o ambos.
- Teratogenicidad en animales o sujetos tratados. Evidencia de toxicidad en órganos vitales, a dosis bajas, en modelos animales o en pacientes tratados.

Para evitar complicaciones mayores, los especialistas deben estar capacitados en esta labor.

- Los trabajadores sanitarios expuestos a agentes citostáticos pueden experimentar reacciones locales como hiperpigmentación, dermatitis, mucositis, quemaduras o alergias. Los dolores de cabeza, las náuseas y los mareos pueden alertarlo sobre la posibilidad de absorber este medicamento durante el tratamiento.

Estas sustancias pueden introducirse en nuestro organismo por diversas vías de inhalación, a través de una incisión, después de que se haya reventado una ampolla cerca de la herida... A través de la piel e incluso a través de la boca, por lo que es importante evitar la ingestión accidental por cualquiera de estos procedimientos.

- Si el contenedor de citostáticos se rompe accidentalmente, puede haber contaminación a nivel general para las enfermeras y los pacientes que trabajan en la habitación en ese momento, se debe aislar la habitación para una limpieza profunda.

62.5 Discusión

Cuando decidimos hablar de este tema, pensamos que el TCAE es también una de las posibles consecuencias del efecto de este tipo de tratamiento citostático, porque, como ya se mencionó, la sala donde se tratará al paciente está lista, y el TCAE es un miembro de la misma.

Como hemos comentado en los resultados, se pueden comprobar efectos secundarios en cuanto a la artificialidad, que incluso pueden llegar a ser fatales para profesionales o pacientes. En conclusión, un profesional debe estar familiarizado con este esfuerzo laboral, donde la responsabilidad es muy importante para sí mismo y para los demás.

62.6 Bibliografía

- De Armas, F. (2014). Bioseguridad y manejo de agentes citostáticos. Biomedicina, 8(2), 6-16.
- Ginés, J. (2002). Guía con recomendaciones para el manejo de agentes citostáticos. Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Son Duret.
- Martínez MT, García F, Hernández MJ, Manzanera JT.

Capítulo 63

63 CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTE HOSPITALIZADO

AZAHARA TERA TRENADO

ANA ISABEL OCAÑA CAMINERO

MARÍA ELENA SEGOVIA CAMARGO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LÓPEZ

REBECA SANTOS SERRANO

63.1 Introducción

Entre los pacientes que podrían ser ingresados en el hospital, encontraremos que algunos pacientes son autónomos y necesitan ayuda solo con los cuidados básicos, otros necesitan una ayuda parcial además de los cuidados básicos mencionados anteriormente y por supuesto, los pacientes hospitalizados. Necesitan reposo por algún motivo o patología.

Este último necesita todos los cuidados básicos que se le puedan brindar. Los pacientes postrados en cama deben ser conscientes de los cambios de posición para evitar las úlceras por presión.

El desarrollo de úlceras por presión es un fenómeno multifactorial que afecta particularmente a los pacientes de cuidados intensivos que tienen varios factores de riesgo de úlceras pépticas, que incluyen movilidad reducida, humedad, fricción o corte, edad, estancia prolongada en la UCI, cuidados intensivos y síntomas concomitantes como, diabetes, infecciones y enfermedades cardiovasculares o vasculares.

No solo podemos decir que tras movilizar al paciente, podemos prevenirlo colocando heridas profilácticas. Este factor es uno de los factores a considerar, otros factores son la nutrición, la hidratación, el control contra cualquier herida, erosión, etc. en cada baño.

63.2 Objetivos

-Describir aspectos a tener en cuenta por el personal de enfermería para la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

63.3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de todos los artículos en diversas bases de datos mostrando qué beneficios eran suficientes para prevenir y tratar las úlceras por presión en general.

Bases de datos revisadas SCIELO; BOMBEADO, MEDLINE.

Palabras clave: herida, prevención, unidad, cuidados, etc.

63.4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica hemos podido demostrar que el TCAE es uno de los profesionales encargados de la evaluación, atención y por supuesto de la prevención de UPP en pacientes hospitalizados que utilizan dispositivos profilácticos.

- El TCAE necesita saber qué áreas están más expuestas a una UUPP por fricción, fricción con placas.

- El TCAE debe colocar almohadas en posición supina en la parte posterior de la cabeza, omóplatos, codos, talones como dispositivo de protección y por supuesto el sacro y el coxis deben estar correctamente alineados con el resto del cuerpo.

- En posición lateral, los TCAE con almohadillas u otros dispositivos también deben cuidar y proteger las cúspides, escápulas, costillas, trocánter, tibia y tibia. A veces, las almohadillas pueden ser difíciles de colocar, por lo que tratamos de solucionar esto utilizando ácidos grasos para evitar la erosión por la humedad y la fricción.

- En la posición acostada, también se debe proteger la frente, los pómulos, la oreja, el pubis y las rodillas.

{= Y como no muchos autores recuerdan, si se puede trasladar al paciente a una silla para que se siente, también se le puede proteger de las presiones en la cruz.

- Además de proteger el TCAE con equipo, también se debe cambiar de posición cada 2 horas para evitar tensionar las zonas óseas visibles. La nutrición también es importante porque regenera el tejido erosionado en presencia de UPP primaria o secundaria.

En nuestra revisión hemos documentado todo tipo de equipamiento de la almohada, es importante en cada caso utilizarla o colocarla en el lugar que requiera el paciente, cambiando repetidamente de posición, reacomodar todo lo necesario para que no se produzcan desplazamientos, no existe una zona protegida del hueso en general.

63.5 Discusión

Como conclusión a nuestra revisión bibliográfica, destacamos que los TCAE son responsables de la protección de todas las áreas identificadas o susceptibles de ocurrir durante la hospitalización, que podrían causar complicaciones en el diagnóstico y tratamiento de los respectivos pacientes por lo que realizan una labor esencial.

Es importante el conocimiento por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería de todos los cuidados necesarios en la prevención de úlceras por presión, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando siempre el beneficio del paciente.

63.6 Bibliografía

- Verdú Soriano J, Perdomo Pérez E. Trabajo técnico GNEAUPP nº XII "Nutrición y heridas crónicas". Grupo Nacional de Investigación y Asesoramiento sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. 2011.
- Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Arantón Aeosa L, Rumbo Prieto JM. Diferenciación de heridas en pacientes ambulatorios y con enfermedades crónicas: efectos de la humedad, la fricción, el cizallamiento y la presión. Enfermedad de la piel enferma. 2013;18-19:14-25
- Grupo Asesor Europeo de Úlceras por Presión (EPUAP). Recomendaciones dietéticas para el tratamiento y prevención de las úlceras por presión. 2004

Capítulo 64

64 INFECCIONES NOSOCOMIALES

RAQUEL FERNANDEZ MARTIN

64.1 Introducción

Las infecciones nosocomiales son infecciones adquiridas durante la estancia en un hospital, las cuales no estaban presentes ni se encontraban en período de incubación en el momento de ingreso.

La infección es el resultado de la interacción entre un agente infeccioso, su proceso de transmisión y el huésped susceptible.

El agente infeccioso puede ser bacteriano, viral, micótico o parasitario. La gravedad de la infección va a depender del agente causal, el reservorio es el lugar donde crece y se transforma el agente infeccioso.

La puerta de entrada es donde el agente infeccioso ingresa en el huésped, y la puerta de salida por donde abandona al huésped.

El proceso de transmisión puede ser por contacto, vía aérea, por gotitas, por vectores o por vehículo común (inanimado).

Los principales factores que causan una infección son, desequilibrio de la flora bacteriana debido generalmente al uso de antibióticos, disminución del sistema inmune debido al uso de medicamentos o por una enfermedad, procedimientos invasivos que se realizan al paciente hospitalizado como colocación de catéter, sondas, biopsias, cirugías, endoscopias, etc.

Los principales pacientes de riesgo de contraer infecciones nosocomiales son los niños, ancianos, pacientes con enfermedades como la diabetes, insuficiencia renal, cáncer, desnutrición, los inmunodepresivos, los pacientes que reciben radioterapia, quimioterapia, pacientes postoperatorio, etc.

Los mecanismos de transmisión pueden ser por vía exógena o vía endógena, la primera son las infecciones contraídas a partir de los microorganismos del ambiente, los segundos son las contraídas por su propio medio interno.

El mecanismo de transmisión más frecuente es el contacto directo.

Hay ocasiones en las que se producen infecciones graves debido a reservorios ambientales como es el aire acondicionado de los quirófanos, también por depósitos de agua del hospital.

64.2 Objetivos

- Identificar las infecciones nosocomiales más frecuentes
- Estudiar los distintos cuidados de enfermería de las infecciones nosocomiales
- Analizar la prevención de las infecciones nosocomiales

64.3 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.

64.4 Resultados

INFECCIONES NOSOCOMIALES MÁS COMUNES NEUMONÍA

La neumonía que se produce en un hospital, generalmente es grave, suele producirse en pacientes que tienen dificultad para deglutir por el riesgo de aspiración de alimentos o de la saliva.

Aquellos pacientes que utilizan dispositivos para ayudar a la respiración tienen más posibilidades de adquirir una infección hospitalaria.

Las bacterias que producen neumonía son: Klebsiella, enterobacter, pseudomonas, acinetobacter, staphylococcus aureus, legionella, mycoplasma, también puede producir neumonía algunos tipos de virus.

Los principales síntomas que presentan son dolor en el tórax, tos con secreción amarillenta, también sanguinolenta, cansancio, falta de aire, fiebre y falta de apetito.

Los cuidados del equipo de enfermería en caso de infección respiratoria como es la neumonía son:

- Vigilar frecuentemente el ritmo o intensidad de las respiraciones.
- Realizar controles analíticos, como gasometría.
- Control de temperatura, tomando medidas antitérmica si la temperatura es superior a 38°.
- Realizar aspiraciones de secreciones cuando sea necesario cumpliendo rigurosamente el protocolo.
- Favorecer la movilización de las secreciones pulmonares con técnicas de fisioterapia respiratoria.
- Realizar los cambios posturales adecuados con el fin de facilitar la función respiratoria del paciente.
- Mediante humidificadores y aerosoles proporcionar humedad para facilitar la eliminación de secreciones.
- Procurarle al paciente abundantes líquidos, siempre que no esté contraindicado para fluidificar las secreciones.
- Se debe administrar el tratamiento que el médico le prescribe.

INFECCIÓN URINARIA

Se puede producir durante la hospitalización de un paciente que tiene una sonda urinaria.

Las principales bacterias que producen infección urinaria son: Escherichia coli, proteus sp, pseudomonas aeruginosa, klebsiella sp., enterobacter sp., enterococcus faecalis, hongos como la candida sp.

Los principales síntomas que presentas son dolor o ardor al orinar, sangrado a través de la orina, fiebre y dolor abdominal.

Los cuidados de enfermería en infecciones urinaria son:

- Control de temperatura corporal, si es superior a 38º, se debe adoptar medidas antitérmicas.
- Control de color, densidad, etc de la orina.
- En caso de hematuria, recoger muestra para urocultivo.
- Control de diuresis.
- Siempre se debe cumplir con las normas de asepsia.
- Limitar el sondaje vesical.
- Siempre utilizar la sonda más fina posible y proceder a su retiro lo antes posible.
- Siempre realizar el sondaje con un equipo estéril, fijando bien la sonda dentro de la vejiga.
- Higiene de manos antes y después de la inserción del catéter.
- El sistema de drenaje debe ser cerrado.

INFECCIÓN DE LA PIEL

Pueden producirse debido a la aplicación de inyecciones a través de las venas para medicamentos, en casos de cicatriz por cirugía, formación de escaras, etc.

Microorganismos causantes de este tipo de infección son: *Staphylococcus aureus*, *klebsiella sp*, *proteus sp*, *enterobacter sp*, *serratia sp*, *streptococcus sp*, *enterococcus* y *staphylococcus epidermitis*.

Los síntomas que presentan son, hinchazón en la piel, enrojecimiento, calor y dolor en la región afectada, en algunos casos secreción purulenta y de mal olor.

INFECCIÓN DE LA SANGRE

Generalmente surge después de la infección de alguna región del cuerpo que se disemina a la sangre.

Debe ser tratada debidamente porque puede causar un fallo multiorgánico.

Microorganismos causantes de este tipo de infección son: *Escherichia coli*, *staphylococcus aureus*, *staphylococcus epidermitis* y *candida*.

Los síntomas que presentan son fiebre, caída de la presión, escalofríos, somnolencia, latidos débiles.

INFECCIONES DE LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS

Generalmente procede de la flora del paciente o del material quirúrgico, puede producirse durante la operación quirúrgica, durante el postoperatorio o como consecuencia de la incorrecta manipulación de la herida.

La aparición de las infecciones va a depender del tipo de cirugía, de factores propios del paciente o de la manipulación de la herida.

Para determinar el agente causal se realiza mediante cultivo de muestras de la herida con torunda o jeringa.

La guía de prevención de infecciones con relación a la cirugía, las recomendaciones son:

- Aquellos pacientes que son portadores nasales de *S. aureus* se les debe aplicar intranasales de mupirocina con o sin una combinación de lavado corporal con gluconato de clorhexidina.
- En caso de tener que eliminar vello para un procedimiento quirúrgico, solo debe ser eliminado con una cortadora eléctrica.
- La profilaxis antibiótica quirúrgica debe administrarse antes de la incisión quirúrgica, en caso de estar indicada y nunca debe prolongarse tras finalizar la operación.

- En pacientes adultos sometidos a cirugía colorrectal electiva, la preparación intestinal mecánica no debe usarse
- Para la higiene de manos quirúrgica se lleva a cabo mediante frotado con un jabón antimicrobiano adecuado y agua también se puede utilizar una solución hidroalcohólica adecuada antes de ponerse guantes estériles.
- En caso de pacientes adultos sometidos a anestesia general con intubación endotraqueal deben recibir un 80% de fracción oxígeno inspirado en el intraoperatorio.
- Para la preparación quirúrgica de la piel del sitio quirúrgico se debe utilizar soluciones antisépticas a base de alcohol junto con gluconato de clorhexidina.
- No se debe levantar el apósito de una herida que no presente signos inflamatorios, al menos durante los primeros cuatro días.
- Antes de la operación quirúrgica es una buena práctica que se den un baño o una ducha.
- Tanto para pacientes diabéticos como no diabéticos se debe llevar a cabo los protocolos para el control perioperatorio intensivo de la glucemia.
- Los drenajes de la herida es importante su retirada en cuanto sea clínicamente indicado.

INFECCIONES DE LAS VÍAS AÉREAS INFERIORES

Este tipo de infección suele producirse por contacto directo, generalmente con las manos del personal sanitario o con material contaminado, este tipo de transmisión puede darse por tuberculosis.

Los agentes causales pueden ser: Klebsiella, pseudomona, serratia).

Los principales cuidados son:

- Higiene de las manos con productos de base alcohólica, siempre antes y después de manipular la vía aérea.
- Uso de guantes.
- Procurar higiene bucal utilizando clorhexidina en caso de pacientes intubados.
- Controlar y mantener la presión del neumotaponamiento por encima de 20 cm H₂O.
- Si se administra nutrición enteral evitar la postura decúbito supino a 0°.
- Evitar siempre que sea posible cambios programados de las tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales.
- Realizar aspiración continua de secreciones subglóticas.
- Procurar al paciente higiene pulmonar.
- Prevenir el edema de pulmón a través de un tratamiento adecuado de la insuficiencia cardíaca.

MEDIDAS DE AISLAMIENTO

Estas medidas se llevan a cabo cuando se conoce o se sospecha que un paciente es portador de patógenos epidemiológicos que pueden ser transmisibles.

Los tipos de aislamiento según la patología puede ser, aislamiento por transmisión aérea, transmisión por contacto, transmisión por gotas y transmisión estándar.

Las normas generales son:

El paciente está en una habitación individual, cuya puerta se encontrará cerrada con un cartel indicativo de las precauciones a seguir, para la desinfección de la habitación se utilizara aldehydos o lejía al 1% de cloro libre.

El servicio de enfermería para entrar en la habitación debe cumplir estrictamente el pro-

toloco establecido.

Cuando el paciente aislado se le da de alta, se realizara una limpieza terminal.

Aquel material utilizado que sea reutilizable, debe ser utilizado solo para el paciente, cuando el paciente es dado de alta se procede a su limpieza y desinfección.

La ropa de estos pacientes aislados se colocará en bolsas de plástico adecuadas de estanqueidad y siempre se debe hacer dentro de la habitación.

El paciente no debe salir de la habitación, salvo en caso necesario.

Las visitas serán restringidas y las personas que visitan a estos pacientes deben cumplir con un protocolo establecido.

MEDIDAS GENERALES DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

- Se debe limitar la transmisión de microorganismos entre los pacientes mediante el lavado de manos, uso de guantes, asepsia, estrategias de aislamiento, desinfección, esterilización, etc.

- Se debe controlar los riesgos ambientales de infección.

- Vigilar las infecciones e identificar y controlar los brotes.

- Con el uso de antimicrobianos profiláctico, nutrición y vacunación se debe proteger a los pacientes.

- Aquellos pacientes con infecciones transmisibles, se realizan medidas de aislamiento y tratamientos prescritos por el médico. Existen varios tipos de aislamiento.

- Cuando un paciente padezca una infección que se encuentra en fase de contagio se debe suspender el ingreso programado.

- El personal sanitario debe vacunarse contra varicela, rubéola, sarampión, parotiditis y tétanos, hepatitis entre otras.

- Vigilancia del uso de antimicrobianos con el fin de evitar la aparición de resistencias, también estudiar patrones de susceptibilidad de los patógenos más comunes en cada centro.

64.5 Discusión

Las áreas de más riesgo en un hospital son las unidades de cuidados intensivos, unidades de quemados, de diálisis y de oncología.

Las infecciones nosocomiales prolongan la estancia hospitalaria de los pacientes, además de que puede ocasionar una elevada mortalidad.

Es fundamental identificar y tratar rápidamente las infecciones nosocomiales para evitar poner en riesgo la vida del paciente, por lo que ante cualquier síntoma debe ser comunicada para su tratamiento.

Cuando los pacientes reciben procedimientos invasivos durante su hospitalización existe un riesgo, por eso es importante la aplicación de programas de prevención

Es básico que el equipo de enfermería esté formado específicamente, con el fin de evitar las infecciones nosocomiales, así como evitar ser ellos los portadores.

La higiene de las manos, es decir su descontaminación, según diversos estudios, es fundamental para evitar la transmisión de infecciones dentro de un hospital.

Para ofrecer una asistencia hospitalaria de calidad es fundamental la formación continuada, cumplir con las normas y protocolos establecidos.

64.6 Bibliografía

- 1 Epidemiología general de las infecciones nosocomiales [Internet] [Consulta 19 de agosto 2022] Disponible en: <https://www.elsevier.es> es-revista-enfermedades-infeccio
- 2 Cuidados de Enfermería para la prevención de las {= Ocronos [Internet] [Consulta 19 de agosto 2022] Disponible en: <https://revistamedica.com> cuidados-enfermeria-preven
- 3 Infección nosocomial: Cuidados enfermeros para disminuir [Internet] [Consulta 19 de agosto 2022] Disponible en: <https://core.ac.uk> download › pdf
- 4 139 Generalidades de las infecciones nosocomiales {= Dialnet [Internet] [Consulta 19 de agosto 2022] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es> descarga › articulo
- 5 Grado en Enfermería - Universidad de Zaragoza [Internet] [Consulta 21 de agosto 2022] Disponible en: <https://zaguan.unizar.es> TAZ-TFG-2012-154
- 6 Conocimiento del personal de enfermería sobre infecciones [Internet] [Consulta 22 de agosto 2022] Disponible en: <https://www.medigraphic.com> pdfs › eim-2009
- 7 Infecciones nosocomiales: infección de la herida quirúrgica.[Internet] [Consulta 22 de agosto 2022] Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com> infecciones
- 8 Epidemiología general de las infecciones {= SEIMC [Internet] [Consulta 24 de agosto 2022] Disponible en: <https://seimc.org> documentoscientificos › eimc
- 9 El TCAE frente a las infecciones nosocomiales {= Ocronos [Internet] [Consulta 24 de agosto 2022] Disponible en: <https://revistamedica.com> tcae-prevencion-infecciones
- 10 Precauciones y aislamientos en patología infecciosa {= Sacyl [Internet] [Consulta 26 de agosto 2022] Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es> calidad › precaucione...
- 11 Importancia de los productos sanitarios en la prevención y.[Internet] [Consulta 26 de agosto 2022] Disponible en: <https://gruposdetrabajo.sefh.es> gps › publicaciones
- 12 Tema 16. Concepto de infección {= Formacurae [Internet] [Consulta 26 de agosto 2022] Disponible en: <https://www.formacurae.es> uploads › 2019/12

Capítulo 65

65 ÚLCERAS POR PRESIÓN

RAQUEL FERNANDEZ MARTIN

65.1 Introducción

Úlceras por presión son lesiones que se localizan en la piel o en tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea debido a una presión, fricción o cizallamiento.

AGENTES CAUSALES

- Presión

Es la fuerza perpendicular a la piel producida por el propio peso corporal que provoca un aplastamiento tisular entre dos planos, por ejemplo, superficies óseas y la cama.

Los motivos principales de la presión son los pacientes encamados, la presencia de arrugas en la sabana, presencia de restos de comida u objetos, los puntos de apoyo de sondas y catéteres, etc.

- Fricción

Se produce por fuerzas horizontales y paralelas a la piel, produciendo roces por movimientos o arrastres que provoca un aumento de la temperatura local y pueden aparecer ampollas y también destrucción de la epidermis.

Los motivos principales son, arrastre de un paciente a la silla, deslizamientos sobre superficies rugosas.

- Cizallamiento

Se combinan los efectos de presión y fricción, produciendo úlceras en muy poco tiempo. Los motivos principales son, deslizamiento de los pacientes en la posición fowler.

FACTORES DE RIESGO

El exceso de humedad facilita la aparición de UPP, se puede producir por la incontinencia urinaria y la fecal que produce maceración e irritación sobre la piel, el exceso de sudoración, los fluidos de los drenajes, el deficiente secado en la higiene del paciente, el exceso de cremas hidratantes, etc.

Algunas enfermedades neurológicas cursan con espasticidad, al perder sensibilidad disminuye la percepción del dolor y presión, el paciente al no cambiar de posición favorecerá la aparición de una UPP.

También puede favorecer la aparición de una UPP, la disminución del flujo sanguíneo tisular, alteraciones respiratorias, cardíacas, lesiones medulares, síndrome de inmovilidad, alteraciones nutricionales, alteraciones cutáneas, heridas crónicas, etc.

LOCALIZACIÓN

Donde más se desarrollan es en las zonas que se ejerce una presión entre dos planos, las más frecuentes se producen en el sacro y coxis, seguido de talón, trocánter, maléolo y glúteo, según estudios que se han realizado.

En posición decúbito supino, las zonas afectadas son occipital, omoplatos, codo, sacro y

talón.

En posición decúbito lateral es oreja, omoplatos, costillas, cresta ilíaca, trocánter mayor, cóndilos femorales, maléolos.

En posición decúbito prono es mejilla, mamas, genitales, rodillas, punta dedos de los pies.

En posición de sedestación es occipital, los omóplatos, los codos, el sacro, las tuberosidades isquiática, los huecos poplíteos y los talones.

ESCALA DE VALORES

Para valorar los riesgos se utiliza EVRUPP (escala de valores de riesgo de úlceras por presión) que analiza los factores de riesgo del paciente, asignándole una puntuación en función de los parámetros establecidos en la escala.

Se utilizan escala de Braden, de Norton, etc.

La finalidad de estas escalas es identificar a los pacientes con riesgo de padecer una UPP, ofreciendo un criterio objetivo para planificar las medidas preventivas.

65.2 Objetivos

- Identificar los distintos estadios de las úlceras por presión.
- Dar a conocer las complicaciones, medidas preventivas y tratamientos de las úlceras por presión.

65.3 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.

65.4 Resultados

ESTADIOS DE LAS UPP

- Grado I

La piel se presenta intacta con eritema no blanqueante en un área localizada, no palidece al presionar. Esa área sometida a presión, puede presentar alteraciones en la temperatura de la piel (calor, frío), edema, dolor, escozor, induración.

Es difícil de detectar en personas de piel oscura.

- Grado II

Se produce una pérdida parcial del espesor de la piel, que afecta a la epidermis, dermis o ambas.

Esta caracteriza por la aparición de equimosis, en algunos casos acompañada de zonas abrasivas o ampollas subepidérmicas.

- Grado III

Se produce una afectación que profundiza en el tejido subcutáneo, acompañado de necrosis sin sobrepasar la fascia muscular.

La profundidad puede variar según la localización anatómica, las zonas de importante adiposidad pueden desarrollar este tipo de UPP, no siendo visibles ni palpables el hueso o el tendón.

- Grado IV

Se produce una pérdida total del espesor de los tejidos que profundiza en tejidos subyacentes, con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén.

La profundidad de estas lesiones varía según su localización anatómica, el hueso, músculo expuesto es visible o directamente palpable.

El grado III y IV pueden presentar alteraciones como esfacelo, escaras e infección.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- Movilización precoz

Es fundamental que el paciente cuando le sea posible deambule y realice actividades físicas dentro de sus posibilidades con el fin de mantener un buen nivel de actividad.

- Cambios posturales

Se debe realizar los cambios posturales adaptados a cada paciente, se intentará hacer coincidir los cambios con otras actividades como higiene, medicación, etc.

- Uso de superficies especiales para el manejo de la presión

Pueden ser pasivos, superficies estáticas, dispositivos activos o superficies dinámicas, la elección dependerá del riesgo y valoración del paciente.

- Vigilancia de sondas y catéteres

Siempre se ha de vigilar los puntos de apoyo de los drenajes, sondas o catéteres, evitando que queden debajo del paciente, se debe movilizar con frecuencia para variar el punto de presión.

- Evitar la humedad

Se debe secar bien la piel tras la higiene, vigilar la sudoración excesiva, la incontinencia urinaria y fecal, utilizar cremas protectoras en las zonas de piel sana que están expuestas a la humedad.

- Control del estado nutricional

Una dieta equilibrada es esencial para la prevención de una upp, pues tanto la desnutrición como el sobrepeso es un factor de riesgo.

COMPLICACIONES DE UNA UPP

- Dolor

Puede producirse dolor nociceptivo (respuesta fisiológica normal) o dolor neuropático (respuesta inadecuada).

Los pacientes con dolor neuropático sienten dolor con cualquier roce o puede darse el caso de no sentirlo como consecuencia de una lesión nerviosa.

Es fundamental procurar al paciente el alivio o disminución del dolor, evitando manipulaciones innecesarias, controlando la temperatura de los productos que se van a usar, controlando la presión del apósito sobre la herida, esos apósitos si es posible que sean de fácil retirada.

- Osteomielitis

Es una complicación infecciosa que afecta al hueso subyacente a la lesión, puede ser causada por staphylococcus aureus, staphylococcus epidermis, streptococcus, salmonella, proteus y pseudomonas.

Es importante estar alerta ante la aparición de signos de osteomielitis, para que el médico haga un diagnóstico y le prescriba un tratamiento.

- Celulitis

Es una infección que afecta a partes blandas profundas que se debe atajar lo antes posible pues se extiende muy rápidamente.

Puede ser producida por el *Streptococcus pyogenes* o *Staphylococcus aureus*.

Se presenta como eritema, dolor, calor, llegando en algunos casos a aparecer fiebre y afectación ganglionar.

Es fundamental un tratamiento adecuado y una vigilancia intensiva porque si con el tratamiento no mejora puede derivar a una complicación grave para el paciente.

- Sepsis

Los síntomas se presentan con fiebre, hipotensión, letargo, anorexia, desorientación, etc, generalmente está producida por *Staphylococcus aureus*, bacilos gram-negativos o bacteroides frágilis.

TRATAMIENTOS DE UNA UPP

Consistente en eliminar o reducir tanto los agentes causales como los factores, así como evitar la extensión y complicaciones, promover la cicatrización e identificar el grado de UPP.

En el estadio grado I, se debe disminuir la presión de la zona, utilizar ácidos grasos hiper-oxygenados, que produce un aumento de la circulación sanguínea capilar disminuyendo el riesgo de isquemia.

En el estadio II, III y IV, requiere eliminar el tejido necrótico, limpiar la herida, mantener el nivel óptimo de humedad y valorar si está o no infectada.

Para eliminar el tejido necrótico se puede llevar a cabo mediante:

- Desbridamiento autolítico

Se da de forma natural en todas las heridas, los fagocitos que se encuentran en el lecho de la lesión, junto con los macrófagos y enzimas proteolíticas, licúan y separan los tejidos necróticos y estimulan la granulación del tejido.

Este método es muy favorecedor en combinación desbridamiento cortante y enzimático, no es doloroso.

- Desbridamiento enzimático

Consiste en la aplicación local de enzimas exógenas, las cuales funcionan de forma sinérgica con las enzimas endógenas, provoca la degradación de la fibrina el colágeno desnaturalizado y la elastina.

En España, la colagenasa bacteriana procedente del *Clostridium histolyticum* es la más utilizada como desbridante enzimático.

- Desbridamiento cortante

Se lleva a cabo con instrumental estéril, extremando medidas de asepsia, se debe comenzar por la zona más débil y liberar lo antes posible uno de los bordes por donde continuar la retirada de los tejidos no viables hasta encontrar una zona sana y viable.

Es rápido y se puede combinar con métodos autolíticos y enzimáticos.

- Desbridamiento osmótico

Se realiza mediante intercambio de fluidos de distinta densidad, aplicando soluciones hiperosmolares o de apósitos de poliacrilato activados con soluciones hiperosmolares.

- Desbridamiento quirúrgico

Consiste en retirar por completo el tejido necrótico y desvitalizado, se suele realizar en una sola sección por un cirujano, bajo técnica anestésica o de sedación.

Es la técnica más rápida para retirar tejidos no viables, se utiliza en casos de escaras gruesas, tejido desvitalizado de lesiones extensas, profundas, con signos de celulitis o sepsis.

Existen dispositivos específicos para el desbridamiento en quirófano como la hidrocirugía con vacío por chorro de agua.

Para determinar si una UPP está infectada se observa el aumento del volumen del exudado, presencia de pústulas, eritema perilesional en aumento, fiebre, etc, el médico es el que hace la valoración y el tratamiento antibiótico necesario.

Para realizar la limpieza de la herida se lavará con suero fisiológico, se evitará emplear fuerzas de arrastre para no dañar el tejido sano de granulación.

Se debe proporcionar cuidados a la piel perilesional y mantener el nivel óptimo de humedad.

FUNCIONES DEL TCAE en las curas de las UPP

Teniendo en cuenta que el tcae colabora con el equipo de enfermería, sus funciones con respecto a las curas de upp, son:

- Preparar el material necesario.
- Proporcionar al personal de enfermería el material para realizar las curas.
- Cuando se finalice la cura, recoger el material y cumplir con los protocolos de limpieza y desinfección.
- Y por último, acomodar al paciente en la posición indicada según el plan de cambios posturales.

Los materiales que se utilizan en las curas de UPP, son; apósitos hidrocoloides, apósitos de hidrogel, apósitos de alginato, apósitos de espuma de poliuretano, apósitos impregnados en plata, apósitos de matriz de colágeno, colágenasa, etc

65.5 Discusión

Las UPP suponen un problema de salud que afecta en la calidad de vida de los pacientes que las sufren, por ello es importante un conocimiento exhaustivo de las UPP y especialmente de su prevención.

Cuando se trate una upp, no solo hay que tratar la lesión, se debe valorar al paciente en su conjunto para seguir un protocolo establecido.

La prevención es muy importante por lo que hay que minimizar el efecto de la presión, movilizándolo al paciente, realizando cambios posturales cuando se encuentre encamado, evitar que el paciente se apoye directamente sobre sus lesiones, evitar el arrastre cuando se realizan movilizaciones para evitar la fricción.

Se ha demostrado que los planes de cuidados individualizados, las estrategias tempranas de prevención, cumpliendo con los protocolos establecidos son muy efectivos.

Es fundamental que el personal sanitario tenga una formación continuada y esté en todo momento actualizado.

65.6 Bibliografía

- 1 Úlceras por presión. Prevención, tratamiento y consejos [Internet] [Consulta 15 de agosto 2022] Disponible en: <https://www.elsevier.es> es-revista-offarm-4-articulo-ulce.
- 2 Clasificación UPP - Información - Úlceras Fóra [Internet] [Consulta 15 de agosto 2022] Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal> Informacion › Clasificaci
- 3 Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas [Internet] [Consulta 15 de agosto 2022] Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es> Guia_prevision_UPP
- 4 Plan de cuidados para pacientes con UPP a propósito de un [Internet] [Consulta 16 de agosto 2022] Disponible en: <https://revistamedica.com> plan-cuidados-upp-caso-cli
- 5 Cuidados de Enfermería en úlceras por presión (UPP) [Internet] [Consulta 18 de agosto 2022] Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com> revista-medica
- 6 ÚLCERAS POR PRESIÓN [Internet] [Consulta 18 de agosto 2022] Disponible en: <https://www.segg.es> download › PDF
- 7 Úlceras por presión. Revisión bibliográfica. - Revista SANUM [Internet] [Consulta 20 de agosto 2022] Disponible en: <https://www.revistacientificasanum.com> articulo
- 8 Úlceras por presión: UPP {≠ CMUC [Internet] [Consulta 20 de agosto 2022] Disponible en: <https://www.centroulcerascronicas.com> noticias › ulce
- 9 Funciones del TCAE en la prevención y tratamiento de [Internet] [Consulta 21 de agosto 2022] Disponible en: <https://revistamedica.com> funciones-tcae-upp
- 10 Prevención y tratamiento de UPP.[Internet] [Consulta 21 de agosto 2022] Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com> prevencion

Capítulo 66

66 CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS UNA MASTECTOMÍA

VIOLETA HIDALGO OLIVER

SOFIA MIRAVETE ARRUFAT

TOMAS PUNTER SERRANO

MARIA SANCHEZ LATORRE

66.1 Texto libre

La mastectomía es un tipo de cirugía que consiste en extirpar la mama por completo. A diferencia de la mastectomía, la tumorectomía que consiste en extirpar el tumor y preservar la mayor parte de la mama.

El cáncer de mama es el tumor más común en la mujer. El 25% de las pacientes desarrollarán linfedema, que es una de las complicaciones más frecuentes.

La incidencia ha disminuido gracias al diagnóstico precoz y técnica del ganglio centinela. Hay diferentes tipos de mastectomía:

- Mastectomía total: Consiste en extirpar la mama por completo, incluyendo el pezón, areola y piel. Además, dependiendo de la situación, será necesario extraer algunos ganglios linfáticos de la axilar.
- Mastectomía con conservación de la piel, se extirpa solamente el tejido mamario, el pezón y la areola, dejando la piel. En este tipo de mastectomía, tiene como ventaja que deja menos tejido cicatricial y el seno puede ser reconstruido con una apariencia más natural.
- Mastectomía con conservación del pezón, en este tipo se extrae el tejido del seno, pero la piel y el pezón se dejan. Este tipo de cirugía conlleva efectos riesgos, uno de ellos es que el pezón no tiene buen suministro de sangre y se atrofia. Además, debido a que se cortan los nervios se pierde parte o por completo de la sensibilidad de este.
- Mastectomía radical modificada, consiste en extirpar la mama por completo además de los ganglios linfáticos axilares.
- Mastectomía radical, este tipo está en desuso, consiste en extirpar toda la mama, ganglios linfáticos axilares y músculos pectorales que se encuentran debajo de la mama. Solo se realiza en tumores grandes que están invadiendo los músculos pectorales.
- Mastectomía doble, consiste en extirpar ambos senos. Se lleva a cabo en mujeres que tienen alto riesgo de padecer cáncer de mama y en mujeres que tienen una mutación en el gen BRCA. Se realiza como medida profiláctica.

Entre los efectos secundarios encontramos; dolor en la zona, hinchazón, hematomas, seroma, movimiento limitado del brazo, entumecimiento en mama o brazo, dolor neuropático y si se extirpan los ganglios linfáticos axilares, linfedema.

Algunas recomendaciones en el postoperatorio son:

- Tomar medicaciones prescritas por el médico como antiinflamatorios y analgésicos.
- No coger peso, conducir o hacer ejercicio hasta el alta médica.
- Mantener el brazo del paciente sobre una almohada para que queden más altos que el hombro y evitar así la hinchazón y disminuir la tensión.
- Evitar realizar técnicas como la toma de tensión, punción por riesgo del linfedema.

El linfedema es la acumulación anormal de linfa en el tejido blando debido a una obstrucción del sistema linfático. Hay dos tipos de linfedema; el linfedema precoz, que aparece en los dos primeros meses tras la cirugía y el linfedema tardío, que aparece después de los dos meses del tratamiento.

Hay 3 fases del linfedema:

1. Fase líquida: Es blanda y mejora con el descanso.
2. Fase fibrótica: Tiene zonas duras y no mejora con la elevación del brazo.
3. Fase grasa: Completamente dura y hay cambios en la piel.

Como signos y síntomas del linfedema encontramos, sensación de pesadez, entumecimiento y pérdida de sensibilidad, piel dura, aumento del diámetro del brazo, dolor, linforrea (derrame de linfa por rotura o sección de un vaso linfático), linfagitis y linfagliosarcoma.

Clasificación según estadios:

Estadio I: Asintomática o sensación de pesadez. No se observa evidente.

Estadio II: Edema reversible que mejora con la elevación de la extremidad. Edema con fovea.

Estadio III: Edema irreversible que no mejora con la elevación de la extremidad. Edema no foveano.

Estadio IV: Cambios en la piel, denominada, elefantiasis, cambios tróficos.

El tratamiento del linfedema consiste en drenaje linfático manual, vendaje compresivo de la extremidad afectada y presoterapia.

Capítulo 67

67 CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

BEATRIZ FERNANDEZ SUAREZ

67.1 Introducción

A través de este artículo pretendemos destacar la importancia del principio de confidencialidad como base fundamental del desempeño profesional de cualquier empleado dentro del ámbito sanitario y hospitalario (técnicos superiores de laboratorio, trabajadores sociales, médicos, celadores...).

El manejo de información sensible puede generar ciertos conflictos éticos y morales en la práctica profesional. Todas las profesionales implicadas en el funcionamiento de un hospital que de una manera u otra tienen acceso a información personal y médica de los pacientes deben fundamentar su identidad moral en el respeto y la integridad de los pacientes.

67.2 Objetivos

-Describir los aspectos básicos sobre confidencialidad en el ámbito sanitario.

67.3 Metodología

Para la creación de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación a través de la realización de una revisión bibliográfica sobre la literatura existente sobre el tema propuesto. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos, utilizando las palabras claves: confidencialidad, ética profesional, salud, pacientes.

67.4 Resultados

La confidencialidad se define como aquel derecho a que se respete el carácter confidencial de los pacientes en referencia a su salud, todo esto amparado en la Ley y directamente relacionado está el secreto profesional, que se define como el mantenimiento a cubierto de aquella información íntima de alguien que conocemos por razón del desempeño profesional.

Uno de los motivos fundamentales para proteger la información es para mantener la confianza paciente-personal profesional del medio hospitalario. Aquí debe estar incluido

todo el equipo de trabajo formado por profesionales de diversa índole, especialidad y disciplina.

Esto engloba:

- La autonomía decisoria (conocer, querer y poder).
- La autonomía informativa (capacidad para controlar y decidir sobre sus propios datos personales).
- La autonomía funcional (capacidad de ejecutar las decisiones).

La protección legislativa a los pacientes aparece en el Artículo 7.1 de La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LBAP) el cual determina que: "Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización".

No están lejos los dilemas que pueden aparecer y la certeza de que esta obligación se incumple con frecuencia en ocasiones como historias de pasillo y otras muchas por descuido y que podría acarrear graves consecuencias para el profesional que lo comete o para el que lo ve y no lo denuncia (Art. 262 Obligación de denunciar lo que por razón de cargo, profesiones u oficios tenga conocimiento de algún delito público).

Por el contrario, existe la contrapartida del deber de revelar, como por ejemplo en las situaciones en las que medie una enfermedad infecto-contagiosa de declaración obligatoria como lo son las hepatitis, el VIH, lepra, gonorrea y otras muchas.

67.5 Discusión

El manejo de información personal y sanitaria requiere de un ejercicio de autoexigencia del personal profesional que tiene acceso a la misma pudiendo conllevar en caso de no respetarse graves consecuencias para el propio profesional sanitario.

Es importante no dejar atrás la revisión de la capacitación profesional a través de formación especializada, supervisión adecuada y la permanente mención de la necesidad de respetar sin ningún tipo de fleco la confidencialidad de los pacientes en el ámbito hospitalario o cualquier otro ámbito sanitario.

El deber del secreto, el respeto a la privacidad, intimidad y confidencialidad deben estar siempre presentes, salvo que la ley nos obligue a lo contrario.

67.6 Bibliografía

Ballester Izquierdo, A. (2006). Ética de la discreción: la confidencialidad en el Trabajo Social. *Servicios Sociales y Política Social*, 74, 101-109.

Pozzoli, M.T. (2006). El trato amable del sujeto complejo. Ética y educación en la globalización para una conciencia planetaria. *Hermenéutica intercultural: revista de filosofía*, 7, 139, 166.26.

Méjica García J, Bobes García J. La ley del paciente para profesionales sanitarios. 2 Ed.

Méjica F, Editor. Gijón: Ojo X Hoja; 2009. 23. Iraburu M. Estudio multicéntrico de investigación sobre la confidencialidad. *Med Clin* 2007; 128: 575-578.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 29-4/-86; no 102: 15207-15224.

Capítulo 68

68 RADIOLOGÍA EN LA RIZARTROSIS DEL PULGAR

YOLANDA DOMINGUEZ MARTINEZ

LAURA FERNÁNDEZ ALONSO

68.1 Introducción

La osteoartritis, artrosis o rizartrrosis, es una enfermedad del pulgar que provoca deformidad, rigidez y limitaciones funcionales.

Esta osteoartritis se produce a nivel de la articulación trapecio-metacarpiana, denominándose rizartrrosis.

Es una articulación que al moverse en todas las direcciones, es también muy inestable, y esto, la convierte en susceptible a la artrosis.

Su origen es desconocido.

El desgaste de la articulación se debe a la edad y a los movimientos repetitivos de la articulación trapecio-metacarpiana.

El cartílago al no cubrir los extremos de los huesos, chocan entre si y se desgastan, a veces se pueden observar osteofitos, cambios en la forma de las articulaciones y pérdida de alineación.

El objetivo con los pacientes que sufren esta patología es tratar de detener la degeneración del cartílago, y a su vez establecer un diagnóstico para evaluar si el tratamiento es quirúrgico o conservador.

68.2 Objetivos

Describir el uso de la radiología en la rizartrrosis del pulgar.

68.3 Metodología

Basada en la búsqueda de diferentes bases de datos y en la propia experiencia laboral, según los protocolos de los servicios de radiodiagnóstico de diferentes hospitales.

Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos, con el objetivo de describir las proyecciones radiográficas más utilizadas en el estudio diagnóstico para el hallazgo de la artrosis de la articulación trapecio-metacarpiana del pulgar.

68.4 Resultados

El término rizartrrosis se usa para referirse a la osteoartritis de la base del pulgar, particularmente, la que afecta a la articulación trapecio-metacarpiana (ATM).

La articulación trapecio-metacarpiana en la base del pulgar, es uno de los trastornos más comúnmente afectados.

El diagnóstico clínico se basa en los síntomas informados por el paciente y en la exploración clínica, en el que se palparán los puntos dolorosos, y se confirmaran por radiología.

Las radiografías estándar requeridas para la osteoartritis del pulgar serán las siguientes: POSTERIOR-ANTERIOR y LATERAL de la mano.

ANTERIOR-POSTERIOR del primer dedo.

Paciente sentado frente a la mesa radiográfica, brazo extendido, mano en rotación interna, para así, colocar el pulgar en supinación, mantener el resto de dedos hacia atrás con la ayuda de una cinta.

El rayo central será perpendicular al receptor de imagen, centrado en la primera articulación metacarpo-falángica.

Las articulaciones inter-falángicas y metacarpo-falángicas se deben mostrar abiertas

PROYECCIÓN PROPIA PARA LA 1ª ARTICULACIÓN TRAPECIO-METACARPIANA:

Paciente sentado frente a la mesa radiográfica, brazo extendido, mano en rotación interna, para así, colocar el pulgar en supinación, mantener el resto de dedos hacia atrás con la ayuda de una cinta.

El rayo central incide con una angulación caudal de 45° centrado en la primera articulación metacarpo-falángica.

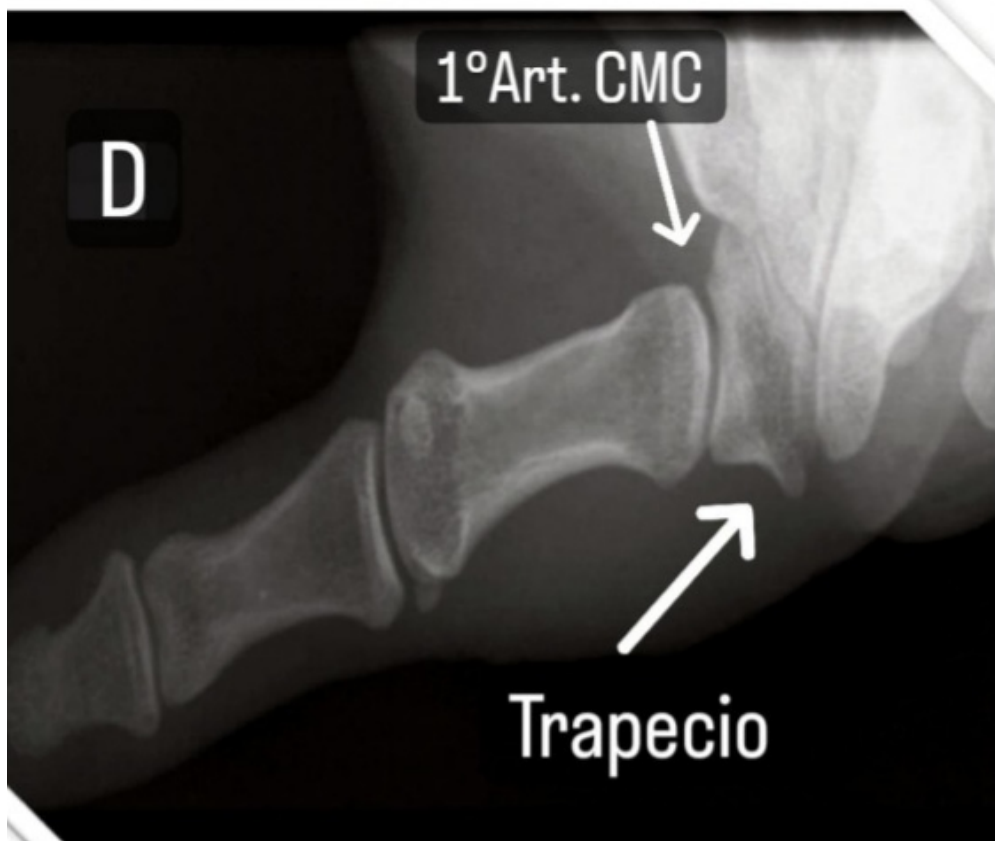
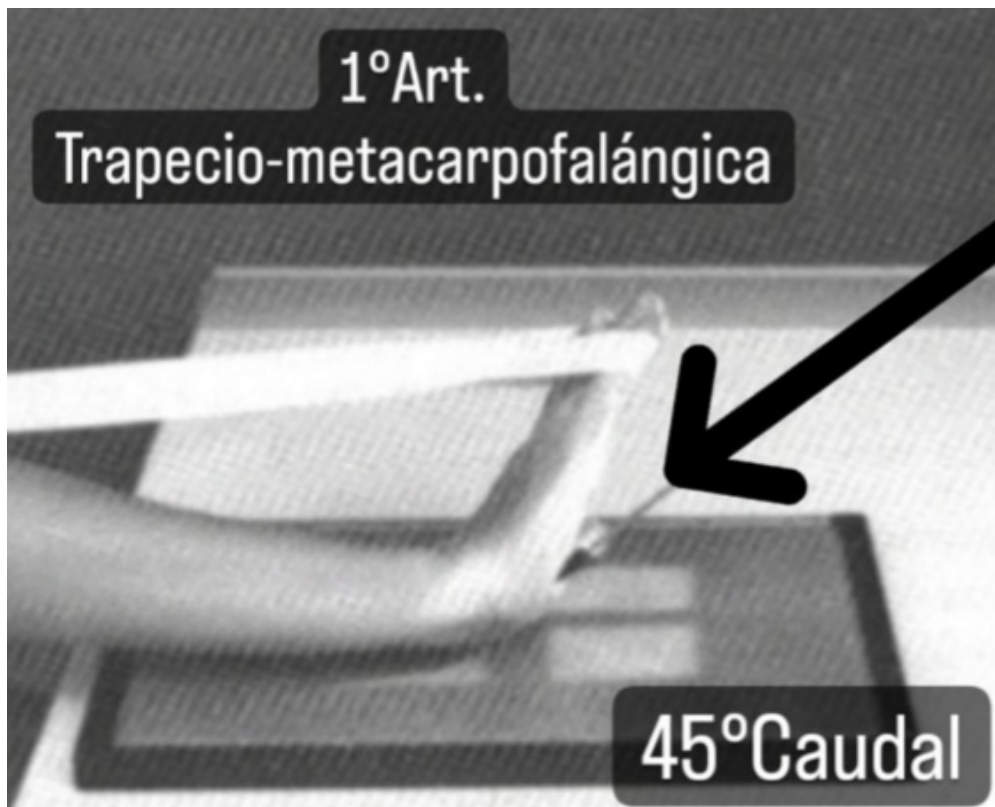
Los criterios radiológicos a evaluar en esta proyección son los siguientes:

Se debe ver la primera articulación metacarpiana o trapecio-metacarpiana.

El trapecio debe verse en su totalidad.

El primer hueso metacarpiano debe estar incluido.

Los huesos carpianos próximos no se deben de superponer a la primera articulación metacarpiana.



68.5 Discusión

El perfil de los pacientes con osteoartritis del pulgar es común en todos los países.

Generalmente se presenta tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino, siendo más común entre mujeres de 40 y 50 años de edad.

También hay casos en los que su aparición es más tardía a esa edad.

Es necesario un diagnóstico precoz para poder parar la progresión de la osteoartritis, y evitar acortar la vida cotidiana de los pacientes por dicha patología.

Las imágenes radiológicas muestran disminución o pérdida del espacio articular, y en ocasiones, osteofitos.

Los movimientos repetitivos, el envejecimiento, los malos hábitos de vida, padecer de otras enfermedades y ser mujer, son causas muy comunes que pueden originar el desgaste de la articulación.

68.6 Bibliografía

1. Gato AD-A. Artrosis de la base del pulgar: la Rizartrosis [Internet]. Ibacma.com. [citado el 4 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ibacma.com/es/articulos/artrosis-base-pulgar-rizartrosis>
2. Bontranger, Posiciones Radiológicas y Correlación Anatómica, 5ª edición. Ed. Médica Panamericana.
3. Merrill. Atlas de posiciones radiográficas y procedimientos radiológicos. Undécima edición. Eugene D. Frank. Bruce W. Long. Bárbara J. Smith.
4. López-Carriches C, Leco-Berrocal MI, Fernández-Tresguerres Hernández-Gil I, González Fernández-Tresguerres F, Torres García-Denche J. Rizartrosis de dedo pulgar en dentistas: prevención y tratamiento. Av Odontoestomatol [Internet]. 2022 [citado el 9 de noviembre de 2022];38(1):2-7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S12852022000100002

Capítulo 69

69 LA MAMOGRAFÍA COMO METODO DE SCREENING PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

LAURA FERNÁNDEZ ALONSO

YOLANDA DOMINGUEZ MARTINEZ

69.1 Introducción

El objetivo de los estudios de screening o diagnóstico precoz es detectar el cáncer de mama en su fase inicial. Se trata de realizar una serie de pruebas periódicas a la población sana con el propósito de detectar el cáncer en sus etapas iniciales. Esto hace que las tasas de curación de esta enfermedad sean muy altas.

Este cribado poblacional se realiza a través de la mamografía. En España se realiza cada 2 años a mujeres de 50 a 69 años. En algunas comunidades y en casos seleccionados podrá iniciarse a los 45.

La mamografía es el estudio y exploración de la mama mediante rayos X de baja dosis. Consiste en la realización de una radiografía en doble proyección de cada una de las mamas.

69.2 Objetivos

Describir la técnica de la mamografía como método de screening, las proyecciones más adecuadas que se utilizan y los resultados que se obtienen.

69.3 Metodología

Realización de una revisión bibliográfica en diferentes páginas web, libros y trabajos científicos relacionados con el tema escogido para llevar a cabo este trabajo, la mamografía como método de screening para la detección precoz del cáncer de mama. He utilizado bases de datos como Google. Criterios de inclusión: textos que estuvieran en castellano y posteriores al año 2000 relacionados con la temática de estudio.

Palabras clave: screening, mamografía, cáncer de mama.

69.4 Resultados

Para la realización del estudio hay que intentar utilizar el menor número posible de proyecciones, con lo que se consigue reducir la dosis de radiación recibida en la mama y la paciente, así como tiempo de exploración.

Las proyecciones obligatorias o de rutina de este estudio son dos:

PROYECCIÓN CRANEOCUAUDAL (CC):

Se realiza con la paciente frente al mamógrafo, el cual se encuentra sin angulación, en 0°. El seno a estudiar se coloca sobre el portamama tirando lo máximo posible de él para poder comprimir la mayor extensión posible del mismo.

La imagen debe mostrar:

- El pezón de perfil apuntando ligeramente hacia la línea media
- A excepción de la cola axilar, la mayor parte del tejido lateral y medial.
- En algunas pacientes puede observarse el músculo pectoral.

PROYECCIÓN OBLICUA MEDIOLATERAL (OML):

La paciente se sitúa de lado junto al mamógrafo, con el conjunto del tubo en giro de 45°, brazo apoyado sobre la parte superior del portamama y descansando en el mismo pecho y axila, sosteniendo la mama y sin que se mueva el hombro, comprimiendo la mama y parte de la axila.

Debemos poder observar en la imagen:

- El pezón de perfil o tangencial, al borde del receptor, y al mismo nivel que el borde inferior del músculo pectoral.
- El ángulo inframamario.
- El detector debe quedar paralelo a la línea del pectoral mayor.

El Sistema BI-RADS tiene la finalidad de estandarizar la descripción de las lesiones mamarias en técnicas de imagen, pudiendo comparar los estudios e informes radiológicos en los distintos países reduciendo la confusión de su interpretación. Este sistema permite clasificar las lesiones observadas en imagen y darles una categoría de riesgo de malignidad.

La información que contiene dicho sistema puede agruparse en dos bloques:

-LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES:

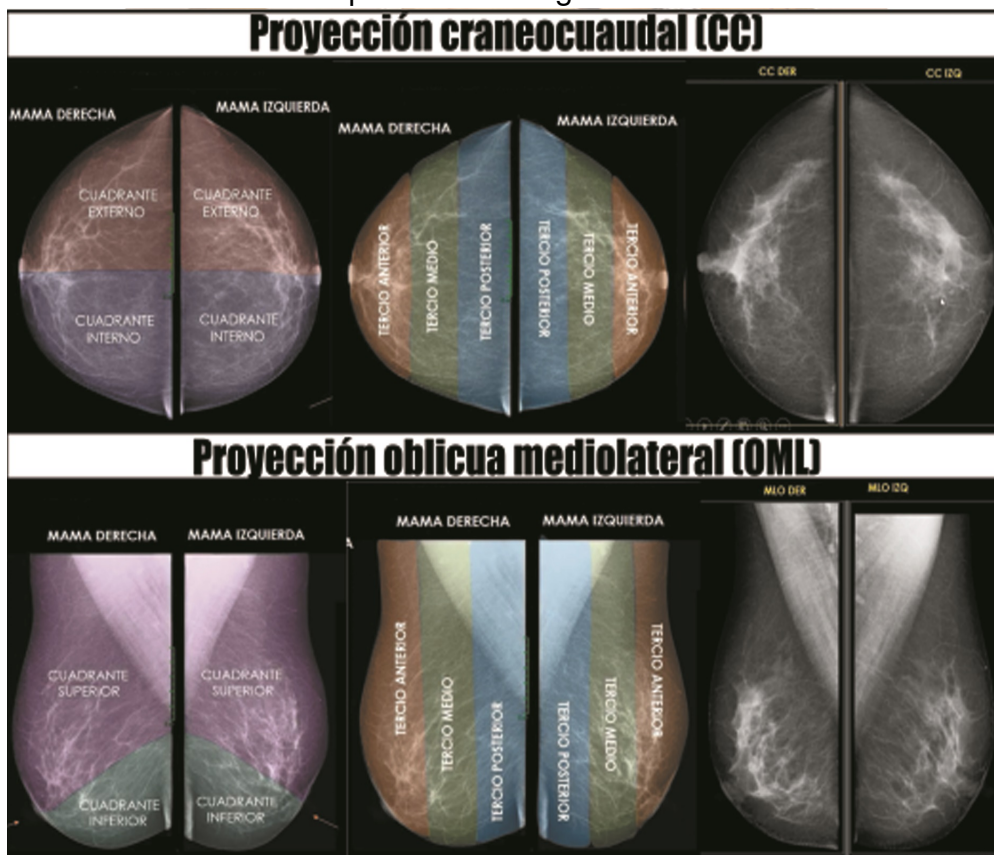
Los BI-RADS recomienda que se identifiquen en al menos dos planos ortogonales.

La localización comprende: la mama (derecha, izquierda), el cuadrante o referencia horaria y la profundidad.

Los tumores malignos suelen presentarse en el cuadrante superior externo de la glándula mamaria.

-CATEGORIA DE LA SOSPECHA:

- BI-RADS 0: estudio incompleto. Se necesitan proyecciones adicionales y/o ecotomografía.
- BI-RADS 1: estudio normal.
- BI-RADS 2: hallazgos benignos. No es necesario realizar ningún seguimiento especial.
- BI-RADS 3: alteraciones probablemente benignas. Se requiere control a los seis meses.
- BI-RADS 4: lesión sospechosa de malignidad. Posibilidad de un cáncer, por lo que hay que realizar una biopsia.
- BI-RADS 5: hallazgos altamente sugerentes de cáncer. Se requiere biopsia de forma indispensable.
- BI-RADS 6: malignidad confirmada. Paciente con cáncer de mama diagnosticado. Se controla entre tratamientos previo a la cirugía.



69.5 Discusión

El tumor más frecuente en mujeres en todo el mundo es el cáncer de mama. La mamografía digital tiene una sensibilidad del 81-87% para la detección de este cáncer en mujeres de 40 a 79 años; por lo que hace sea la prueba de elección para su detección en sus etapas iniciales.

Es una técnica segura, sencilla y fiable gracias a la cual es posible detectar lesiones hasta dos años antes de que lleguen a ser palpables, es decir, cuando aún no han apare-

cido los síntomas o los signos. Lo que hace posible que la muerte por cáncer de mama puede ser retrasada o prevista con la detección y tratamiento precoz de su crecimiento. Gracias a estos cribados se ha reducido así la tasa de mortalidad en las mujeres entre 50 y 69 años de edad.

69.6 Bibliografía

Técnico superior en imagen para el diagnóstico del Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl). Temario volumen II. Editorial Mad

Asociación española contra el cáncer:<https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/prevencion/mamografias>

Manual SEOM de prevención y diagnóstico precoz del cáncer

<https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-clasificacion-radiologica-manejo-lesiones-mamarias-S0210573X10001231>

Capítulo 70

70 EL PERSONAL DE CELADOR EN EL SOPORTE VITAL BÁSICO COMO EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

MANUEL ALVAREZ ALVAREZ

VIRGINIA CARRETERO QUERO

SERGIO LORIDO PIRES

SANDRA SÁNCHEZ SUAREZ

BUSHRA MOHAMED AHMED

70.1 Introducción

Una emergencia o urgencia consiste en una actuación integral y continua que se desarrolla para un paciente que se encuentra en una situación clínica que exige una atención sanitaria de forma inmediata.

Puede realizarse en los propios centros sanitarios y también fuera de ellos, incluyendo incluso el domicilio del paciente, y debe poder cubrirse durante las 24 horas del día.

Para atender esta situación de urgencia o emergencia disponemos de 2 dispositivos, principalmente de atención, que se realizarán a través de los teléfonos 112 o 061.

La atención de la urgencia tiene como finalidad evitar un posible riesgo de muerte y evitar o minimizar los posibles daños o secuelas que pueda sufrir el individuo.

70.2 Objetivos

Describir en qué consiste el soporte vital básico como parte de la atención sanitaria que podemos brindar en una situación extra hospitalaria de urgencia o emergencia.

70.3 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.

70.4 Resultados

Una parada cardiorrespiratoria o PCR consiste en un colapso brusco producido de manera inesperada de la respiración y del latido del corazón que tiene como consecuencia una interrupción de la circulación y el suministro de oxígeno al cerebro.

Podemos presumir que una persona se encuentra en parada cardio-respiratoria cuando se encuentra en un estado de inconsciencia (no responde ante ningún tipo de estímulo, no se mueve ni tampoco habla), no respira, no tiene pulso y presenta una coloración de la piel pálida o incluso azulada por la falta de oxígeno.

Una vez que transcurren 4 minutos sin que el cerebro tenga un aporte de oxígeno, las células sanguíneas empiezan a morir y el paciente empieza a sufrir secuelas, por lo que es importante que sepamos reconocer rápidamente que el paciente se encuentra en situación de parada cardio-respiratoria para actuar cuanto antes mediante el uso de la reanimación cardiopulmonar (RCP).

La RCP o reanimación cardiopulmonar consiste en la aplicación al individuo de una serie de compresiones torácicas y ventilaciones. Una RCP a tiempo y correctamente realizada resulta esencial para mejorar los resultados de supervivencia de la víctima.

Realización de RCP:

- Las compresiones torácicas deben realizarse a la altura de la parte inferior del esternón, hundiéndose unos 5 cm en caso de un paciente adulto y un niño (no más de 6 cm) y 4 cm para neonatos. Se realizarán de 100 a 120 compresiones por minuto y no deben interrumpirse durante más de 10 segundos para proceder a las ventilaciones.

70.5 Discusión

Es importante asegurar la zona y avisar a los servicios asistenciales, para que acuda la atención especializada o el personal de traslado mientras se asiste a la víctima, así como también para que nos indiquen como proceder durante la misma. Para realizar el soporte vital básico o RCP el paciente debe encontrarse en decúbito supino sobre una superficie plana, debemos de comprobar que la vía aérea se encuentra permeable para que la ventilación que realizamos sea efectiva y realizaremos ciclos de 30 compresiones torácicas y 2 ventilaciones.

La RCP es una técnica sencilla y puede salvar muchas vidas, por ello es importante divulgar esta técnica y realizar formaciones continuadas en colegios, empresas, etc

70.6 Bibliografía

1- Actuación de los equipos de emergencias extrahospitalarias en el lugar del accidente- Elsevier Vol. 41. Núm. 3. Páginas 118-125 (Marzo 2003)- disponible <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articuloactuacionequipos-emergencias-extrahospitalarias-el-13046281>

2- Sistema de emergencia extrahospitalaria- revista portales médicos - 7 marzo 2017- disponible en <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sistema-emergencias-extrahospitalarias/>

Capítulo 71

71 ENFERMEROS EXPONEN UN CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD INFANTIL

ALICIA SANCHEZ SANCHEZ

SARA JIMÉNEZ GARCÍA

VANESA COLLADO GONZÁLEZ

JUANA MARIA CEREZO CORZO

MARIA DEL VALLE MUÑOZ FERNANDEZ

71.1 Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se considera una psicopatología de las más frecuentes en la niñez, que puede convivir en la vida adulta. Este trastorno presenta problemas en el normal funcionamiento social, escolar y sobre todo en el ambiente escolar. El diagnóstico que se hace de forma clínica, se debe de basar en el cumplimiento de unos criterios que se encuentran en el DSM-V y que a lo largo de los años se han ido actualizando. Los pacientes tienen una gran variabilidad entre ellos, este trastorno es relacionaco con una alteración en una serie de circuitos frontoestriatales y mesolímbicos. La combinación de la genética y los distintos factores ambientales genera vulnerabilidad para el desarrollo de este trastorno, aunque hasta el momento no se haya desarrollado una causa clara de ningún factor.

71.2 Objetivos

Describir el trastorno de déficit de atención con hiperactividad mediante la descripción de un caso clínico

71.3 Caso clínico

Eneas tiene 12 años, lo acaban de expulsar del instituto, lo madre lo lleva a la consulta de infanto-juvenil, y su frase impacta al psiquiatra o al niño " o lo trata a él o me trata a mí". No lo aguanto más. Todo el mundo me dice que es un niño inquieto, que es lo que me ha tocado, que necesita movimiento, me paso el día de actividad escolar en actividad escolar, el fin de semana al campo, a jugar al futbol y no se cansa, y ya el colmo, lo echan del instituto por mal comportamiento y sacando buenas notas".

La madre de Eneas se encuentra agotada por intentar seguir el ritmo del niño, el psiquiatra se pone en contacto con el orientador del colegio que comunica que el niño saca buenas notas pero no presta atención, se dispersa continuamente y el motivo de la expulsión no tiene importancia pero si querían dejar patente las normas del colegio para que atendiera en clase.

Al niño se le realizan varias entrevistas, él está contento con él mismo, dice no tener ningún problema y se encuentra bien con los demás, le da pena su madre que se queja y se le ve cansada y se quiere tranquilizar pero no puede, se le diagnostica después de la observación un trastorno de déficit de atención con hiperactividad, se le receta medikinet de forma errática y se pasa a equasym, ajustando la dosis a altura y peso con las necesidades de Eneas, encontrando junto con la terapia cognitiva una estabilidad en el niño necesaria para el buen desarrollo de la normalidad en la vida diaria.

71.4 Discusión-Conclusión

El tratamiento de forma habitual que se recomienda para este trastorno combina la medicación con la terapia psicosocial, distintas pruebas de eficacia de la farmacología hacen mejorar los síntomas en un plazo corto y la terapia psicosocial y terapéutica influye en la mejora del trastorno a largo plazo. El tratamiento farmacológico en los últimos diez años se ha disparado por los nuevos medicamentos de última generación.

71.5 Bibliografía

1. Cunill, R., & Castells, X. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Medicina clínica*, 144(8), 370-375.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 72

72 ENFERMEROS EXPONEN UN CASO CLÍNICO DE ESQUIZOFRENIA DE INICIO TEMPRANO EN LA INFANCIA

ALICIA SANCHEZ SANCHEZ

MARIA DEL VALLE MUÑOZ FERNANDEZ

JUANA MARIA CEREZO CORZO

VANESA COLLADO GONZÁLEZ

SARA JIMÉNEZ GARCÍA

72.1 Introducción

La esquizofrenia que tiene un inicio temprano se puede definir en sus comienzos antes de los 18 años y tiene unas edades que comprende a la esquizofrenia temprana en la infancia incluyendo la adolescencia. La esquizofrenia que tiene un inicio en la niñez se puede definir por presentar síntomas de carácter psicótico antes de los 12 años considerando que esto tiene una representación y cuenta con una etiología de componente hereditario importante. Las manifestaciones clínicas pueden incluir las que mismas que presenta un adulto como delirios y alucinaciones en cuanto a síntomas positivos, en los síntomas negativos se puede representar abulia, anhedonia y falta de socialización. La esquizofrenia temprana está relacionada con una evolución clínica de carácter grave, tiene un funcionamiento psicosocial que es deficiente, con mayor gravedad de anomalías cerebrales. Esta esquizofrenia evoluciona con más gravedad, pero tiene también una mayor eficacia farmacológica y de intervención psicosocial. Las opciones terapéuticas que en la actualidad se barajan son antipsicóticos atípicos evitando los efectos adversos que son variables.

72.2 Objetivos

Describir la esquizofrenia infantil mediante la exposición de un caso clínico.

72.3 Caso clínico

Víctor tiene 6 años, su madre lo lleva al psiquiatra porque dice que no desconecta del juego y no vuelve a la realidad, la madre es enfermera y pensaba que su hijo tenía algún tipo de problema neurológico, lo llevó al pediatra hace un mes, después de realizarle analítica y distintas pruebas de imagen en las que ha comprobado que está en perfectas condiciones físicas se le ha derivado a la consulta del psiquiatra. El niño presenta una actitud de anhedonia, no le interesa prácticamente nada, pero su madre dice que esta tónica viene siendo habitual que si fue un niño muy activo pero que desde hace dos años no le interesa relacionarse con los niños por regla general y prefiere vivir en su juego. Su juego es que él dice que tiene un colegio y que él es el director, esto le está causando algunos problemas en el colegio porque algunas veces se niega a sentarse con sus compañeros y quiere pasearse por el colegio y en una ocasión le han tenido que llamar la atención porque había castigado a un niño por pisar el césped del patio y Víctor dijo que como director no o iba a consentir. La madre no entiende nada porque en su colegio la directora está en otro edificio y no ha podido mimetizar el comportamiento, en casa igual, se comporta de la misma manera, ya resulta preocupante, no hace tareas, llama por teléfono a empresas de muebles para cambiar las sillas del colegio y su vida gira en torno a la figura del director del colegio de forma errática, hace unos días, su madre intentó hablar con él para explicarle que no debía jugar fuera del tiempo de ocio y tenía que hacer deberes y él muy enfadado dijo que para vivir en una casa en la que no era comprendido no le interesaba vivir.

A Víctor lo ve un psiquiatra infantil en varias sesiones, se le realiza un test de CI en el que se aprecia en la campana de GAUSS unos valores normales, los síntomas y signos son propios del debut de una esquizofrenia temprana, este es el diagnóstico que se le realiza al menor que se pone en tratamiento combinado de farmacología y terapia junto a sus padres.

72.4 Discusión-Conclusión

La esquizofrenia infantil es un tipo de psicopatología incapacitante, la prolongación de la farmacología en edades tempranas da muy buenos resultados por el simple motivo del control de la medicación que es llevado por un mayor. Esto es muy errático en los adultos que en la mayoría de las ocasiones la medicación no la toman en tiempo y forma. Los niños en las terapias responden muy bien a estímulos extremos pudiéndose adaptar de forma fácil a una convivencia familiar.

72.5 Bibliografía

- Boreu, Q. F., Alonso, M. J. A., López, J. M. S., Baños, J. P., & Pons, F. X. A. (2019). Trauma infantil y esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica.*, 16, 137-139
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
 3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
 4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 73

73 ENFERMEROS EXPONEN UN CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DE TRASTORNO BIPOLAR TIPO I EN EL ADOLESCENTE

ALICIA SANCHEZ SANCHEZ

MARIA DEL VALLE MUÑOZ FERNANDEZ

JUANA MARIA CEREZO CORZO

VANESA COLLADO GONZÁLEZ

SARA JIMÉNEZ GARCÍA

73.1 Introducción

El trastorno bipolar se considera un trastorno con un carácter crónico e incapacitante para muchas de las personas que lo sufren, sobre todo si se inicia en una edad temprana. El abordaje que ha tenido esta psicopatología hasta hace algunos años sido de forma clásica, el fármaco de litio, últimamente se ha combinado con otra farmacología y tratamiento psicoterapéutico que ha podido permitir una mejoría en las personas. Tras analizar distintos estudios encontrados, la terapia cognitivo conductual junto la terapia interpersonal combinada con la farmacología hace un buen tandem en el trastorno bipolar en la infancia del tipo II. Los tratamientos están siendo bastante eficaces y permiten al individuo incorporarse a la vida diaria con un carácter normalizado. Hasta el momento es una enfermedad que no tiene cura y el tratamiento farmacológico no se sabe a largo plazo que consecuencias puede traer.

73.2 Objetivos

Exponer el trastorno bipolar tipo I a partir de la descripción de un caso clínico.

73.3 Caso clínico

Toni tiene 9 años, viene teniendo un seguimiento hace dos años por un psiquiatra del área de especializada de infanto-juvenil, no tiene un diagnóstico y la sospecha varía entre un TDHA y un trastorno de depresión, el niño tiene cambios repentinos de humor pero no llegan a ser extremos, estando de vacaciones en la playa, ha sufrido un episodio de manía o eso creen los padres pero como estaba fuera del entorno, había mucha gente y la situación era agobiante, no le han dado mucha importancia, a los tres días de

volver de vacaciones, se ha vuelto a repetir el episodio por lo que los padres, esta vez sí acuden a urgencias del hospital infantil de su localidad y cuentan la experiencia reflejada y también cuentan el episodio anterior, el niño es ingresado en la planta de pediatría para una exploración física con imágenes radiológicas y analítica completa descartando de forma clínica cualquier entidad. Tras contar los episodios y tras varias entrevistas con los convivientes del menor se le ha diagnosticado un trastorno bipolar tipo II en un inicio temprano a Toni, por su edad se le pone en tratamiento por varias vías para poder controlar con su altura y peso la medicación que tiene que ser variada y controlada por su padre, en conjunto debe de asistir la familia a terapia cognitiva, para entender la psicopatología, como poder aplicar pautas en determinados momentos y en el centro escolar también acude el psicoterapeuta para hablar con el tutor de Toni y dirigir pautas para que la convivencia en el entorno escolar sea adecuada y normalizar la vida diaria.

73.4 Discusión-Conclusión

Este tipo de trastorno en las dos últimas décadas ha conseguido una mejoría sustancial en la farmacología, pero se desconoce las consecuencias en un futuro, por lo que se recomienda que en los próximos años se siga estudiando los efectos a medio y largo plazo que tiene esta medicación para poder solventar efectos adversos y poder mejorar en calidad de vida para el individuo afecto.

73.5 Bibliografía

1. Goikolea, J. M., & Valentí, M. (2018). Actualización del tratamiento del trastorno bipolar. *Revista Jano*, 1(714), 31-34.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 74

74 PROYECCIONES RADIOLOGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA FRACTURA DEL BOXEADOR

LAURA FERNÁNDEZ ALONSO

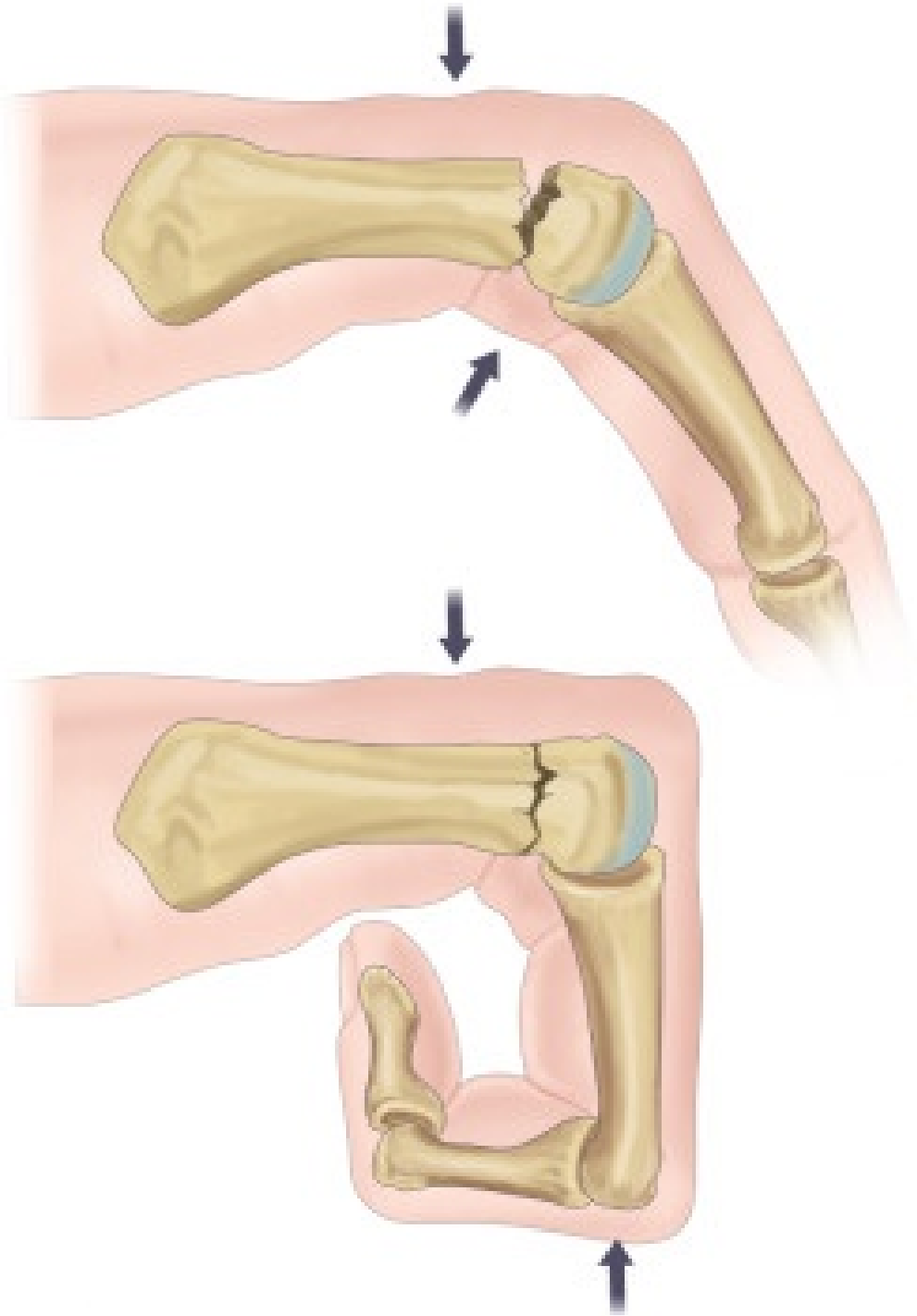
YOLANDA DOMINGUEZ MARTINEZ

74.1 Introducción

La fractura del boxeador, también conocida como fractura de frustración es una rotura en el quinto metacarpiano (dedo meñique) de la mano, concretamente en el cuello que es el extremo del hueso más cercano al nudillo, siendo este el punto más débil por eso tiende a producirse ahí la fractura.

Recibe este nombre debido a que es una lesión bastante común entre los boxeadores inexpertos (no es tan frecuente en los boxeadores profesionales o en la gente que sabe golpear, debido a que están entrenados para golpear con fuerza uniforme en toda la mano, maximizando la fuerza y minimizando las lesiones) aunque estos no son las únicas personas que pueden sufrir este tipo de lesión ya que se produce cuando se golpea con el puño una superficie dura (una pared), otro objeto sólido o incluso otra persona a gran velocidad con el puño cerrado. La mayoría de las personas golpean en forma circular exponiendo al dedo meñique, el primer punto de contacto en un golpe es en este dedo en el hueso metacarpiano. La fuerza se concentra en el cuello del metacarpiano y provoca una fractura.

También puede producirse esta fractura si se cae con fuerza sobre su puño cerrado, por lo que en ocasiones también se fractura cuando se producen caídas en motocicleta y bicicleta o cuando una persona tropieza e intenta frenar su caída con el puño cerrado hacia el suelo.



74.2 Objetivos

Describir la fractura del boxeador, la anatomía de donde se produce esta fractura y su diagnóstico.

74.3 Metodología

Realización de una revisión bibliográfica en diferentes páginas web, libros y trabajos científicos relacionados con el tema escogido para llevar a cabo este trabajo, proyecciones radiológicas para el diagnóstico de la fractura del boxeador. He utilizado bases de datos como Google. Criterios de inclusión: textos que estuvieran en castellano y posteriores al año 2000 relacionados con la temática de estudio.

Palabras clave: fractura del quinto metacarpiano, fractura del boxeador.

74.4 Resultados

ANATOMIA DE LA MANO

La mano está formada por las falanges o dedos y por el metacarpo o palma.

Hay 14 falanges en cada mano y cada dedo contiene 3 (1ª o proximal, 2ª o medial y 3ª o distal) a excepción del primer dedo que tiene 2 (1ª o proximal y 2ª o distal).

El metacarpo o palma está formado por 5 metacarpianos que son los huesos largos e intermedios de la mano, los cuales están formados por una base proximal, el cuerpo intermedio y la cabeza distal (nudillos). Conectan los huesos de los dedos (falanges) con los huesos de la muñeca (huesos del carpo). El quinto MTC es el que pertenece al quinto dedo (meñique). El cuello es la parte de este hueso en la cual el eje principal comienza a ensancharse hacia afuera hacia el nudillo (es decir, el extremo del hueso más cercano al nudillo).

FRACTURA

La fractura del boxeador es por causa de un traumatismo en la cara posterior de la cabeza del quinto MTC que origina un aumento de la curvatura y su fractura a nivel del cuello. Línea de fractura que se produce es transversal u oblicua; la cabeza se desplaza hacia palmar por basculación, se articula con la cara anterior y forma con la diáfisis un ángulo de vértice posterior. En el caso de la fractura oblicua puede haber desviación rotacional e inclinación lateral.

Las fracturas de los metacarpianos tienden a angularse dorsalmente debido a las fuerzas ejercidas por los tendones flexores intrínsecos y extrínsecos en el fragmento distal.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de esta fractura va acompañado de un estudio radiológico. Las radiografías ayudan a clasificar la fractura y determinar el tratamiento más conveniente. Generalmente dicho estudio debe incluir radiografías posteroanterior, lateral y oblicua de la mano, aunque en ocasiones puede ser necesario agregar otros estudios como un TAC.

Las proyecciones que deben estar incluidas en el estudio para el diagnóstico de esta fractura son la PA, oblicua PA y lateral en abanico.

-PROYECCIÓN PA: colocamos toda la extremidad superior en el plano horizontal de la placa,

flexionando el codo 90° . La mano en pronación con los dedos separados de forma moderada y alineando

el eje longitudinal de la mano con el del chasis.

RC perpendicular a la 3ª articulación MTC.

Se debe observar:

1. La mano sin signos de rotación en toda su totalidad.
2. Separadas y sin superposición ni a partes blandas ni óseas las falanges.
3. La mano sobre el chasis plana completamente para que los espacios metacarpofalángicos e interfalángicos queden nítidamente despejados.
4. Versi sin rotación los extremos distales del radio y cúbito.

-PROYECCIÓN OBLICUA PA: se coloca toda la extremidad superior en el plano horizontal de la placa. El codo flexionado 90° . Posicionamos la mano en pronación, alineando el eje longitudinal de la mano y el antebrazo con el del chasis. Y ponemos la mano oblicuamente hacia la posición lateral hasta que forme un ángulo de 45° con la placa.

RC perpendicular hacia la 3ª articulación MTC.

Se debe observar:

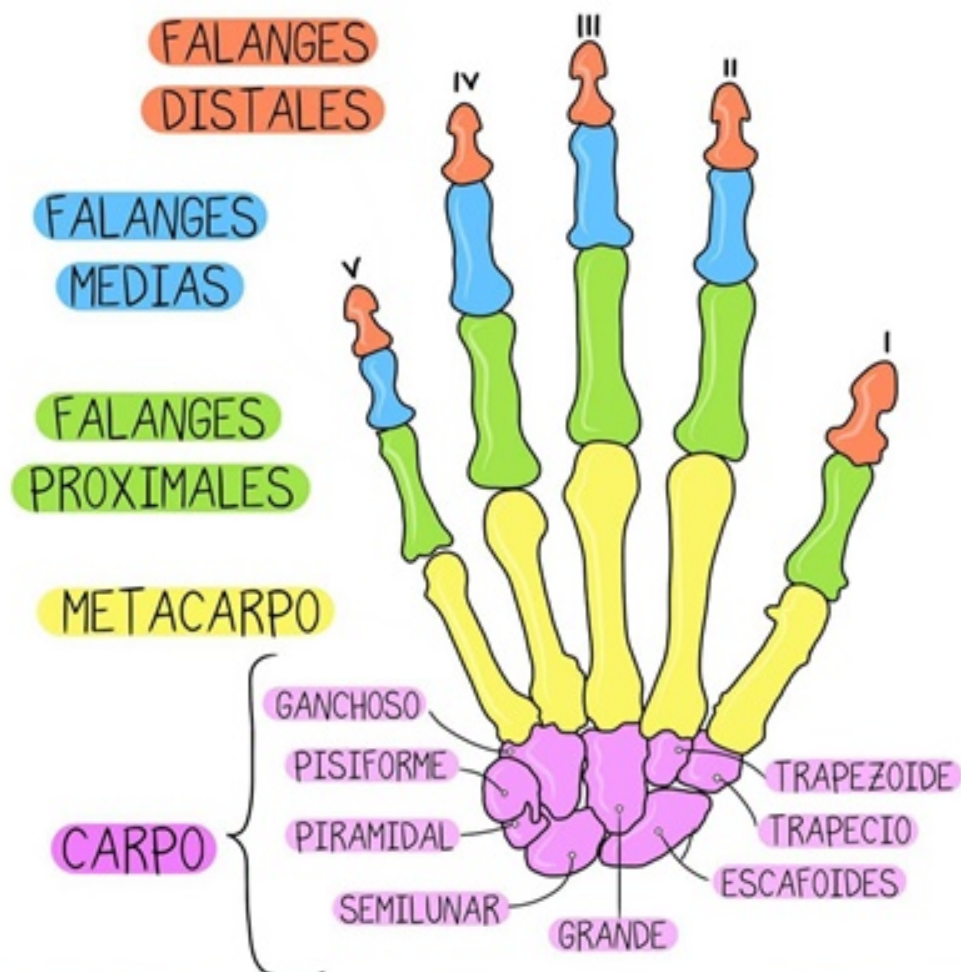
1. los dedos bien separados la mano y despejadas nítidamente las articulaciones interfalángicas.
2. despejados nítidamente los espacios articulares metacarpofalángicos.
3. Superpuestas discretamente las epífisis distales del cubito y el radio.
4. Una mínima superposición de las diáfisis y epífisis distales y proximales de los metacarpianos.

-PROYECCIÓN LATERAL EN ABANICO: colocamos toda la extremidad superior en el plano horizontal de la placa, flexionando el codo 90° . Ponemos la mano en posición lateral (con el pulgar hacia arriba) y los dedos separados como las aspas de un ventilador. El eje longitudinal de la mano con el eje longitudinal del chasis. Colocamos el pulgar paralelo a la placa.

RC perpendicular hacia las articulaciones MTC.

Se debe observar:

1. Superpuestos el carpo, las epífisis distales del radio y el cubito y los metacarpianos.
2. Libre de cualquier superposición el pulgar.
3. A excepción de su extremidad proximal, las falanges libres de superposición.



74.5 Discusión

Esta fractura se produce al golpear con el puño cerrado, exponiendo al dedo meñique; por lo que es una fractura muy común. Por lo que hay que saber distinguirla de otras

fracturas metacarpianas, que quiebran el eje del metacarpo; ya que el tratamiento puede ser distinto.

Los huesos metacarpianos, por lo general, son algunos de los huesos de las manos que se fracturan más comúnmente.

De las fracturas que se producen en la mano, las de los MTC pertenecen de 18 a 44% de estas, de las cuales las que se producen del 2º al 5º metacarpiano corresponden al 88% del total de las fracturas de los MTC. Siendo las fracturas del 5º MTC las más comunes, el 20% de las fracturas de la mano.

74.6 Bibliografía

Fracturas de metacarpianos Dr Diego Novillo Casal {= Complexo Hospitalario Ourense

Posiciones radiográficas. Manual de bolsillo. Editorial Elsevier Masson

<https://healthlibrary.brighamandwomens.org/spanish/Encyclopedia/134,515es>

<https://centralcoastortho.com/es/patient-education/boxers-fracture/>

<https://www.icatma.es/fractura-de-boxeador-diagnostico-y-tratamiento/>

<https://www.orto-manomicro.com/post/fractura-boxeador>

Capítulo 75

75 PREVENCIÓN DE INCENDIOS EN INSTITUCIONES SANITARIAS

YOLANDA COTO LUNA

75.1 Introducción

Los centros sanitarios y en especial los grandes hospitales, además de tener un plan adecuado de prevención y extinción de incendios, es necesario que tengan un plan de evacuación total o parcial, ya que hay que tener en cuenta, que en ellos se encuentran internados pacientes que según su dolencia, estado físico o psíquico o edad, tienen la movilidad mas o menos reducida y su capacidad de autodefensa la tienen disminuida o imposibilitada. Por ello, la seguridad contra incendios en hospitales es muy compleja y difícil de llevar a cabo si no se tiene un Plan de Autoprotección adecuado para cada caso.

75.2 Objetivos

El objetivo principal es describir cómo prevenir el incendio y, en caso de que este se origine, actuar de la manera más rápida y eficaz para que el resultado sea lo más favorable posible.

75.3 Metodología

Para determinar cuáles son las causas mas favorables para provocar un incendio y disponer de las medidas a tener en cuenta para su prevención o en caso de que este se produzca, para su extinción y planes de evacuación, se ha tenido en cuenta la normativa básica sobre emergencias y planes de autoprotección.

75.4 Resultados

Para que se inicie un fuego, es necesario que coexistan tres factores que son: combustible, comburente y energía de activación.

Ciertos estudios indican que las tres causas mas comunes de incendio en un hospital son:

- 1- Incendios provocados, los cuales pueden ser intencionados o sin intencionalidad.
- 2- Incendios en la cocina (principalmente en la zona de las freidoras).
- 3- Incendios cuyo origen se produce en instalaciones, equipos o cuadros eléctricos.

Aún así, en un hospital puede haber varias situaciones de riesgo de incendios, las cuales como hemos dicho anteriormente, pueden ser tratadas en función de las medidas de prevención y protección que se han de tomar. El riesgo de incendio, no siempre está

ligado en la misma proporción al riesgo para las personas, pues puede haber zonas de alto riesgo de incendio, pero riesgo moderado para las personas (cocina, lavandería...) y por el contrario, zonas con bajo riesgo de incendio pero con alto riesgo para las personas (quirófanos, áreas de hospitalización...).

El artículo 20 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, establece la obligatoriedad de que todo centro de trabajo prevea las medidas de emergencias y los medios de protección y las condiciones de evacuación adecuadas para garantizar la integridad física de las personas con el objetivo de poder desalojar a todos los ocupantes sin que sufran ningún daño.

75.5 Discusión

En definitiva, se ha llegado a la conclusión de que el primer punto mas favorable para facilitar la protección de un incendio, es el diseño del edificio, el cual deberá facilitar tanto la evacuación de los enfermos como el acceso para los servicios de extinción de incendios. Asimismo, es muy importante que los trabajadores conozcan el plan de evacuación, saber que pacientes hay que evacuar primero, y como hacerlo. Para ello, es muy importante mantener la calma, y seguir una serie de instrucciones como son: cerrar las puertas que se van atravesando, no utilizar los ascensores, no retroceder y no pararse en las salidas.

75.6 Bibliografía

- Revistamedica.com
- Seguridad-laboral.es
- LPRL

Capítulo 76

76 CUIDADOS DEL AUXILIAR ENFERMERÍA PARA EL CORDÓN UMBILICAL TRAS EL NACIMIENTO DEL BEBÉ

DAVID ISASI ZAMORA

MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ

ANA ISABEL PEREZ HERRADOR

76.1 Introducción

Durante la gestación del bebé, la madre le va a proporcionar todo lo que necesita el bebé, eso es oxígeno, alimento, eliminación de desechos y estabilidad en su entorno función que realiza de forma total o parcial la placenta, de esta manera el bebé se desarrolla a de forma adecuada durante el tiempo de gestación. Es el cordón umbilical el medio por el que el bebé lo recibirá.

Una vez que se produce el parto y el bebé sale al exterior, este cordón se pinza y es cortado las funciones pasar a ser desarrolladas por el bebé debiéndose adaptar a las nuevas condiciones.

Para los padres los cuidados que el cordón umbilical necesita es motivo de inquietud, la preocupación de realizar los cuidados adecuadamente para la buena cicatrización de la herida les crea dudas antes posibles riesgos de infecciones por una mala manipulación. Esta zona tiene el riesgo de poder contaminarse ante la proximidad de la orina y las heces del bebé de ahí, la importancia de tratar de forma adecuada la higiene y cuidado de la herida.

Por todo ello es muy importante informar y explicar el mejor procedimiento a los padres, ya que se reduce de forma considerable la contaminación de la zona por microorganismos

El correcto cuidado de la herida los días posteriores al nacimiento es muy importante, siendo una práctica sencilla y muy importante para la prevención de la infección umbilical. Por ello, es importante explicar con detalle dentro del ámbito hospitalario a los padres del recién nacido cómo debe de cuidar la zona durante este tiempo.

76.2 Objetivos

Exponer los cuidados del auxiliar de enfermería ante el cordón umbilical del recién nacido.

76.3 Metodología

He realizado una revisión para garantizar la validez de los estudios seleccionados para la revisión bibliográfica.

El objetivo de recopilar los trabajos que cumplieran los siguientes criterios:

- Publicaciones de artículos de los últimos 10 años.
- En lengua castellana.
- Realizando estudios donde se compararon distintos métodos sobre el cuidado de cordón umbilical.

76.4 Resultados

Por el general la caída del cordón umbilical se suele producir entre la primera y la tercera desde el nacimiento. Los casos que la caída no se produce entre ese tiempo puede ser inicio de que exista algún tipo de problema siendo necesario acudir al profesional sanitario para que proceda a una revisión de la situación.

El proceso de higiene del bebé se realiza varias veces al día siendo importantísimo durante la manipulación de la zona que las manos estén limpia para evitar contaminar la herida.

La higiene de la zona se realiza en primer lugar con algo de agua y jabón que se deja caer por la zona, así se elimina suciedad y posibles restos de pañales, aplicando alcohol de 70º en la zona del cordón umbilical para ayudar a que seque y produciendo la caída de este.

En algunos países en vías de desarrollo suelen aplicar un antiséptico, la clorhexidina, para reducir el riesgo de infecciones y complicaciones por sepsis

Aunque hay desacuerdos sobre el uso de antisépticos, se han realizado estudios que comparan el cuidado del cordón umbilical limpio y seco con uso de antisépticos, siendo los más utilizados alcohol de 70º y clorhexidina, que se demostró que reduce el riesgo de infección de la herida

Aunque un método bastante eficaz es la "cura seca", consistente en bañar al bebé, dejando el cordón umbilical limpio y seco manteniendo plegado el pañal hacia abajo para evitar roces y las posibles irritaciones en el cordón umbilical

La clorhexidina al 4% cuyo uso aumentaría ligeramente el tiempo de caída del cordón pero de un modo no significativo. El uso del antiséptico ayuda a reducir el riesgo de infecciones aunque puede alargar el tiempo de caída del cordón este hecho no aumenta las infecciones ni el índice de mortalidad. También se realizaron estudios sobre la utilización de clorhexidina 1% con alcohol 70º que reducía complicaciones en la cicatrización en comparación del uso de clorhexidina exclusivamente.

76.5 Discusión

El cuidado del cordón umbilical es muy importante y de preocupación en los padres del recién nacido.

Utilizar un antiséptico en zonas o países de bajo desarrollo, junto con unas medidas

higiénicas adecuadas se ha demostrado que es la mejor forma de que el cordón umbilical no sufra contaminación y se produzca una caída del mismo sin dar lugar a complicaciones. Aunque no aportan ventajas sí que aportan tranquilidad a los padres.

Aunque en países desarrollados cuyas condiciones higiénicas son bastante buenas y por consiguiente las probabilidades de que hay una infección están más reducidas en el cordón umbilical, una correcta cura seca parece ser muy apropiado, ya que no alargas el tiempo de caída del CU.

También es muy importante revisar cualquier inflamación, enrojecimiento, secreción maloliente o sangrado del ombligo, ya que esto podría indicar algún tipo de infección o alguna complicación que se estuviera presentado en el bebé, incluyendo el retraso de más de tres semanas del cordón, debiendo acudir al profesional sanitario.

76.6 Bibliografía

1. Fraser N, Davies BW, Cusack J. Neonatal omphalitis: a review of its serious complications. *Acta Paediatr Oslo Nor* 2006;199:519-22. [Links]
2. Ponnusamy V, Venkatesh V, Clarke P. Skin antisepsis in the neonate: what should we use? *Curr Opin Infect Dis* 2014; 27: 244-50. [Links]
3. Imdad A, Mullany LC, Baqui AH, Arifeen SE, Tielsch JM, Khatry SK, Shah R, Cousens S, Black RE, Bhutta ZA. The effect of umbilical cord cleansing with chlorhexidine on omphalitis and neonatal mortality in community settings in developing countries: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2013; 13 Suppl 3: S15. [Links]
4. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D. G. & PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol*. 2009; 62: 1006-12. [Links]
5. OSTEBA, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Salud, Gobierno Vasco, España. Fichas de Lectura Crítica. Plataforma Web 2.0. Disponible en: <http://www.lecturacritica.com/es/>. [Links]

Capítulo 77

77 CONTAMINACION ACÚSTICA EN EL CENTRO HOSPITALARIO

YOLANDA COTO LUNA

77.1 Introducción

La contaminación acústica es aquella que se genera por un sonido no deseado y que afecta negativamente a la calidad de vida de las personas. Los centros sanitarios son un foco enorme de ruido, que influye de manera muy directa en la recuperación de la salud del paciente y favorecen el empeoramiento de ciertas patologías.

La OMS fijó la cifra de 55 dB como máximo del ruido con que los ciudadanos pueden vivir con calidad. Según la legislación española, en lugares de trabajo, la cifra permitida oscila entre los 87 dB de exposición diaria a los 140 dB como nivel de pico permitido.

El objetivo principal es identificar los factores provocantes del exceso de ruido en el trabajo, concretamente en los centros hospitalarios, así como pautar mejoras y medidas de prevención que puedan reducir o minimizar esta situación.

77.2 Objetivos

Describir los efectos de la contaminación acústica en el centro hospitalario para la salud de los trabajadores.

77.3 Metodología

Para la elaboración de este 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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

77.4 Resultados

La medición del ruido y el efecto negativo de los niveles de ruido en diversos entornos hospitalarios es extensa y ha sido bien documentada, desde los años 90 hasta la actualidad, tanto en lo relativo a mediciones de ruido en las diferentes unidades de los hospitales, como a los efectos del ruido en los pacientes y las medidas llevadas a cabo. La contaminación acústica es el segundo factor de contaminación medioambiental, solo le precede la contaminación atmosférica. Los trabajadores se enfrentan a una exposición excesiva de ruido, tanto en el nivel como en el tiempo.

El ruido, puede tener efectos negativos tanto a nivel fisiológico como psicológico.

Causa molestia, puesto que interfiere en la realización de ciertas actividades y en la comunicación, pudiendo provocar estrés en el individuo y por tanto, aparición de síntomas relacionados con la exposición al mismo.

Concretando a nivel laboral, en los centros hospitalarios, se observa que el exceso de ruido provoca diferentes problemas:

- De audición: pérdida de audición, acúfenos.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos cognitivos.
- Alteraciones cardiovasculares.
- Efectos negativos en el feto.
- Disminución de la concentración y, por lo tanto, aumento del riesgo de accidentes.
- Mala comunicación oral.
- Estrés.

La sensibilidad al ruido, es otro de los aspectos a tener en cuenta en relación a la manera de percibirlos como más o menos molestos.

Para evitar estos problemas ocasionados por el ruido, los hospitales deben considerar:

- El tipo de pavimento.
- El tráfico de personas y maquinaria por pasillos y departamentos.
- Establecimiento de barreras acústicas.
- Mantenimiento y protección de zonas silenciosas para salvaguardar espacios libres de ruido.

77.5 Discusión

El ruido es un sonido no deseado, la contaminación acústica es un problema muy común dentro y fuera de las ciudades y, por supuesto de los trabajos. Es en este ámbito donde se cuantifica fácilmente sus consecuencias, porque los sistemas de prevención de riesgos la incluyen entre sus variables y son palpables directamente las incidencias en la salud de los trabajadores.

El centro hospitalario debe hacer la prevención a nivel de detección, identificación de la fuente, formación de los trabajadores y establecimiento de medidas correctoras.

Es importante tomar conciencia de la problemática del ruido en el centro hospitalario y su repercusión en la salud de los trabajadores y pacientes.

77.6 Bibliografía

- core.acuk
- <https://medlineplus.gov/spanish>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Capítulo 78

78 CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV) O ICTUS

DAVID ISASI ZAMORA

ANA ISABEL PEREZ HERRADOR

MARIA JOSEFA MARTIN BUITRAGO DIAZ

78.1 Introducción

En la actualidad el ictus constituye uno de los problemas más importantes que se encuentran los sanitarios, teniendo una elevada mortalidad y produciendo un elevado porcentaje de incapacidad en personas adulta, conllevando consigo un empeoramiento en la calidad de vida tanto en el paciente como en su entorno familiar.

El ictus es causado por la interrupción de flujo sanguíneo en alguna zona del cerebro lo que provoca la pérdida de alguna capacidad asocia a esa zona.

Aunque se produce bruscamente en un momento dado es el resultado de unos hábitos de vida durante en un periodo de tiempo considerable y poco saludable y han desencantado esta interrupción del flujo sanguíneo.

Esto, unido a la edad, hace que la probabilidad de padecer un ictus aumente considerablemente, aún más teniendo antecedentes familiares.

Los tipos de ictus son:

- Ictus isquémico: se produce en parte del cerebro, cuando existe una obstrucción de los vasos sanguíneos que impide el riego en dicha del cerebro.

- Ictus hemorrágico: es cuando se produce una rotura de las ramas arteriales y como consecuencia una hemorragia cerebral. Este tipo de ictus tienes una tasa de mortalidad muy alto entre los casos que se dan, aunque es menos frecuente que ictus isquémico.

Los cuidados en su fase aguda están muy desarrollados, y se requiere una intervención multidisciplinar.

Una vez el paciente es atendido, en la fase de hospitalización se revisa movilización del paciente para la planificación de los cuidados y movilizaciones óptimas durante las siguientes fases.

78.2 Objetivos

Estudiar las funciones del auxiliar de enfermería ante un ACV.

78.3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo unas recogidas de datos e informaciones consistentes 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.

78.4 Resultados

El ictus, o accidente cerebro vascular, es ocasionado por una disminución o una interrupción del riego sanguíneo en una parte del cerebro. Puede ocurrir a cualquier edad tanto en hombre como en mujeres y son producidos por causas muy diversas, pero aunque esto es así, la edad y ciertos hábitos de vida aumentan considerablemente las posibilidades poder padecer un ictus.

-En pacientes de edad avanzada los factores de riesgo más importantes para padecer un ictus suele ser:

La hipertensión arterial.

La diabetes mellitus, que suele producir peor pronóstico y más grave al paciente.

Enfermedades del corazón.

Obesidad.

Hipercolesterolemia.

La apnea del sueño.

Formación de coágulos.

La apnea del sueño.

Formación de coágulos.

-En pacientes de menor edad las causas principales, además de las anteriores que son condicionante para aumentar las posibilidades de padecer el ictus también suelen estar relacionadas con:

Malformaciones congénitas.

Enfermedades hereditarias.

Enfermedades raras.

Los hábitos de vida que tienen riesgos potenciales, son:

El sedentarismo.

La apnea del sueño.

Formación de coágulos.

La insuficiente nutrición.

El excesivo consumo de alcohol.

La apnea del sueño.

Formación de coágulos.

Estrés

Consumo de drogas

El tabaco.

La modificación y cambios de ciertos hábitos son muy importantes en la disminución de los factores propensos a padecer el ictus, tener un buen estado de salud hace disminuir considerablemente las probabilidades.

Las recomendaciones que se dan son:

Controlar la tensión arterial.

Reducir el consumo de grasas saturadas en la alimentación

No fumar.

Mantener un nivel adecuado de glucosa en la sangre.

La obesidad, cuidar el peso

Dieta variada

Hacer algo de ejercicio con regularidad

Reducir consumo de bebidas alcohólicas.

Como saber interpretar los síntomas para detectar un ictus y que señales nos indicarían que estamos ante esta situación:

Apreciamos dificultad para hablar.

Dificultad para comprender lo que otras personas nos dice.

Parálisis facial en algún lado del rostro

Entumecimiento de algún miembro, superior o inferior.

Visión borrosa o doble, incluso pérdida de visión en algún ojo.

Fuertes dolores de cabeza, vómitos, mareos. . .

Pérdida de equilibrio o falta de coordinación.

Dificultad para andar.

Sentirnos la boca torcida

Qué debemos hacer si algunos de estos síntomas se nos presenta y apreciamos que puede tratarse de un caso de ictus:

Debemos llamar a urgencias lo antes posible y sin demoras o acudir lo antes posible a un centro hospitalario, al servicio de urgencia, acompañado de un familiar o amigo para explicar los síntomas anteriores y poder ser atendido lo antes posible que acudir al centro hospitalario y no posponer. Cuanto más tiempo se tarde en acudir a urgencias, mayores son las posibilidades de daños cerebrales irreversibles. Hay que realizar un escáner cerebral del tipo de ictus isquémico.

El auxiliar de enfermería debe prestar los siguientes cuidados al paciente con ictus:

Mantener una buena higiene es muy importante especialmente en aquellas personas que presentan incontinencia urinaria y fecal, aseando al paciente en la cama hasta que su situación permite hacerlo en el baño.

Limpieza de boca diariamente antes y después de cada comida con un cepillo suave

Intentar mantener la boca húmeda. Dependiendo de la situación del enfermo

Cuidados específicos para prótesis dentales.

Hidratación de los labios y piel, cremas hidratantes.

Algunas de estas recomendaciones pueden serle útiles.

Mantener al paciente con el pijama limpio.

Las zapatillas tienen que ser cerradas y con velcro, nunca abiertas.

Tras padecer un ictus es muy frecuente que exista incontinencia urinaria y/o fecal, habitualmente transitorios; aunque pueden persistir cuando existe una lesión cerebral más severa.

78.5 Discusión

El papel del técnico de cuidados de enfermería dentro de un equipo multidisciplinar es muy importante así como promover las recomendaciones indicadas por el especialista en la prevención de la enfermedad.

Ayudar a los pacientes a entender que una mejora de vida y unos cambios de hábitos, puede ser de vital importancia a la hora de la prevención de un ictus.

Los programas de educación para la salud promueven hábitos saludables que permiten prevenir muchas enfermedades, ya que es de vital importancia para prevenir el primer ictus así como su recurrencia

La formación específica de los profesionales de Enfermería para el manejo correcto del paciente en las Unidades de Ictus y la valoración integral, individualizada y objetiva del mismo para planificar una serie de cuidados que mejoren su calidad de vida y la de su familia.

La mortalidad y la discapacidad están descendiendo de manera significativa gracias a la implantación del Código Ictus, a la creación de Unidades de Ictus en los hospitales y a la formación especializada de los profesionales sanitarios.

Conocer y reconocer los síntomas propios del ictus permite que los diagnósticos y el tratamiento sea más rápido y por lo tanto minimizar los posibles daños que pueda padecer el paciente y mejorando su rehabilitación pudiendo evitar daños irreversibles

78.6 Bibliografía

1. <http://www.srhta-rv.org/page/htaypacientes/pacientes/ictusaccidentecerebrovascular>
2. <https://www.codem.es/actualidad/unidad-de-ictus-enfermeria>.
3. <http://www.amn-web.com/documentos/manual-para-enfermeria-enictus.pdf>
4. <http://www.hubstroke.com/escalas-ictus/escala-funcional-en-seguimiento/>
5. <http://www.rogelioleira.es/neurologo-especialista-articulosaproximacionclinica-al-paciente-con-ictus-evaluacion-general-y-neurologica/>
6. <http://formaciones.elmedicointeractivo.com/emibold/aula2002/tema9/vgeriatricaa2.php>

Capítulo 79

79 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PARTOS

CARMEN LÓPEZ VALLINA

EMMA LOREDO RODRÍGUEZ

MÓNICA LARA MIÑAMBRES

ELSA JAPÒN CASTRO

ADRIANA MARIEL VARGAS CADIMA

79.1 Introducción

Tras el embarazo, llega el momento del parto, donde se produce la salida del bebé al exterior.

Generalmente este proceso se produce en un hospital, en el servicio de partos.

Un parto natural es aquel que se produce cuando el bebé pasa por la vagina sin necesidad de ayuda o poca ayuda de mecanismos tecnológicos o fármacos.

Generalmente la mujer llega al paritorio acompañada del profesional celador, y es recibida en el servicio de partos por la matrona y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que le han sido asignados y que se van a encargar de acompañarla durante todo el proceso del parto.

79.2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del TCAE en el servicio de partos.

79.3 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.

79.4 Resultados

La matrona y el TCAE son los profesionales encargados de acompañar a la paciente a su llegada hasta su habitación o sala de paritorio correspondiente.

Previamente el TCAE debe de haber comprobado las condiciones de limpieza e higiene del paritorio y también verificar que está dotado con todo el material necesario para el procedimiento: cuna, lencería, material fungible, aspiración. . .

También se debe comprobar el correcto funcionamiento del timbre y de la movilidad adecuada de la cama.

Durante todo el proceso del parto el TCAE debe de colaborar con la matrona.

Una vez recién nacido se le tapará con un muletón, se le colocará un gorro y una camiseta, todo ello en la cuna para que mantenga la temperatura corporal.

El recién nacido, si su estado lo permite, se mantendrá piel con piel, facilitando que el acompañante lo pueda también ver y tocar.

Se debe de revisar una vez acabado que todo el instrumental utilizado se recoja y se envíe al servicio de esterilización para ser utilizado de nuevo.

En el post parto actuaremos realizando la higiene de la paciente, así como también los primeros cuidados al recién nacido (peso, tallaje, colirios etc) en colaboración con la matrona.

El TCAE es el profesional encargado de limpiar todos los equipos, cables y pantallas utilizados, así como de enviar el instrumental a esterilizar y también de reponer todo el material fungible y la lencería utilizadas, dejando el paritorio listo para su próximo uso.

79.5 Discusión

El parto es un proceso en el que la mujer da a luz a un recién nacido, y durante este proceso intervienen diferentes profesionales: ginecólogo, matrona, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, celador . . .

Todos ellos deben trabajar en equipo con el fin de que todo salga de forma adecuada.

Hemos visto la importancia de las funciones del TCAE en este servicio, ya que es el profesional encargado de la reposición y mantenimiento de los equipos y materiales, instrumental, aparatos etc que se van a utilizar durante el parto.

Cabe destacar que todas las funciones de todos los profesionales son importantes para el buen desarrollo de la práctica clínica.

79.6 Bibliografía

1- funciones del TCAE en obstetricia - <https://www.google.com/amp/s/revistamedica.com/funciones-tcae-obstetricia/>

2- TCAE en sala de partos - <https://prezi.com/kdn0feivpwo1/tcae-en-sala-de-partos/>

3- actividad de la auxiliar de enfermería en partos - <https://www.google.com/amp/s/docplayer.es/amp/54Actividad-de-la-auxiliar-de-enfermeria-en-partos.html>

4- funciones del auxiliar de enfermería - <https://titulae.es/tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria/>

Capítulo 80

80 EL CELADOR DESCRIBE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO

MANUEL NAVARRETE CARRIÓN

JESUS MANUEL CALDERON ALEGRE

CARMEN VIILLAJOS CAMPO

MARÍA DEL PRADO BLANCO VALLE

RAÚL JIMENEZ CANO

80.1 Introducción

Desde hace unos 20 años se viene incidiendo en la importancia de la lactancia materna exclusiva y de su importancia. Distintos autores en sus artículos señalan que el acto fisiológico que hace el bebé de forma instintiva se considera una herencia biológica que es adaptativa de los mamíferos y en cada especie es particular. La OMS ha hecho una declaración en la que el hábito se encuentra íntimamente ligado a la supervivencia de la especie humana en la cual necesita la leche materna para sobrevivir y sin la cual moriría irremediablemente.

La OMS, las Naciones Unidas y Unicef recomiendan encarecidamente la lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses del niño y que esta se ejerza de forma complementaria hasta los dos años de vida que cumpla el niño. Esto es una recomendación que solo se cumple en su totalidad en un 30% de los casos los 6 primeros meses y a los dos años llegan un 5 % de los niños.

80.2 Objetivos

Fomentar la lactancia materna exclusiva a partir de la descripción de un caso clínico.

80.3 Caso clínico

Cristina acaba de dar a luz y es conducida a la habitación junto con su hija Carla que ha pesado 2800 gramos, se encuentran madre e hija perfectamente, el ginecólogo le ha recomendado que inicie el piel con piel y la lactancia materna exclusiva, la madre tiene 23 años y dice que en un principio no tenía pensado darle en pecho a la niña, el ginecólogo le ha explicado durante los momentos previos al parto junto a la matrona los beneficios

para la niña y para la madre de este hábito y que el mayor miedo que tiene ella que es que su pecho se caiga corresponde a una leyenda urbana, no tiene que ver con que de a su hija de mamar sino con la condición del paso del tiempo y la ley de la gravedad. Cristina se convence y necesita pautas de la enfermera de la planta para que Carla inicie la lactancia, la madre se da cuenta de que de forma natural su hija se pone al pecho y succiona el alimento siendo lo más cómodo sin necesitar preparado ni temperatura para administrarlo.

80.4 Discusión-Conclusión

La lactancia materna se considera fundamental por todas las organizaciones los seres humanos, sobre todo en las primeras horas de vida y en los primeros meses de vida. Se debe de ofertar de forma temprana y en exclusiva, para garantizar a la madre la estimulación que se requiere y que tenga una óptima producción de leche y para que el neonato reciba la mejor oferta inmunológica, nutricional y psicoafectiva junto a su madre.

80.5 Bibliografía

1. González Méndez, I., & Pileta Romero, B. (2022). Lactancia materna. Revista cubana de Enfermería, 18(1), 15-22.
- 2 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 81

81 EL CELADOR DESCRIBE UN CASO CLÍNICO DE LACTANCIA MIXTA

MANUEL NAVARRETE CARRIÓN

RAÚL JIMENEZ CANO

MARÍA DEL PRADO BLANCO VALLE

CARMEN VIILLAJOS CAMPO

JESUS MANUEL CALDERON ALEGRE

81.1 Introducción

En los primeros 6 meses de vida del niño, la recomendación de la OMS es la de alimentar de forma exclusiva con leche materna, o en su defecto si con esta no se pudiera, sustituir o complementar con una leche infantil adaptada, para que todas sus necesidades nutricionales estén totalmente cubiertas. No obstante, a partir del medio año de vida, la leche de la madre ya no resulta suficiente para alimentar al bebé y cumplir con todos los requisitos nutricionales que este necesita. A partir de esta edad se deben de introducir de manera paulatina y por orden nutricional, alimentos en cantidad y calidad suficiente con el fin de considerar las necesidades de energía y de los nutrientes necesarios de los lactantes y de los niños de corta edad que recomienda el ministerio de salud.

En el caso clínico se muestra una alimentación básica de forma normalizada con la introducción de los alimentos de forma paulatina y en orden cronológico por edad y en cantidad suficiente para suplir la carencia de la leche materna y de las necesidades de energía del menor.

81.2 Objetivos

Mostrar la introducción de alimento como alternativa a la leche materna a partir de un caso clínico.

81.3 Caso clínico

Jesús tiene 6 meses , en la consulta del pediatra, este le indica que como complemento a la leche materna que esta puede utilizar a partir de ahora como postre, debe introducir durante la primera semana y sustituir fruta batida, las primeras piezas deben ser

pera, manzana, plátano y naranja, si son bien toleradas se pueden ir incorporando más piezas dejando las tropicales hasta haber cumplido el año. La incorporación de los cereales en el desayuno se puede hacer acompañado de la leche materna, estos durante los dos primeros meses deberán ser sin gluten, al cumplir los ocho meses ya se puede introducir los cereales con gluten al igual que elementos en la dieta que incluyan estos cereales. La carne como el pollo, cerdo, cordero se introducirán paulatinamente, y el pescado blanco también, alternando, el pescado azul al cumplir el año se empezará con la introducción.

Los alimentos en piezas deben de introducirse dependiendo del periodo de aparición de la dentición del niño que este oscila entre los 6 meses y el año en el que se puede dar al niño trocitos para que inicie la masticación.

81.4 Discusión-Conclusión

Este periodo de introducción de alimentos debe hacerse evitando la forma brusca y también separando alimentos, por la razón sencilla de producirse una alergia alimentaria o una intolerancia en esta época identificar perfectamente y a la mayor rapidez posible la causa del problema y poder actuar con rapidez.

81.5 Bibliografía

Montañez Vásquez, M. V. (2020). Lactancia mixta y artificial como factores de riesgo para la presencia de asma bronquial en niños de 2 a 5 años de edad en el hospital II EsSalud Chocope, 2014.

2 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

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

4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 82

82 EL CELADOR DESCRIBE UN CASO CLÍNICO DE CELIAQUÍA EN LA INTRODUCCIÓN AL GLUTEN EN EL LACTANTE

MANUEL NAVARRETE CARRIÓN

RAÚL JIMENEZ CANO

MARÍA DEL PRADO BLANCO VALLE

CARMEN VIILLAJOS CAMPO

JESUS MANUEL CALDERON ALEGRE

82.1 Introducción

La enfermedad celíaca o celiarquía se puede definir como una patología sistémica que cursa con una enteropatía que media de forma inmunológica y se causa por una sensibilidad de forma permanente en las proteínas del gluten que se contienen en el trigo y aquellos productos que se relacionan con la cebada y el centeno. Se produce en individuos que subceptiblemente están genéticamente predispuestos y se encuentran en sus genotipos los siguientes alelos DQ2 y DQ8.1-5.

El debut de esta enfermedad es variada y desencadenada por distintos factores ambientales que se desconocen, la sintomatología es variada y corresponde con la edad, hay tipos de celiarquía silentes, la más normalizada es la que cursa con diarrea acompañada de cólicos frecuentes que remiten cuando cesa el consumo del gluten pero las lesiones del intestino tardan meses en resolverse.

82.2 Objetivos

Mostrar el caso clínico de un lactante que debuta en celiarquía al introducir el gluten.

82.3 Caso clínico

Sandra acude al servicio de urgencias del hospital infantil de su localidad por cólicos continuos, su estado es de principio de deshidratación, la madre cree saber que la causa es la introducción de los cereales a la dieta. La niña tiene 5 meses, toma exclusivamente leche materna y en las dos últimas semanas le ha ido introduciendo en el biberón leche materna con cereales, la primera semana sin gluten y en esta última con gluten que compró por error. La trae al hospital al darse cuenta que los cereales son con gluten y

de que puede ser la causa de que la niña lleve con cólicos una semana y con diarrea. Tanto la madre como el pediatra de su centro de salud pensaban que sus síntomas eran por un cuadro vírico propio de las lluvias y las bajadas de temperaturas de los últimos días. El padre de Sandra cuenta con antecedentes de celiaquía en primer grado, tras hidratar a Sandra con suero recibe el alta domiciliaria, excluyendo de la dieta el gluten hasta los 2 años que se volverá a realizar una introducción de prueba, puesto que los análisis de genética ha dado positivo en portadora de los genes y cuenta con antecedentes familiares.

82.4 Discusión-Conclusión

El único tratamiento que existe para la enfermedad celiaca en los niños que empiezan con síntomas en la primera introducción en la retirada total hasta que puedan alcanzar un peso idóneo para que se les pueda realizar una endoscopia para tomar muestras de las vías digestivas altas y poder confirmar el diagnóstico, no obstante el análisis genético y los antecedentes familiares nos pueden confirmar la enfermedad sin necesidad de realizar la prueba invasiva para el niño.

82.5 Bibliografía

1. Moreno Villares, J. M. (2022). Un título que llama a error: ¿cuál es la edad adecuada para la introducción del gluten en la dieta de los lactantes?. *Pediatría Atención Primaria*, 18(69), e59-e60.
- 2 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 83

83 LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

BUSHRA MOHAMED AHMED

MARIA ISABEL ALVAREZ ALVAREZ

RAFAEL MANUEL FERNÁNDEZ HUERTA

CELIA GARCÍA RODRÍGUEZ

VIRGINIA CARRETERO QUERO

83.1 Introducción

Dentro de una institución sanitaria podemos encontrar diferentes áreas.

En este capítulo vamos a hablar de las funciones que desempeña el personal de celador en el área de rehabilitación.

Dentro de esta área, desempeñan sus funciones diferentes profesionales como son el médico rehabilitador, los fisioterapeutas, personal de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y personal de celador.

Para comenzar el presente trabajo, empezaremos definiendo el término "rehabilitación" desde el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud.

La OMS define rehabilitación como el conjunto de todas las medidas sociales, educativas y profesionales que tienen como objetivo restituir al paciente de discapacidad la mayor capacidad e independencia posible.

Todos los profesionales anteriormente mencionados es necesario que trabajen de manera coordinada para lograr alcanzar la mejor calidad de vida posible para el paciente.

83.2 Objetivos

Explicar cuáles son las funciones que desempeña el personal de celador en el área de rehabilitación.

83.3 Metodología

Para la realización de este estudio, se ha realizado una investigación que consiste 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 que vienen de publicaciones académicas revisadas.

83.4 Resultados

En este apartado vamos a centrarnos en describir cuáles son las funciones que desempeña el personal de celador en el área de rehabilitación y son las siguientes:

- El celador tiene que estar en su puesto de trabajo preparado para actuar en el momento que se le requiera para realizar alguna de las funciones que se le encomiende.
- El personal de celador será el encargado de velar por el bienestar de la sala de rehabilitación procurando que exista el máximo silencio posible y que todo se encuentre en orden.
- El personal de celador también se le podrá encomendar tareas de limpieza de las zonas usadas para la rehabilitación de pacientes.
- El personal de celador también será el encargado de llevar la documentación necesaria de un lugar a otro. Así mismo también será el encargado de trasladar las comunicaciones de forma verbal que le hayan ordenado.
- El personal de celador también serán los encargados de llevar material de una zona a otra como pueden ser algunos muebles o algún aparato que sea requerido en alguna zona.
- El celador también se tendrá que encargar de que tanto los pacientes como los visitantes de los pacientes hagan un correcto uso de las instalaciones para así evitar un deterioro de las mismas.
- Cuando el personal de celador observe algún desperfecto en el área de rehabilitación, deberá de avisar lo más rápido posible a sus superiores.

También informarán acerca de las anomalías que puedan encontrarse en la zona en cuanto a la limpieza para que esta sea solucionada en la mayor brevedad posible.

83.5 Discusión

En la unidad de rehabilitación en concreto los pacientes tienen como característica común ya bien sea por una enfermedad aguda o crónica, tienen su movilidad reducida, por lo que aunque los celadores no son los terapeutas propiamente dicho sí que son sumamente importante su presencia para su colaboración en la movilización, acomodo y sujeción de los pacientes sometidos a este tipo de terapias.

Las funciones relacionadas con la rehabilitación van a requerir que el celador posea unas condiciones físicas aptas dado el esfuerzo que va a realizar. Son funciones en las que se ayudará al personal requerido para ello como son los fisioterapeutas a realizar los movimientos de los enfermos en los ejercicios de rehabilitación.

83.6 Bibliografía

1. Temario de celador, editorial MAD.

Capítulo 84

84 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES QUE SUFREN LA ENFERMEDAD DE CROHN

RAFAEL RODRIGUEZ CASTILLEJO

RAQUEL CASTILLO MARTIN

RAUL NEGRO MORAL

ABDELOUAHED AMAL AMANE

ELENA SANCHO MUÑOZ

84.1 Introducción

La enfermedad debe su nombre a Burrill Bernard Crohn, quien en 1932, junto con otros dos compañeros del Hospital Monte Sinaí, en Nueva York, descubrieron una serie de pacientes con inflamación del íleon terminal del intestino delgado, la parte más afectada por la enfermedad.

Los síntomas más frecuentes son la diarrea, pérdida de peso, dolor abdominal, rectorragias y déficit nutricional. También puede cursar con molestias extraintestinales como artropatías, lesiones cutáneas, inflamación ocular, litiasis renal o alteraciones hepáticas o biliares. El tratamiento a un paciente diagnosticado de la enfermedad de Crohn se definirá por la localización inflamatoria y por la gravedad del brote de la enfermedad.

84.2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta en los cuidados de enfermería al paciente con Enfermedad de Crohn.

84.3 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.

84.4 Resultados

Para los pacientes con enfermedad de Crohn es importante conocer estos tres pasos vitales que son con los que enfermería va a ayudar:

- Promoción de la salud: la educación para la salud nos indica que hay que modificar los estilos de vida, estos incluyen las recomendaciones dietéticas y el asesoramiento nutricional, además de la eliminación de los factores de riesgo que puedan producir un aumento de la enfermedad como ciertos alimentos y algunos medicamentos como el tabaco, el estrés.
- Manejo de la sintomatología: algunos pacientes con diarrea se les debe recomendar un buen aporte hidroelectrolítico para prevenir la deshidratación, tienen que comer en cantidades pequeñas y con mayor frecuencia, evaluar la turgencia de la piel y humedad de las mucosas, recomendar que se pesen diariamente, asegurar una buena protección de la piel y enseñar a observar las heces para evaluar la presencia de sangre.
- Apoyo al paciente y a la familia. es muy importante educar a los pacientes sobre su enfermedad para desarrollar y promover habilidades de autogestión que hacen frente a su enfermedad. Estos pacientes deben de tener sobre todo apoyo psicológico y emocional, sobre todo en la toma de decisiones para poder así de este modo aumentar su bienestar y calidad de vida. La enfermedad de Crohn es una enfermedad crónica que alterna periodos de brotes y periodos de remisión los cuales no se pueden predecir y depende de cada uno de los pacientes. Para saber en qué situación o grado se encuentra la enfermedad el médico realizará una serie de exploraciones como son la colonoscopia, la resonancia magnética, etc. para poder visualizar la parte del intestino que está dañado, la localización de estas lesiones y la existencia de complicaciones.

84.5 Discusión

La profesión enfermera es una disciplina que se engloba en el ámbito de las ciencias de la salud, ligada a la práctica médica, encaminada al cuidado de la salud y atención sanitaria de la población.

La calidad de vida se ve influenciada por esta enfermedad pero es muy diferente de un paciente a otro. Para mejorar la calidad de vida del paciente es fundamental realizar un adecuado seguimiento por su especialista en enfermedad inflamatoria intestinal en colaboración con otros especialistas como cirujanos, dermatólogos y oftalmólogos para el control de la enfermedad.

El personal de enfermería puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante una atención holística, la educación sanitaria, la modificación de estilos de vida, la gestión de la sintomatología y proporcionando apoyo físico, psíquico y emocional al paciente y a la familia.

84.6 Bibliografía

<https://eugdspace.eug.es/bitstream/handle/20.500.13002/123/Enfermedad%20de%20crohn%20y%20cuidados%20de%20enfermer%C3%ADa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Capítulo 85

85 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EXPONE CASO CLÍNICO SOBRE INCONTINENCIA PIGMENTI EN NEONATO

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ PÉREZ

85.1 Introducción

La incontinentia pigmenti es considerada una enfermedad rara genodermatosis, es una de las enfermedades de la piel que vienen genéticamente determinadas, compromete a los tejidos que se derivan del ectodermo. Presentan un patrón de herencia que está ligada al cromosoma X dominante, de forma habitual resulta mortal en los varones por la hemicigocidad del sexo masculino que tiene un solo cromosoma X 46, XY. El gen que está implicado se localiza en la región Xq28. Se manifiesta en forma multisistémicas, con un compromiso de la piel, faneras, los dientes, el sistema nervioso central y ocular. Es una de las enfermedades genéticas, potencialmente más severas.

85.2 Objetivos

Describir la incontinentia pigmenti en neonato a partir de la exposición de un caso clínico.

85.3 Caso clínico

Paco, recién nacido de 12 días de vida, producto de segunda embarazo. Madre de 34 años, pareja no consanguínea. Embarazo controlado de forma correcta, se complica por amenaza de parto prematuro. Se realiza cesárea por presentación distócica. El recién nacido es de término, peso normal para su edad gestacional, vigoroso. Alta conjunta de la madre y el niño.

A las 72 horas del nacimiento, acude a urgencias por lesiones en la piel caracterizadas por vesículas, estas lesiones siguen un trayecto lineal, se encuentran topografiadas en el miembro inferior derecho, localizadas en el dorso de pie y en el tercio inferior de pierna. Las lesiones se han extendido al abdomen en las áreas de flanco, la fosa ilíaca derecha y el miembro superior derecho en el nivel de cara interna de brazo. No ha presentado fiebre.

En la exploración física al ingreso muestra las lesiones vesiculosas con contenido líquido seroso en las zonas que se han, tiene pápulas queratósicas en el miembro

inferior derecho y descamación muy fina en cuello y la región occipital. El examen neurológico a la exploración fue normal y el resto de la exploración no muestra alteraciones.

A los 5 meses de vida manifiesta signos y síntomas neurológicos: espasmos en forma mixtos, flexión de cuello y los miembros superiores y la extensión de miembros inferiores. Se realiza un electroencefalograma que muestra un trazado hipsarrítmico de forma generaliza, es compatible con un síndrome de West. La resonancia nuclear magnética no presenta ningún tipo de alteraciones. El fondo de ojos fue normalizado.

Se inició en el momento, tratamiento con vigabatrina con respuesta aceptable al llegar a dosis de 75 mg/kg/día, que mantiene en el momento, cese de los espasmos. En el nivel de las cuatro esferas del desarrollo, la motora, del lenguaje y la social presenta cierto retraso para la edad; pero se encuentra en tratamiento de estimulación psicomotriz temprana.

A nivel odontológico se observa que ha habido pérdida de hueso en la rama del maxilar inferior, se presenta en la radiografía del germen del molar temporal sin hueso por encima.

Al presentar dismorfias se solicita un estudio cromosómico para descartar anomalías en la estructura que involucren la región génica que sea determinante de la afección (xq2, el resultado es normal 46 XX. Se realizó un diagnóstico clínico de incontinentia pigmenti; se realizó una biopsia de la piel con la lesión hiperpigmentada en fase avanzada siendo compatible con este. El resultado histopatológico informó de las típicas alteraciones que tiene esta enfermedad. En la actualidad, la paciente está bajo controles y seguimiento del equipo multidisciplinar que está integrado por el pediatra, el dermatólogo infantil, neuropediatra y el odontólogo.

85.4 Discusión-Conclusión

La incontinentia pigmenti es una de las enfermedades genéticas rara, destaca de esta enfermedad la importancia que se tiene del reconocimiento temprano en una etapa neonatal, ya que esta se presenta como una de esas enfermedades con vesículas o ampollas potencialmente severas. Es de vital importancia que haya un asesoramiento genético a los progenitores para que conozcan el riesgo de transmisión a una futura descendencia, deben de conocer como es el seguimiento multidisciplinar que deben realizar a largo plazo. También es esencial que exista un soporte profesional y la contención que se realice a la familia por parte del pediatra.

85.5 Bibliografía

Gibbs N, Makkar H. Trastornos con hiperpigmentación y de los melanocitos. En: Eichenfield L, Frieden I, Esterly N. Dermatología neonatal. 2 ed. Barcelona: Elsevier; 2019: 403-5.

Capítulo 86

86 PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO DE TRASTORNO BIPOLAR TIPO II

LIRIAH ABDESELAM MOHAMED

FRANCISCO MARTOS CONEJO

STEFANNY ALEXANDRA CASTRO CONTRERAS

MARÍA DE LA SOLEDAD RUBIO SAN JUAN

MARTA ALVAREZ GONZALEZ

86.1 Introducción

El trastorno bipolar es un trastorno mental grave que tiene una afectación de más del 1% de toda la población del mundo. Tiene unas características que son por la presencia de distintas fluctuaciones que se marcan y son persistentes con el estado de ánimo que pueden ir desde un extremo de depresión hasta el poco opuesto maníaco, se pueden acompañar de ciertas alteraciones de la emoción y de la cognición, así como de algunos cambios recurrentes en los niveles de energía y también del comportamiento..

86.2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar mediante un caso clínico el trastorno bipolar tipo II para una mayor comprensión del mismo.

86.3 Caso clínico

Javier tiene 45 años. Es derivado a la consulta de psiquiatría por el médico del centro de salud en atención primaria. En la consulta a la cual va acompañado por su pareja, este manifiesta y confirma con su pareja que durante toda su vida siempre ha sido igual, ha mantenido una personalidad de base depresiva, siempre ha estado muy bajo de ánimo aunque algunas veces, pues tiene épocas que dice que coinciden normalmente con el buen tiempo en las que se anima y se vuelve muy emprendedor y soluciona muchas cosas del negocio familiar que lleva con sus hermanos. Su familia le ha contado al marido que siempre ha sido igual y la madre que murió el año pasado también tenía la misma personalidad. Los hermanos

también son muy parecidos todos, son muy depresivos y en determinadas épocas del año parece que se levantan como si se fueran a comer el mundo, pero lo que le preocupa a Javier y a su pareja es que desde hace un par de meses viene sufriendo episodios de manía que están dificultando la convivencia, tienen una duración muy breve, junto con su pareja han ocurrido tres pero Javier cree que estando solo le ha pasado dos veces más por que hay cosas de espacio tiempo que no le cuadran en determinados momento. Después de ocurrir el episodio no se acuerda que ha pasado y está desorientado, pero una vez que pasa un rato pasa a su estado habitual y sigue su vida con normalidad.

Bajo estos síntomas y las experiencias vividas, a Javier se le diagnostica un trastorno bipolar tipo II, esto conlleva un tratamiento mixto que debe de alternar y ser controlado por su familia.

86.4 Discusión-Conclusión

El trastorno bipolar tipo II se diagnostica cuando suceden de forma repetida episodios de manía o de hipomanía, esto tiene que ser controlado con medicación y de base la farmacología le ayudará a controlar el estado de ánimo del paciente y le ayudará a sobrellevar su vida mejorando la calidad de esta. Las terapias a las que debe de acudir también son importantes, estas terapias cognitivo-conductuales se realizan de modo de entrevistas abiertas con el paciente y grupales con enfermos con otras psicopatologías en los que se les enseña a poder tener controlado la falta de control de impulsos que padecen ayudado por la medicación.

86.5 Bibliografía

Chávez-León, E., Benitez-Camacho, E., & Ontiveros Uribe, M. P. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo II. *Salud mental*, 37(2), 111-117.

Capítulo 87

87 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE ICTUS

MARTA SOTOS SOTOS

87.1 Introducción

Las unidades de ictus son unidades especiales para pacientes que han sufrido un ictus y se encuentran en una fase aguda, que no tienen un carácter intensivo pero se dedican de forma exclusiva al tratamiento de esta patología.

En ella trabaja personal debidamente entrenado y cualificado, con una formación específica.

En ellas se pretende realizar un tratamiento y rehabilitación funcional y social del paciente lo antes posible, detectando señales de alarma y aplicando un tratamiento individualizado y específico sobre cada enfermo.

En estas unidades el número de pacientes y camas es reducido, así como también el ratio de personal- paciente, ya que precisan de una atención completa.

87.2 Objetivos

Conocer como profesional no sanitario celador, algunas cuestiones básicas acerca de nuestras funciones en las unidades de ictus como parte esencial de nuestra formación profesional.

87.3 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.

87.4 Resultados

El personal no sanitario celador colabora con el personal médico y de enfermería (enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería) en la realización de las tareas básicas del paciente (aseo, higiene, movilización, comida. . .), ya que éste generalmente

no puede realizarlas por si mismo.

El celador que trabaja en estas unidades debe de contar con una formación extra y conocer la ubicación de algunos servicios de relevancia como: servicio de urgencias, laboratorios, farmacia, unidades de cuidados intensivos, almacén, servicio de radiodiagnóstico (TAC, resonancia magnética, radiología convencional. . .).

El celador participa en la movilización del paciente y se debe tener en cuenta que el paciente puede marearse fácilmente, por lo que debemos de darle el tiempo que precise.

Otra de sus funciones es la movilización de aparataje, material, documentación etc por el complejo hospitalario.

También es esencial que sepamos que el paciente no debe inclinarse demasiado hacia delante, ya que puede perder el equilibrio de forma fácil.

Todas las movilizaciones y tareas a realizar se harán bajo la indicación y supervisión del personal sanitario.

Es necesario también conocer la ubicación de balas de oxígeno y grúas, ya que son elementos esenciales en el desempeño del trabajo en la unidad.

Por tanto el celador también debe ser conocedor de cómo realizar las movilizaciones de los enfermos con una grúa de forma segura, evitando lesiones y caídas, sabiendo cómo debe colocarse el arnés de sujeción sobre el paciente y los puntos de anclaje.

87.5 Discusión

Con esta revisión bibliográfica se ha pretendido realizar una visión general de las principales funciones del celador en las unidades de ictus.

Este tipo de paciente presenta una patología que les confiere unas características especiales que debemos de tener en cuenta, como movilización reducida o pérdida de equilibrio, mareos etc

Así mismo estos paciente precisan del uso de mecanismos de ayuda mecánica para la movilización como la grúa, que el celador debe conocer y saber cómo utilizar, evitando riesgos tanto para el propio profesional como para el paciente (caídas, golpes, rozaduras, roturas. . .)

87.6 Bibliografía

1- celadores de instituciones sanitarias- <http://celadoresonline.blogspot.com/2020/03/?m=1>

2- código ictus- <https://www.comib.com/wp-content/uploads/2017/05/codigo-ictus-2017.pdf>

3- plan de atención al ictus- https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Programa_Ictus_actualizaci3n/544a-0248-af0d-ca2a2f7c5624

4- proceso ictus y código ictus- http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2007/1

Capítulo 88

88 EL AUXILIAR DE ENFERMERIA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

NEREA ALONSO GARCIA

88.1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una instalación especializada del hospital que facilita una atención intensiva integral 24 horas a pacientes con problemas de salud especialmente graves y que necesitan una monitorización continua de sus constantes vitales y de otros parámetros como control de líquidos ingeridos o diuresis.

Esta unidad pertenece al servicio de medicina intensiva y en ella trabaja un equipo compuesto por auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos especialistas en medicina intensiva, también llamados intensivistas.

En la UCI se realizan todo tipo de técnicas invasivas para monitorizar o tratar al paciente como la canalización de vías venosas centrales o arterias, intubación orotraqueal, drenajes torácicos y colocación de marcapasos, entre otros.

88.2 Objetivos

- Exponer las funciones del personal Auxiliar de Enfermería en la unidad de cuidados intensivos y sus obligaciones.
- Resaltar la importancia del TCAE en la UCI.

88.3 Metodología

Para la realización del presente trabajo consistente en una revisión bibliográfica, nos hemos basado en las referencias bibliográficas que destacamos en el apartado de la bibliografía y se han consultado diferentes artículos en las principales bases de datos como Medline, Scielo y Pubmed. También se han revisado diferentes libros científicos sobre el tema a tratar. Utilizando las palabras clave: "TCAE EN UCI" y "UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS"

88.4 Resultados

Entre las funciones del Auxiliar de Enfermería en la UCI podemos destacar las siguientes:

- Atención personal al paciente como a su familia.
- Ayuda en las movilizaciones junto con el celador.

- Revisión y comprobación de la correcta identificación del paciente.
 - Encargado de la realización del aseo del paciente, cambio de ropa de cama y de ser necesarios, cambios posturales, valorando las zonas que corren más riesgo de padecer úlceras por presión e hidratación corporal, manteniéndoles en las mejores condiciones higiénicas.
 - Es el encargado de la nutrición del paciente, de distribuir la alimentación a los enfermos, prestando atención a la identificación de dietas según la patología y alergias. También debe tener conocimientos de la administración de la nutrición enteral.
 - Recogida de datos termométricos, signos vitales y observación e información al personal médico de cualquier cambio o síntoma que pueda empeorar la salud del paciente.
 - Vaciar diuresis.
 - Colaborar durante el procedimiento de técnicas invasivas con el personal titulado, asistiendo y preparando el material necesario para cada técnica.
 - Control de la lencería en la unidad.
 - Limpieza exhaustiva de los carros de curas, del material que va dentro y la reposición de este.
- Entre las funciones que el Auxiliar de Enfermería no debe realizar en la Unidad de Cuidados Intensivos destacamos:
- No debe realizar pruebas diagnósticas.
 - No debe administrar medicación por vía parenteral.

88.5 Discusión

El papel del Auxiliar de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos, es fundamental, ya que desempeña numerosas funciones muy importantes y junto con el personal de enfermería, son los que más tiempo pasan en contacto directo con el enfermo y quienes más lo conocen. Además de proporcionarles las curas, higienes y cuidados, también les proporcionan cariño, tanto a ellos como a sus familiares, ofreciéndoles una calidad asistencial y seguridad, humanizando al máximo los cuidados intensivos.

Saber escuchar, hablar, acompañar y empatizar con los enfermos es sin duda una de las cosas más gratificantes de esta profesión.

88.6 Bibliografía

- Guía para auxiliares de enfermería en cuidados intensivos. Meubook, S.L.
- <https://essaeformacion.com/funciones-del-auxiliar-de-enfermeria-en-la-uci>
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19957.htm
- https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171
- <https://revistamedica.com/tcae-unidad-de-cuidados-intensivos/>

Capítulo 89

89 EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM) A TRAVÉS DE LA HISTORIA

JUAN LUIS ALVAREZ VIDAL

89.1 Introducción

El conocimiento del infarto agudo de miocardio (IAM) fue lenta a lo largo del tiempo. Hasta llegar a los avances actuales en farmacología y técnicas hemos de hacer un recorrido a lo largo de la historia resaltando los hitos más significativos.

Se comienzan recogiendo datos en la época de los egipcios, en el papiro de Ebers, que se remonta más de 1500 años a.C, y es un antiquísimo tratado médico que contiene entre otros la descripción y tratamiento de enfermedades del corazón, incluyendo la enfermedad coronaria, describiendo síntomas clásicos como dolor y opresión en el pecho y sensación de muerte inminente. La primera descripción gráfica de un evento de muerte súbita cardíaca corresponde a Horemkenes I (1050 a. C.), sacerdote de Amón de la Dinastía XX de Tebas. Hipócrates y sus adeptos, entre los siglos V y IV a.C., relata, sobre una base teórica, síntomas como enfriamiento, ceguera, convulsiones y pérdida del habla, e incluye la estasis en los vasos sanguíneos.

89.2 Objetivos

- Hacer un repaso de la evolución del conocimiento del IAM a través de la historia.

89.3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en los principales buscadores sanitario como PubMed y la biblioteca Cochrane en idiomas inglés y español, sin acotar fecha de búsqueda y utilizando indistintamente los operadores booleanos "and", "or" y "not".

Se utilizaron las siguientes palabras clave: IAM, infarto, historia, avances, cardiología, evolución.

89.4 Resultados

Tras un salto temporal importante nos encontramos en 1506 que Leonardo Da Vinci realiza la primera necropsia tras una muerte de origen coronario. Sólo a partir del siglo XVII

comienzan a describirse hallazgos como las petrificaciones de las arterias, descritas por Bellini, y que se corresponden con probabilidad con placas de ateroma calcificado. En 1768 el Dr. William Herberden realiza la primera descripción adecuada de la angina, la opresión o dolor torácico causado por la falta de riego cardíaco y realiza una fascinante descripción de sus observaciones tras estudiar a 100 pacientes con angina de pecho y muerte súbita. Realiza diferentes descripciones del dolor torácico en distintas localizaciones e irradiaciones, y lo relaciona en ocasiones con la marcha y el esfuerzo y con movimientos como tragar, toser o defecar. También hace mención a los despertares con disnea y la necesidad de sentarse para mejorar los síntomas así como las alteraciones del pulso en algunos de los pacientes. Epidemiológicamente se puede observar que de los 100 pacientes sólo tres eran mujeres y un niño de 12 años y el resto varones mayores de 50 años. Si bien aclara que no pudo realizar ninguna nueva contribución al tratamiento más allá de los propuestos en los escritos clásicos, aunque sí explica como el opio atenúa los síntomas.

Poco tiempo después, entre 1786 y 1799, Edward Jenner y Caleb Hillier Parry, quienes eran amigos cercanos, describieron por primera vez la relación entre la angina y la muerte cardíaca con esclerosis coronaria encontrada en varios de sus pacientes. El cirujano John Hunter confirmó esta descripción. Una de las primeras evidencias que conectan la muerte repentina con el corazón y aterosclerosis coronaria resulta del escultor Bertel Thorvaldsen en 1844, cuya autopsia describe claramente que en la coronaria izquierda había numerosas placas de ateroma desde una pulgada de su origen hasta su bifurcación, que una de esas placas fue severamente ulcerada y que la masa ateromatosa había salido a la luz de la arteria. Esto constituye el primer hallazgo de una placa de ateroma rota en una persona con muerte súbita. En 1848, Rudolf L. K. Virchow, acuñó los términos "trombosis" y "émbolo" con el significado que usamos hoy. En la segunda mitad del siglo XIX, Thomas L. Brunton identificó efectos similares a los observados durante siglos con el sangrado terapéutico, y en 1879, Alfred Murrel usó nitroglicerina para mitigar angina de pecho. La nitroglicerina fue un fármaco homeopático que fue utilizado por primera vez por Constantine Hering en 1840. Hay una línea directa de investigación de Virchow; Cohnheim, C. Wiger, K. Huber y W. Osler, publicó varios experimentos y observaciones sobre la correlación entre oclusión coronaria e infarto de miocardio y angina y poco después, en 1899, W. Baumgarten y W. Porter publicaron sus observaciones experimentales de pérdida de contractilidad miocárdica después de la oclusión coronaria y recuperación contráctil al restablecer la circulación con sangre sin fibrina; también observaron que la pérdida contráctil fue más significativa en el centro de isquemia que en la periferia.

En el siglo XX se produjo un incremento casi epidémico de la enfermedad coronaria paralelo al desarrollo económico de los países industrializados, y a pesar de que el síndrome coronario era menos habitual en los países menos prósperos se observó un incremento de la prevalencia según fue aumentando su desarrollo económico. A principios de este siglo el médico ruso Ignatovsky demuestra la relación existente entre la dieta y la arterioesclerosis. Estos estudios permitieron revelar que las dietas ricas en colesterol son las que producen más aterogenia y que uno de los componentes principales de las placas de ateroma es concretamente los depósitos de colesterol.

En 1912 John B. Herrick publicó una extensa revisión de publicaciones sobre la relación

entre infarto de miocardio, angina y enfermedad arterial coronaria y logró establecer que la oclusión trombótica de la arteria coronaria y los vasos pueden ser mortales, pero no en el 100% de los casos. Usando sus descubrimientos, se establece la diferencia entre infarto e isquemia, describe la variabilidad de la presentación clínica y explica estas alteraciones debido a factores extra coronarios como la tensión arterial, antecedentes de patología de miocardio y aspectos de la obstrucción coronaria como el tamaño del vaso, la localización de la oclusión y el número de vasos lesionados. Hubo un gran retraso entre las primeras descripciones de Herberden y la identificación clínica en el siglo XX del infarto de miocardio realizada por Herrick. Esto puede estar causado por la negación de la posibilidad de que exista la oclusión coronaria, la variabilidad de los síntomas y signos y de los hallazgos patológicos, la excesiva confianza en la auscultación, la falta de revisión en la autopsias del corazón y los vasos, la inclinación del estudio médico hacia la bacteriología y en general la falta de herramientas para el diagnóstico.

La creación del electrocardiograma (EKG) proporcionó un recurso para la detección de arritmias, aunque no fue del todo útil ya que no existían monitores que transmitieran esa información. Aun así, el propio Herrick, acompañado por su ayudante F. Smith, detallaron cambios en el electrocardiograma durante un experimento de oclusión coronaria.

En la segunda mitad de este siglo XX es cuando se producen los avances más significativos para incorporar toda la información recogida, gracias al incremento de los estudios epidemiológicos, que permitieron incorporar, entre otros, los factores culturales.

Durante numerosos años el tratamiento del infarto de miocardio no evolucionó, ya que no se encontraron terapias eficaces que mejoraran la morbimortalidad más allá del reposo absoluto en cama y la dependencia también absoluta en la alimentación, lo cual en numerosos casos producía complicaciones importantes sobre todo por la inmovilidad como infecciones o riesgo de tromboembolismo. Esto cambió en la década de 1970, con la creación de las unidades de cuidados coronarios. E. Braunwald lo considera como el avance primordial en el tratamiento del IAM. La idea sale de la necesidad de agrupación de los pacientes con patología cardíaca crítica en una misma área. El paciente pasó a ser atendido intensamente los primeros días tras el infarto, permitiendo así mejorar los tiempos de reacción y disminuir el riesgo de daño cerebral y tratar de manera inminente las complicaciones, mejorando rotundamente la mortalidad. Estas unidades también daban la posibilidad de tener un equipo sanitario formado en la detección de signos y síntomas típicos de un infarto agudo y con capacidad de interpretación correcta de la monitorización electrocardiográfica y la realización de primeros auxilios y uso del desfibrilador sin esperar a la llegada del médico. Si bien hasta esa década de los 70 no se crearon las unidades, la idea inicial de la unidad coronaria ya se desarrolla en 1961, paralelamente por W. Dock en los Estados Unidos y J. Desmond en Inglaterra, aunque todavía tardó algunos años en desarrollarse.

Otro de los hitos en el tratamiento del IAM fue el descubrimiento de que la trombosis es el principal causante del infarto. A partir de aquí se pudieron crear varios medicamentos con acción lítica y disolvente de los coágulos, que aplicados en los primeros estadios del infarto permitían recuperar el riego sanguíneo de la coronaria afectada y así disminuir el daño cardíaco general.

Otro gran adelanto fue la creación de la angioplastia primaria, se trata de la desobstrucción de las arterias coronarias realizando procedimientos de cateterismo cardíaco, con

guías, balones, stent o aspiraciones del coágulo. Este procedimiento demostró una importantísima reducción de la mortalidad, sobretodo comparándolos con el resto de los tratamientos existentes.

89.5 Discusión

No hay dudas de que los pilares fundamentales del tratamiento de las primeras horas de evolución del infarto agudo de miocardio es el diagnóstico precoz y la monitorización del electrocardiograma para el descubrimiento de arritmias.

La monitorización y tratamiento precoz de la fibrilación ventricular (FV) han pasado al ámbito extrahospitalario y han favorecido la supervivencia de muchos pacientes que fallaban antes de llegar a las unidades especiales del hospital, pudiendo tener una evolución mucho más favorable.

Desde aquellos primeros años ha sido extraordinaria la investigación, la prevención secundaria y los conocimientos en la insuficiencia cardíaca (primera causa de muerte en los pacientes afectados de IAM). Nunca se había visto tal evolución en medicina, los nuevos conocimientos fisiológicos y de las patologías impulsaron la innovación en farmacología y tecnologías sanitarias, consiguiendo la reducción de la mortalidad por infarto hasta límites inimaginables hace unas décadas. Si bien ahora nos encontramos que esta drástica reducción de la mortalidad deja un margen muy estrecho para contrastar la efectividad de nuevos fármacos o tecnologías.

89.6 Bibliografía

- Moguel R, Cabrera C. A minimal tour towards the history of the myocardial infarction. *Cardiovasc Metb Sci.* 2020; 31 (3): 104-8.
- Escaned J. Breve historia del corazón y de los conocimientos cardiológicos. En: López A, Macaya C. Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA. 1ª ed. Bilbao: Fundación BBVA; 2009. p. 23-33
- González-Juanatey JR, Agra R, López-Sendón J. Una historia resumida. Impacto de los avances en cardiopatía isquémica. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2017; 17(A): 2-6

Capítulo 90

90 SÍNDROME DE BURNOUT PARA EL PERSONAL DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ANGELES PARDO BAÑEZ

MÓNICA FERNÁNDEZ ALONSO

RUBÉN ALONSO SANMARTINO

CANDELA ZARABOZO RUBIO

MARCELINA LÓPEZ IGLESIAS

90.1 Introducción

El síndrome de desgaste profesional o burnout, hace años un gran desconocido, a día de hoy es un tema recurrente en los ámbitos profesionales, generando bajadas de rendimiento en los profesionales del ámbito sanitario y más si cabe con la modificación de las condiciones laborales ocurridas tras la pandemia.

La exposición de manera prolongada al estrés y factores estresantes quizás son una de las grandes amenazas dentro del sector sanitario, con horarios que no facilitan la conciliación profesional y personal, generando en muchos casos trastornos de orden mental que en el mejor de los casos desembocan en una baja laboral.

90.2 Objetivos

Dar a conocer el Síndrome de Burnout, un síndrome que es cada vez más padecido por los trabajadores y al que hay que buscar soluciones.

90.3 Metodología

Para la realización de este capítulo he realizado una revisión bibliográfica de artículos médicos y páginas de internet, además he utilizado las principales plataformas de búsquedas en medicina como son Scielo y Pubmed para recabar información y exponer un tema cada vez más conocido como es el síndrome de Burnout.

90.4 Resultados

El síndrome de Burnout ocurre cuando el trabajador se percató de la diferencia entre sus expectativas laborales y la realidad. Así, cuando la persona trabajadora es consciente de que no está suficientemente valorado en sus funciones o no es reconocido, comienza a perder el interés y a estar cada vez más "quemado" con esa situación. Si a eso le añadimos las presiones por parte de la empresa o compañeros para terminar las tareas en tiempos imposibles y sin ayuda o tiene poca formación o poca autonomía para realizar las tareas nos encontramos con que esas situaciones generan en el trabajador ansiedad, apatía, tristeza e incluso depresión que no solo se siente cuando está en el centro de trabajo, sino que se extiende a todos los ámbitos de su vida, generando lo que se conoce como el síndrome de burnout. Otros factores que intervienen en el desarrollo de este síndrome son las pobres condiciones económicas, el aburrimiento o la sobrecarga laboral. La poca o nula estimulación por parte de la empresa o la casi inexistente orientación profesional son también condicionantes en este caso.

Es una realidad que las empresas no dedican muchos recursos al reconocimiento y la buena estabilidad emocional de sus trabajadores y ello repercute directamente en sus habilidades laborales ya que un trabajador con síndrome de burnout no resulta un trabajador competente; por ello se hace importante que la empresa sea consciente de la situación de sus trabajadores y pueda poner medidas para ayudarlos en la realización de sus tareas y en su desarrollo profesional.

90.5 Discusión

Apostar por la prevención en salud mental, a través de equipos de trabajo que establezcan protocolos de actuación que minimicen los riesgos de exposición al burnout, suelen ser mecanismos muy favorables para mejorar el rendimiento profesional de los trabajadores de un centro sanitario.

Elaborar jornadas de sensibilización sobre ambiente laboral y la importancia de que todo el personal se involucre, junto con la adaptación de puestos laborales en relación a las capacidades profesionales de cada trabajador y a la incorporación en plantilla de psicólogos pueden ser medidas muy importantes para bajar la posibilidad de que un trabajador pueda sufrir burnout.

90.6 Bibliografía

<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psicologicas/sindrome-burnout.html>

https://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_desgaste_profesional

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33989475/>

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014

Capítulo 91

91 PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO DE UN NEUMOTÓRAX A TENSION EN URGENCIAS

STEFANNY ALEXANDRA CASTRO CONTRERAS

MARÍA DE LA SOLEDAD RUBIO SAN JUAN

GEMA MAGÉN GÁLVEZ

DIANA CASANOVA PALENZUELA

MARTA ALVAREZ GONZALEZ

91.1 Introducción

El neumotórax es la acumulación de aire en el espacio pleural que está alrededor de los pulmones, se llama neumotórax espontáneo (NE) cuando no existe causa clara que lo justifique.

Los principales síntomas de un neumotórax son:

- Dolor torácico de manera aguda y súbita que empeora con la tos o al inspirar.
- Dificultad respiratoria
- Opresión torácica
- Fatiga
- Taquicardia
- Cianosis

91.2 Objetivos

- Describir el caso clínico de un neumotórax a tensión en un chico joven que acude a urgencias.
- Destacar la importancia de su tratamiento de manera precoz.

91.3 Caso clínico

Paciente de sexo masculino y 33 años de edad, que acude a urgencias con dolor torácico en el hemitórax derecho, de aparición brusca, y fatiga. Refiere que le impide hablar y respirar bien. No refiere traumatismo.

- Antecedentes familiares: sin antecedentes destacables.
- Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas conocidas. Fumador de

dos cajetillas al día y de cannabis. Deportista. Bebedor ocasional.

- Exploración física: a su llegada a urgencias: TA: 98/48 mmHg; FC: 118 latidos por minuto; FR: 28 respiraciones por minuto. Saturación de oxígeno: 95 %; T^a: 36.3°C. Talla: 1.80 m, Peso: 80 kg. Sudoroso. Abdomen normal y sin dolor. En la auscultación respiratoria se aprecia una disminución del murmullo vesicular del hemitórax derecho. Auscultación cardiaca normal. Sin cianosis.

- Pruebas complementarias: Análisis de sangre y de orina: sin hallazgos significativos. EKG: ritmo sinusal, sin alteraciones del segmento ST. Placa de tórax: se visualiza un colapso del pulmón derecho por la presencia de aire fuera del mismo. Diagnóstico: neumotórax a tensión.

A su llegada se procede a monitorizar al paciente, se canalizan una vía periférica de grueso calibre, se realiza analítica de sangre, se le colocan unas gafas de oxígeno a 2 litros/minuto para lograr alcanzar saturaciones del 98%.

Una vez confirmado el diagnóstico se procede a realizar una toracocentesis a través de una punción en el segundo espacio intercostal, línea medio clavicular para la extracción del aire de fuera del pulmón. El paciente precisa de analgesia (infiltración local de la zona con lidocaína al 2%, y la administración endovenosa de 150 microgramos de fentanilo en bolo lento).

Tras el procedimiento desaparece la disnea y el dolor, y el paciente se estabiliza hemodinámicamente: TA: 110/65 mm/hg, FC: 68 lpm, FR: 15 rpm; Saturación de oxígeno del 100% con gafas nasales a 2 l/min.

Precisa de ingreso hospitalario para seguir su evolución, que fue favorable, y recibió el alta hospitalaria a los 3 días.

91.4 Discusión-Conclusión

El neumotórax a tensión se da principalmente en gente con edades comprendidas entre los 15 y 45 años, y de sexo masculino.

El hábito tabáquico desempeña un papel importante en la aparición de los neumotórax, por lo que debemos destacar la importancia de disminuir o dejar de fumar, para disminuir la probabilidad de tener un neumotórax.

El neumotórax a tensión es una emergencia, y la demora en la realización de la toracocentesis puede derivar en la muerte del paciente, por lo que, ante su sospecha por la clínica y la radiografía de tórax, no debe retrasarse la administración de oxígeno y la realización de la toracocentesis.

91.5 Bibliografía

1. Hermida Pérez JA, Hernández Guerra JS, Guerra Abrante P. Neumotórax a tensión. A propósito de un caso. Elsevier. Dic. 2008. Vol 34 n 10: 507-9.

Capítulo 92

92 LAS URGENCIAS SANITARIAS Y EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ROSA MARÍA JOYERA GARCÍA

JUAN FRANCISCO GONZÁLEZ QUÍLEZ

FRANCISCO JAVIER NIETO PALOMO

INÉS MARÍA SÁNCHEZ GARCÍA

92.1 Introducción

El auxiliar administrativo en el desempeño de sus funciones en urgencias es el que se encarga de recepcionar y tramitar los distintos procesos que tienen los pacientes a la llegada de los centros sanitarios. Va a ser quien se encarga de dar su pase a Urgencias y va a proporcionar el soporte operativo preciso a las distintas unidades asistenciales, coordinando las acciones con otras áreas del hospital (gestión de interconsultas, programación de pruebas, ingresos hospitalarios, etc.). Todo esto se puede llevar a cabo, pues consta de un equipo multidisciplinar formado tanto con personal sanitario como no sanitario, el servicio de todo hospital se compone de diversos profesionales: médicos, enfermeros, auxiliares administrativos, auxiliares de enfermería, celadores, personal de seguridad y personal de limpieza.

92.2 Objetivos

Analizar las funciones del auxiliar administrativo dentro del servicio de urgencias y emergencias de los centros sanitario.

92.3 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.

92.4 Resultados

Los nuevos programas informáticos son un gran avance muy importante en el trabajo de un auxiliar administrativo que está en urgencias la tramitación de informes, la base de datos, datos que son fundamentales para hacer una correcta identificación de cada uno de los pacientes.

Toda la información con respecto al usuario o paciente en urgencias se garantizará la confidencialidad, todos los datos registrados anónimamente según las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley 41/2002, de 14 de noviembre; Ley 15/1999 de 13 de diciembre; RD 1720/2007 de 21 de diciembre).

El primer paso es identificar a los pacientes que llegan a urgencias, Para hacer un pase estándar de Admisión y Urgencias a todos los pacientes que acuden por Urgencias deben de identificarse mediante la tarjeta sanitaria o en su defecto con el DNI, NIE, carnet de conducir o alguna otra identificación que acredite que es la persona, para que así podamos tener una información clara sobre el paciente. En el formulario que se le hace en la entrada deben aparecer los nombres, la edad, el sexo, el DNI, El teléfono del paciente, datos de la financiación y tipo de patología. Enfermedad común, Accidente casual, Accidente de tráfico, agresión, autolesión, parto, etc.

Durante este proceso, si el paciente, no tiene historia clínica, el auxiliar administrativo deberá crear una para poder incluir los datos anteriormente mencionados para generar una base de datos actualizada que va a servir en el futuro para sucesivas consultas.

92.5 Discusión

Para concluir, sabemos que el auxiliar administrativo es el encargado de recepcionar los pases de urgencias, el de gestionar los ingresos hospitalarios y se encarga de los traslados hospitalarios e interhospitalarios con un correcto funcionamiento de sus recursos a la hora de gestionar todo tipo de trabajo administrativo. Este debe de tener un control exhaustivo sobre todos los procesos de asignación de camas, para no mezclar pacientes con patologías que puedan perjudicarlos, el archivo de historias clínicas, siempre respetando la confidencialidad de los datos registrados del paciente según la ley y normativa vigente, desde el servicio de urgencias son conscientes del trabajo que tienen que desarrollar los auxiliares administrativos y su labor es muy necesaria para su buen funcionamiento.

92.6 Bibliografía

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128 (2003).

Capítulo 93

93 INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA DE LA PARÁLISIS CERE-BRAL

SONIA NOVILLO DÍAZ-TENDERO

INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

MARÍA TERESA MARTÍ GABALDÓN

ANGELA MORALES CUELLAR

LIDIA TORIBIO MARTÍN

93.1 Introducción

Hoy en día los estudios y la clasificación existente tiene un consenso sobre la parálisis cerebral, se considera un grupo de trastornos que conlleva un desarrollo en el movimiento y en la postura, causa una limitación de la actividad que se atribuyen en una agresión que no es progresiva en un cerebro que está en desarrollo, bien durante la formación dentro del vientre de la madre, durante el nacimiento o en los primeros años de vida.

El trastorno motor de la parálisis cerebral se realiza con frecuencia y se puede acompañar de ciertos trastornos de carácter sensorial, cognitivo, también de la comunicación, puede llevar cognición en la percepción y epilepsia. La prevalencia de esta enfermedad es de 3 por cada 1000 nacidos vivos en nuestro país y las consecuencias de la parálisis cerebral hay que estudiarlas de modo individual porque en cada individuo son distintas.

93.2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar la intervención de un fisioterapeuta en la parálisis cerebral.

93.3 Caso clínico

Alba es una niña nacida a término con 2600 gramos, ha sufrido anoxia en el parto y un sufrimiento fetal en los momentos anteriores, traía una vuelta de cordón al cuello por lo que se produjo una cesárea de urgencia. La niña en el test de apagar no responde normalmente, se la observa durante dos días en neonatos y se la entrega a la madre con un diagnóstico sin especificar de falta de oxígeno en el parto y a analizar las consecuencias, se la deriva a estimulación temprana diariamente por atonía muscular, en esta fase

el fisioterapeuta trabaja con Alba diariamente psicomotricidad fina, ocular y movimiento muscular de movimiento de cuello y extremidades hasta cumplir los dos meses que se la realiza un diagnóstico de parálisis cerebral y acude diariamente a un centro de día para su funcionamiento diario.

93.4 Discusión-Conclusión

La valoración de la parálisis cerebral depende de cada caso debe ser valorada de forma individual, cada caso es peculiar y hay que valorar mediante imágenes radiológicas que zona del cerebro ha sido afectadas para poder valorar las áreas afectadas y poder incidir con el fisioterapeuta las áreas principales a tratar para poder intentar recuperar.

93.5 Bibliografía

Argüelles, P. P. (2018). Parálisis cerebral infantil. Hospital Sant Joan de Dèu, 271-277.

Capítulo 94

94 INTERVENCIÓN DEL FISITERAPEUTA ANTE EL TRASTORNO POR ESPECTRO AUTISTA

SONIA NOVILLO DÍAZ-TENDERO

LIDIA TORIBIO MARTÍN

ANGELA MORALES CUELLAR

MARÍA TERESA MARTÍ GABALDÓN

INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

94.1 Introducción

El trastorno del espectro autista está dentro del grupo de alteraciones del neurodesarrollo, afectando globalmente a varias funciones cerebrales de forma superior que tiene el individuo, en ellas entra la inteligencia, el lenguaje y sobre todo la capacidad social. No existe a día de hoy un tratamiento que cure este trastorno, pero si se encuentran distintas intervenciones con distintos especialistas, entre ellos se encuentra la figura del fisioterapeuta que interviene en el trastorno desde el diagnóstico y a lo largo del desarrollo del niño para poder facilitar la incorporación a la vida diaria ayudando junto con otros profesionales a la capacidad del lenguaje fonético y a la interacción social con sus iguales en el medio.

Si consideramos un punto de vista para categorizar, se hacen tres métodos de intervención el trastorno autista, el primer método consiste en la orientación psicodinámica, la biomédica y la psicoeducativa en las que todas interviene el fisioterapeuta. Hay ciertas dificultades en los que se puede comparar los distintos resultados que se hacen de los métodos de intervención, pero se pueden identificar elementos que son comunes para estos niños y que deberían resultar eficaces. En la actualidad se decantan los especialistas por métodos psicoeducativos, por ser los únicos que se han podido demostrar en la eficacia en muchos de los estudios de investigación.

94.2 Objetivos

El objetivo de esta investigación es enfatizar la imagen del fisioterapeuta dentro del trastorno por espectro autista.

94.3 Caso clínico

Iván ha sido diagnosticado de un espectro autista con 18 meses, ha venido generando síntomas desde el nacimiento, un test de cociente intelectual adaptado para su edad marca por debajo de la campana de Gauss, no tiene contacto visual, la interacción con sus padres es mero instrumento para el alcance de objetos o interés del niño, observa a los iguales, pero no le interesa nunca jugar con ellos, tiene estereotipias en la guardería, si ha aprendido otros desarrollos normales como el comer solo o alcanzar sus necesidades básicas con retraso respecto a su edad, la alimentación se ha introducido correctamente y desde el diagnóstico la familia y el niño están siendo tratado en el centro de día por varios especialistas. Un fisioterapeuta trabaja todos los días con Iván la psicomotricidad fina y el control de las estereotipias bruscas intentando modularlas, también a lo largo del desarrollo se va a tratar la motricidad gruesa y otros parámetros que se agarrotan por la falta de movimientos encontrados por el menor.

94.4 Discusión-Conclusión

La intervención de forma precoz que se genera en los distintos contextos de aquellos centros de diagnóstico y de atención temprana son fundamentales para abordar y poder emplear los métodos terapéuticos desde los inicios del diagnóstico, no hay tratamientos curativos, y dependiendo de la afectación de cada individuo se debe de pautar unos modelos u otros de intervención suplicando las necesidades que necesita cada menor incluyendo las de la familia.

94.5 Bibliografía

Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & Téllez de Meneses, M. (2020). Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol*, 50(3), 77-84.

Capítulo 95

95 INTRODUCCIÓN AL SÍNCOPE PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SANDRA RICO FERNÁNDEZ

95.1 Introducción

El síncope supone una pérdida brusca y temporal de la consciencia, así como del tono muscular. Su duración es breve y la recuperación del paciente tiene lugar de forma espontánea, produciéndose por la disminución transitoria del aporte de sangre al cerebro.

El síncope es un problema habitual, entre la población en general que, generalmente, no tiene mayor importancia ni da lugar a consecuencias de gravedad. No obstante, conviene valorar por qué se produce y, de ser necesario, adoptar medidas que ayuden a prevenir nuevos síncope, o las consecuencias de algún otro problema de salud que pueda dar lugar a que el síncope tenga lugar.

95.2 Objetivos

- Hacer un repaso a lo que es un síncope, cómo identificarlo, sus tipos y cuál es el procedimiento básico a seguir, hasta la llegada del personal médico.

95.3 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.

95.4 Resultados

El síncope es una pérdida brusca de la conciencia y del tono muscular que dura segundos o pocos minutos. Se recupera de forma espontánea y sin secuelas.

La causa más frecuente de síncope es la hipotensión brusca y transitoria (lipotimia),

aunque existen

otras causas, siendo las de origen cardíaco las de peor pronóstico:

Origen cardíaco: arritmias, lesiones de las válvulas cardíacas, enfermedades del miocardio, infarto de miocardio...

De origen no cardíaco:

- Al incorporarse rápidamente cuando se está tumbado (hipotensión ortostática).
- Por hemorragias digestivas.
- Por aneurisma disecante de aorta.
- Por estimulación del nervio vago durante la micción o la defecación.
- Crisis epilépticas o migrañas.
- Crisis de ansiedad.
- Otras causas: hipoglucemia, anemia, hipotiroidismo...

Antes del síncope, el paciente puede presentar síntomas como debilidad, náuseas, vómitos o sensación de inestabilidad, entre otros. A esto se le llama cuadro presíncope o presíncope, y suele presentarse en situaciones en las que hay disminución de glucosa en sangre (hipoglucemia) o déficit de oxígeno en el organismo (hipoxia).

Es importante preguntar si ha tenido dolor torácico antes del síncope, lo que nos puede orientar a una cardiopatía isquémica (enfermedades del corazón por falta de riego sanguíneo). Aunque hay que tener en cuenta que existen síncope de origen desconocido, lo más importante es sospechar una causa de alto riesgo para actuar de forma rápida, ya que la prioridad es que el paciente sea atendido por un médico.

En caso de tener que realizar los primeros auxilios a una persona que ha sufrido un síncope, se recomienda seguir este protocolo:

- Alertar al personal médico, o a los servicios de emergencia (si se produce fuera del ámbito sanitario).
- Hacer una valoración primaria del estado de la vía aérea, la ventilación y la circulación actuando en función de lo que encontremos.
- Llevar a cabo una valoración secundaria: dolor, heridas, fracturas...

Es imprescindible que todo paciente con síncope sea valorado por un médico, por lo que siempre debe trasladarse a un centro sanitario. Aunque la mayoría de los síncope van a tener buen pronóstico, hay situaciones de alto riesgo que pueden ser fatales: los que ocurren mientras el paciente está tumbado, los que aparecen después del esfuerzo, los que presentan dolor torácico, cefalea, disnea o síntomas neurológicos y los que tienen duración prolongada.

95.5 Discusión

Revisada la información consultada en distintas fuentes bibliográficas, todas ellas de interés científico y/o sanitario, me atrevo a concluir que el TCAE presta sus servicios en diversas áreas dentro de las instituciones sanitarias, como un miembro más del equipo de

enfermería, siendo necesario que conozca la utilidad de saber reconocer qué es un accidente cerebro vascular, cómo puede ser y cuáles son las pautas básicas de actuación, hasta la llegada del personal médico.

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.

95.6 Bibliografía

- Grupo de trabajo sobre el síncope de la Sociedad Europea de Cardiología.
Guías de Práctica Clínica sobre el manejo (diagnóstico y tratamiento) del síncope. Actualización 2004.
Revista Española de Cardiología, 58 (2005), pp. 175-193
- C. Capdevila Aguilera, S. Tomás Vecina.
Servicio de Urgencias del Hospital Mutua de Terrasa Barcelona. Síncope: manejo en urgencias.
JANO, 668 (2007), pp. 38-42

Capítulo 96

96 PROTOCOLOS DE DOCUMENTACIÓN SANITARIA DEL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO. JUBILACIONES

INÉS MARÍA SÁNCHEZ GARCÍA

JUAN FRANCISCO GONZÁLEZ QUÍLEZ

FRANCISCO JAVIER NIETO PALOMO

96.1 Introducción

El auxiliar administrativo es el que realiza todo o casi todo el trabajo en cuestión de documentación, jubilaciones, invalidez, citas médicas o documentos de prescripciones médicas, informes médicos etc.

La prestación de la jubilación es una modalidad de tipo contributivo, cubre la pérdida de ingresos que sufre una persona cuando, alcanzada la edad establecida, cesa en el trabajo por cuenta ajena o propia, poniendo fin a su vida laboral, o reduce su jornada de trabajo y su salario en los términos legalmente establecidos. Estas personas entran en el régimen general de jubilación cuando, afiliadas o y en alta o en situación asimilada al alta, como por ejemplo excedencias forzosas, excedencias por cuidados de hijos, y por supuesto que reúnan las condiciones de edad, período mínimo de cotización y hecho causante, legalmente establecido.

96.2 Objetivos

- Conocer el proceso que realiza el auxiliar administrativo para generar una solicitud de prestación por jubilación, documentación que necesita o precisa para realizarla y qué procesos tiene que pasar esa documentación para ser aceptada como jubilación.

96.3 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.

96.4 Resultados

La revisión bibliográfica que hemos realizado es un tema que lleva peso de mucha información, la cual el auxiliar administrativo debe enseñar al usuario para que pueda solicitar correctamente la prestación de jubilación. El usuario se puede encontrar ante la duda de como poder realizar la solicitud.

En el caso de acudir al auxiliar administrativo, este comenzará en primer lugar, a abrir el proceso con un número de referencia, que va a ser muy importante en todo el procedimiento para todos los trámites. El auxiliar administrativo tramitará toda la documentación a través del departamento de atención al usuario, con todas las fotocopias o documentación que se necesita como: vida laboral, fotocopia del documento nacional de identidad y tarjeta de seguridad social. Esta documentación se presentará en el registro y llegará al auxiliar administrativo, que registrará todos los datos y realizará la petición del usuario.

La Seguridad Social tendrá un mes para recopilar todos los documentos y, en menos de seis meses, la Administración deberá contestar. Si no lo hace, se considerará silencio administrativo positivo, que es como aceptar como válida la solicitud que ha presentado el usuario.

Todo usuario que presente la solicitud, tanto por vía electrónica como de forma presencial, debe realizarla por escrito, para que quede constancia de la misma y se le pueda facilitar un informe adecuado.

- Las complicaciones que puede llegar a encontrar según los autores que hemos encontrado, en cuanto a la gestión de esta documentación por los auxiliares administrativos, es que el usuario no presente todos los documentos, o que estos documentos no sean los originales, sino una copia, por lo que no se acepte la solicitud. También puede ocurrir que el usuario no sepa escribir ni leer, por lo que tendrá que realizar toda la solicitud de la prestación el auxiliar administrativo.
- También se puede dar la situación de encontrar usuarios que tienen la jubilación anticipada por la empresa, la cual tiene un convenio con los empleados.

96.5 Discusión

La conclusión que sacamos en este capítulo es que la jubilación es una etapa en la cual la persona ha cumplido la edad y los años trabajados requeridos para tramitar la solicitud de la prestación. Se trata de personas ya con una edad, a las que no se les puede considerar mayores, pues en hace unos días estaban desempeñando su jornada laboral con destreza y buena actitud, pero sí que, en algunas ocasiones, no están actualizadas en el tema de tramitación de documentos. Por ello, el auxiliar administrativo es el encargado de ayudar en todos los trámites para poder llegar a obtener una pensión por los años trabajados.

El usuario deberá acudir con la suficiente antelación para solicitar esta prestación para que, una vez que cumpla la edad requerida y deje el trabajo, continúe recibiendo unos ingresos.

Capítulo 97

97 CASO CLÍNICO DE ENFERMERÍA SOBRE ESQUIZOFRENIA

MARTA ALVAREZ GONZALEZ

STEFANNY ALEXANDRA CASTRO CONTRERAS

NORA MOHAMED TAHAR

MARINA LÓPEZ MUÑOZ

DIANA CASANOVA PALENZUELA

ALICIA PARDO RAMÍREZ

97.1 Introducción

Hacer una profundización en la base de la neurobiología de la Esquizofrenia se considera un elemento clave para poder perfeccionar la capacidad del diagnóstico y poder identificar futuros objetivos en el tratamiento y poder, con ello, mejorar el pronóstico de los pacientes que tienen esta enfermedad. Los avances que se han realizado hasta ahora se han centrado en las fases más avanzadas de la enfermedad, pero los que se consideran estadios más iniciales están muy mal definidos. No obstante, mucha parte de lo que es investigación actual se puede centrar en varias fases iniciales de esta enfermedad con un objetivo de encontrar biomarcadores que puedan permitir nombrar a los sujetos con riesgo de sufrir esta psicopatología y que se puedan beneficiar de las distintas intervenciones de carácter temprano que puedan prevenir o mitigar complicaciones en un futuro.

97.2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar más información sobre esta psicopatología bastante desconocida por la sociedad por un grupo de enfermería.

97.3 Caso clínico

Pablo es un varón de 22 años, consume drogas de forma habitual, tiene problemas en la familia y su entorno familiar a causa de su consumo de sustancias ilegales, tiene problemas económicos, le han despedido del trabajo y pasa la mayor parte del tiempo en casa, solo sale para consumir, se pasa el día viendo la tele y encerrado en su habitación. Una noche sus padres se levantan al oír ruidos excesivos

que provienen de su habitación, al entrar encuentran a Fede debajo de la cama, está asustado, intentan que salga de la cama, pero es imposible, asegura que han venido a buscarle del otro universo y que como él es el salvador del mundo. Consiguen llevarlo a urgencias donde queda ingresado en un box en exploración, a la mañana siguiente y tras la administración de medicación parece más tranquilo, pero sigue afirmando que su jefe le dice en su cabeza que tiene que salvar el mundo y que el universo paralelo ha mandado luchadores para intentar vencerle, que debe de esconderse y prepararse para ser el salvador del universo. Fede es ingresado en la planta de psiquiatría para realizarle una exploración en la que tras varias pruebas de imagen y varias analíticas en las que no se observa ningún tipo de enfermedad física y tras los signos y síntomas del paciente se hace un diagnóstico que se explica a la familia de un debut de esquizofrenia de la cual necesita de un tratamiento mixto de farmacología para poder controlar los brotes y de terapia tanto en forma individual y también grupal. A Pablo se le da el alta con citación para consulta externa de psiquiatría para iniciar su nueva vida con su nueva condición.

97.4 Discusión-Conclusión

Cuando un paciente hace un debut en esquizofrenia, este adquiere una nueva condición que para el paciente y su familia cambia totalmente su vida. Su nueva condición va a necesitar de un equipo multidisciplinar para poder prestar al paciente y a su familia todas las necesidades que requiere un paciente con esquizofrenia. En primer lugar va a requerir de farmacología para evitar los brotes, suprimir los síntomas positivos como las alucinaciones visuales o auditivos, la terapia también se considera esencial para poder tomar conciencia de su nueva realidad y para poder emprender una vida con la mayor calidad posible para él y para su familia.

97.5 Bibliografía

Gejman, P. V., & Sanders, A. R. (2012). La etiología de la esquizofrenia. Medicina (Madrid), 72(3), 227-234

Capítulo 98

98 PROYECCIÓN DE ROSENBERG PARA LA OSTEOARTROSIS DE RODILLA

YOLANDA DOMINGUEZ MARTINEZ

LAURA FERNÁNDEZ ALONSO

98.1 Introducción

La gonartrosis de rodilla es una enfermedad degenerativa y de desgaste, se produce más frecuentemente en personas mayores, pero también puede presentarse en personas jóvenes por lesiones previas en la rodilla.

El cartílago se desgasta gradualmente, reduciendo la protección de los huesos.

La rodilla es una de las articulaciones del sistema óseo en la que se desarrolla con más frecuencia la artrosis.

La razón de la alta frecuencia de la artrosis de rodilla en comparación con otras articulaciones

La artrosis de la rodilla se desarrolla lentamente y el dolor suele seguir la misma progresión aunque puede presentarse con descompensación espontánea.



98.2 Objetivos

Dar a conocer la proyección de Rosenberg para visualizar los cambios que se producen, tanto en las etapas iniciales como en su evolución en el tiempo.

98.3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, con el objetivo de describir las proyecciones radiográficas más utilizadas en el estudio diagnóstico de la gonartrosis de rodilla.

Basada en la propia experiencia laboral, según los protocolos de los servicios de radiodiagnóstico de diferentes hospitales.

98.4 Resultados

El examen radiográfico es el método de elección para el estudio preciso de las desalineaciones del sistema músculo esquelético, por lo que puede ser considerado como el estudio radiológico más importante.

El diagnóstico se basa en el examen clínico y en las diferentes proyecciones radiográficas de la articulación de la rodilla para poder apreciar los cambios anatomo-patológicos que se producen tanto en la etapa inicial, como durante su desarrollo a lo largo del tiempo.

Las imágenes radiográficas solicitadas son las siguientes:

PROYECCIÓN ANTEROPOSTERIOR EN BIPEDESTACIÓN (en carga):

Se le pide al paciente que se descalce, se coloca en de pie con la espalda pegada al estativo de bucky mural.

Pies rectos hacia adelante y rodillas extendidas.

El rayo central es perpendicular al receptor de imagen a un punto medio entre las articulaciones de la rodilla, a 1,25 cm por debajo del vértice de la patela.

La imagen radiológica mostrará los espacios articulares de las rodillas.

Con este procedimiento también se evalúa deformidades en varo y valgo.

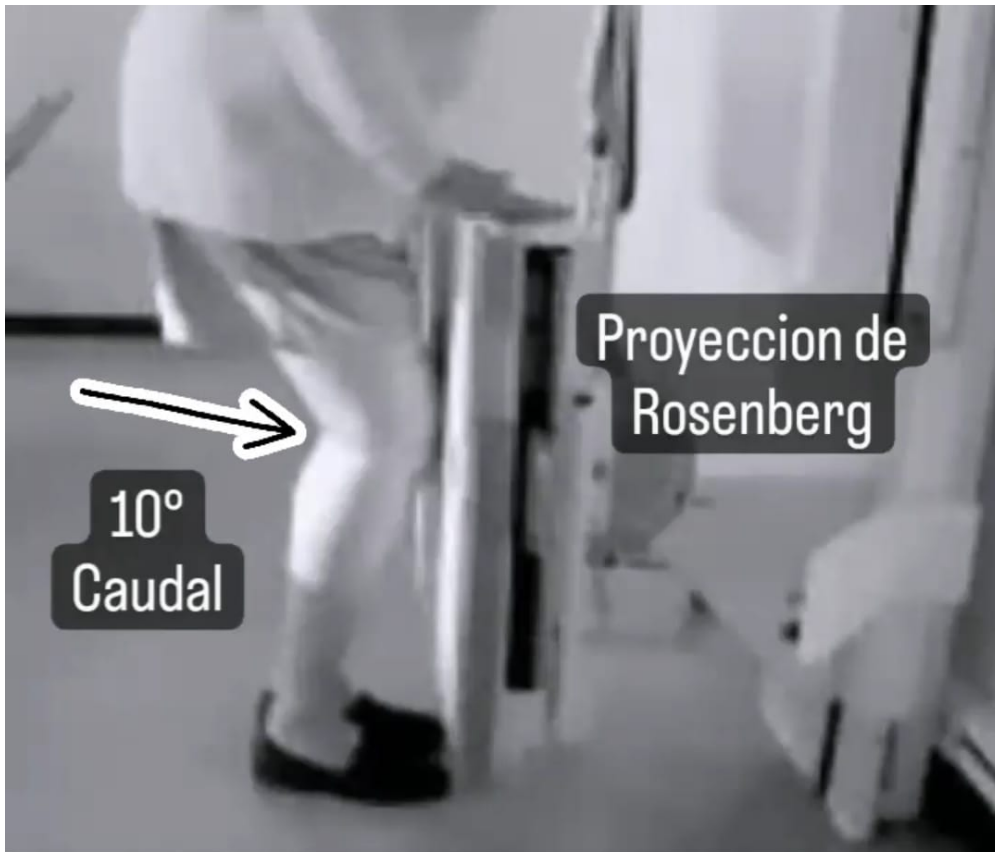
PROYECCIÓN DE ROSENBERG (en carga y una flexión de 45°):

Para examinar ambas rodillas se coloca al paciente en posición erguida con las piernas flexionadas en un ángulo de 45°, para que las rótulas estén en contacto con el estativo de pared.

El borde inferior de la patela se coloca en el centro del dispositivo mural.

El rayo central tiene una angulación de 10° en dirección caudal, dirigido un punto medio entre ambas articulaciones de la rodilla.

La proyección de Rosenberg es precisa y más real, mostrando mejor el estrechamiento del espacio articular de la rodilla que padece de artrosis, en comparación con la proyección anteroposterior de rodillas en carga.



98.5 Discusión

La artrosis de la rodilla es una patología cuya prevalencia ha aumentado en las últimas décadas, debido al incremento de la esperanza de vida poblacional, índices elevados de obesidad, deportes de impacto, etc.

Los medios de diagnóstico por imágenes desempeñan un papel importante para confirmar esta patología.

La primera modificación anatómo-patológica observada en esta patología es una reducción del grosor del cartílago articular, que se refleja en la radiografía por una disminución del espacio articular.

Si bien medios más avanzados como la resonancia magnética permiten estudiar los cambios articulares con gran precisión, la radiografía simple sigue siendo el estudio fundamental e inicial más primordial de esta patología.

98.6 Bibliografía

- Fontboté R C, Nemtala U F, Contreras O O, Guerrero R. Proyección de Rosenberg en la evaluación radiológica de la osteoartrosis de rodilla. Rev Med Chil [Internet]. 2008 [citado el 27 de septiembre de 2022];136(7):880-4. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=1875-2968\(2008000700009\)](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=1875-2968(2008000700009))
- Osteoarthritis de rodilla (Knee Osteoarthritis) - OrthoInfo - AAOS [Internet]. Aaos.org. [citado el 27 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://orthoinfo.aaos.org/es/diseases-conditions/osteoarthritis-de-rodilla-knee-osteoarthritis/>
- Merrill. Atlas de posiciones radiográficas y procedimientos radiológicos. Undécima edición. Eugene D. Frank. Bruce W. Long. Bárbara J. Smith.

Capítulo 99

99 VALORACIÓN DEL PRIMER INTERVINIENTE EN LA PRESTACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS POR PARTE DE TÉCNICOS SANITARIOS

MARTA SOTO GONZALEZ

SUSANA VALERA LANTARON

99.1 Introducción

Los accidentes, las catástrofes o cualquier otra situación de emergencia pueden provocar un intenso malestar psicológico. Por ello, además de prestar unos adecuados cuidados físicos, es importantísima una atención psicológica que alivie a las víctimas y prevenga consecuencias posteriores como el trastorno por estrés postraumático.

En los primeros momentos o fase de shock es cuando la ayuda es decisiva, así que el papel de la persona que acude primera al lugar de los hechos (primer interviniente) es decisivo. En fases posteriores ya habrá tiempo para la actuación de familiares o profesionales como psicólogos o trabajadores sociales.

99.2 Objetivos

- Exponer cómo proceder con la valoración inicial ante una situación de urgencia y/o emergencia a la que se enfrente cualquier persona, especialmente, los técnicos sanitarios (técnicos de laboratorio, técnicos de radiodiagnóstico, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería...).

99.3 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.

99.4 Resultados

El primer interviniente puede ser cualquier persona. Conviene que:

- Conozca las reacciones y necesidades psicológicas de las personas en una situación de crisis.
- Evalúe si es necesaria una intervención psicológica y, en caso afirmativo, aplique técnicas de apoyo.
- Conozca los riesgos que pueden padecer las personas que prestan ayuda psicológica.

Las personas que sufren un suceso traumatogénico no suelen disponer de los recursos suficientes para afrontarlo, ya que se trata de situaciones anormales e imprevisibles. Ante una situación crítica, las víctimas presentarán necesidad de protección y seguridad, de orientación y de apoyo en otras personas.

Cuando nos sentimos amenazados, el organismo despliega mecanismos para defendernos del peligro y recuperar el equilibrio. Dichas respuestas se conocen como estrés; los hechos, acontecimientos o circunstancias que las provocan se denominan estímulos estresores.

El estrés es un mecanismo automático e inconsciente que se activa tanto a nivel físico como psicológico en situaciones percibidas como amenazantes o peligrosas. La ansiedad, por otro lado, es más una respuesta emocional que física. Es una sensación de miedo que preserva a la persona de estímulos peligrosos y, por consiguiente, tiene una función adaptativa y protectora.

Las respuestas de estrés o de ansiedad, en un principio, deben considerarse positivas. Sin embargo,

cuando la reacción es desproporcionada al estímulo, se prolonga mucho en el tiempo o no se consigue controlar la situación, aparece un desequilibrio negativo llamado distrés. Los factores que intervienen en la activación del estrés se conocen como factores estresores y pueden ser factores externos o personales.

99.5 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 valorar el papel del interviniente en una situación de urgencia y/o emergencia, por parte de personal sanitario.

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.

99.6 Bibliografía

- Los accidentes de trabajo también ocurren en el hospital. Editorial Ocronos (2019).
- Guía de procedimientos. SAMUR Protección Civil (Madrid, 2019).

Capítulo 100

100 LA FIGURA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UCI/UVI EN EL INTERIOR DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA ANA SUÁREZ MÉNDEZ

GAETANA PEDICONE

100.1 Introducción

También podemos nombrar a este servicio con diferentes unidades como la de unidades de cuidados intensivos, unidad de vigilancia intensiva o unidad de terapia intensiva es una instalación dentro del ámbito hospitalario, donde los profesionales de la salud se encargan de los cuidados que requieran estos pacientes para obtener su recuperación total.

Las personas que son ingresadas en este servicio o área del medio hospitalario es debido a que poseen un grave problema de salud que puede poner en riesgo su vida y por ello tienen que monitorizar todas las constantes vitales para comprobar que todos los parámetros estén dentro de su rango.

100.2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo de libro es tener conocimientos sobre los tipos y especialidades de UCI y las funciones diversas del TCAE.

100.3 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.

100.4 Resultados

Algunos tipos y especialidades de la UCI pueden ser:

Teniendo en cuenta el número de pacientes ingresados en esta instalación y en su división.

- Cuidados intensivos de cardiología o unidad coronaria.
- Cuidados postoperatorios de cirugía cardíaca.
- Cuidados intensivos psiquiatría.
- Cuidados intensivos en polivalentes.

También existe la UCI pediátrica o neonatal.

-Unidades de cuidados intensivos pediátricos que deben de diferenciarse de las UCIS neonatales, puesto que las pediátricas engloban a niños hasta 15 años de edad y las neonatales a los recién nacidos hasta su día 28 de vida.

También existen medios de transporte de cuidados intensivos como la ambulancia conocida como el soporte vital avanzada que es la UVI móvil o helicópteros de emergencia o aviones o buques especializados.

El personal sanitario que trabaja en este servicio, deben de contar con una formación especializada porque es una de las zonas más delicadas del hospital, puesto que los pacientes tienen un estado de salud grave donde su vida corre riesgo y necesitan una serie de necesidades y cuidados intensivos para lograr su recuperación.

Algunas de las funciones del TCAE pueden ser:

- Cambio de pañales.
- Cambio de ropa cama.
- Aseo a los pacientes.
- Control de la nutrición por la que se alimentan.
- Control de líquidos y diuresis.
- Reposición de los materiales que debe de haber en cada box.
- Movilizaciones o cambios posturales.

100.5 Discusión

Para finalizar este trabajo o capítulo de libro, se debe de decir, que debemos de ser empáticos con estos pacientes y sus familiares por lo que corren un riesgo de salud y no se sabe lo que puede pasar, se debe de tratar a la familia de forma adecuada con cariño y apoyándoles, dándoles y ofreciéndoles la ayuda nuestra todo lo mejor que podamos dándole ánimos de que todo saldrá bien y se recuperará con la ayuda del personal sanitario que son grandes profesionales de la salud junto con la ayuda del TCAE que asiste y brinda ayuda y apoyo a todos sus compañeros profesionales sanitarios cuando estos precisen.

100.6 Bibliografía

Puesta al día y recomendaciones en la toma de decisiones de limitación de tratamientos de soporte vital, Medicina Intensiva, DOI: 10.1016/j.medin.2019.07.006

Velasco, J.M.; Heras, G.; Ortega, A.; Gómez, V. (2017). «Manual de buenas prácticas de humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos». Proyecto UCI. Madrid (ISBN:978-84-697-7456-4). Consultado el 28 de marzo de 2020.

Guías de ingreso, alta y triage para las unidades de cuidados intensivos pediátricos en España, DOI: 10.1016/j.medin.2017.10.015

Capítulo 101

101 LA PRESENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

JARA GONZALEZ RODRIGUEZ

101.1 Introducción

El quirófano o servicio quirúrgico es el lugar acondicionado que se encuentra en los hospitales de todo el mundo que está destinado para realizar intervenciones quirúrgicas.

También se puede realizar algunas actividades como la anestesia, reanimación.

Tiene una serie de exigencias y condiciones que se deben respetar en este servicio:

- Se trata de un espacio cerrado.

- Deberá encontrarse en un lugar alejado de las demás instalaciones del medio hospitalario y debe de encontrarse cerca de la sala de urgencias, laboratorio, servicio de farmacia, banco de sangre.

- La circulación de personas debe de ser mínimo porque es una zona restringida y debe de estar libre de microorganismos.

101.2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo de libro es saber cuáles son las funciones del TCAE.

101.3 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.

101.4 Resultados

Algunos de las áreas que deben de existir en el quirófano son las siguientes:

- Área no restringida: los profesionales sanitarios en este área pueden vestir de ropa de calle y los equipos no están correctamente limpios y ordenados. Está controlada por el

vigilante y tiene cuenta del personal que entra o sale.

-Área de transición: las personas están preparándose para adentrarse en las zonas semirestringidas o restringidas, se debe de vestir el pijama quirúrgico, se encuentran los vestuarios del personal sanitario a participar en la intervención. No está permitido el paso de bebidas o alimentos.

-Área semirestringida: solo puede acceder el personal sanitario que vaya a participar en la intervención y deben de llevar puesto el pijama quirúrgico, aquí se encuentran los almacenes con todo los materiales necesarios para las operaciones dependiendo del tipo que sea.

-Área restringida: son las zonas más limpias del quirófano, aquí todo el personal tiene su vestimenta adecuada y están las zonas más limpias y desinfectadas del ámbito hospitalario porque no puede existir ni el más mínimo paso de aire o de algún objeto que pueda ser contaminante y pueda ser perjudicial en la salud de los pacientes.

Algunas de las funciones del TCAE en este servicio pueden ser:

-Reposición de los almacenes con los materiales adecuados a cada tipo de operación a realizar.

-Asistir al médico o a demás compañeros en lo que requieran.

-Realizar la cama a modo de paquete quirúrgico para cuando este vaya al quirófano.

101.5 Discusión

Para finalizar este capítulo de trabajo, se debe de decir que este servicio está disponible las 24 horas del día durante los 365 días del año para todos los pacientes que les surja algún inconveniente o cualquier tipo de accidente y tengan que acudir al servicio de cirugía porque corra riesgo la vida de una persona o tenga daños, lesiones o enfermedades que pongan en riesgo su salud.

El profesional sanitario llamado TCAE, siempre está en primera línea brindando apoyo y ayuda a sus compañeros en todo momento y asistiéndoles en lo que requieran para hacer mejor el trabajo en equipo y que sea más eficaz.

101.6 Bibliografía

Bishop, WJ (1995). The Early history of surgery. Barnes & Noble. ISBN 1-56619-798-8

K.-H. Tscheliessnigg: Der Hybrid-OP-Saal als multifunktionaler Therapieraum der Zukunft {- Interdisziplinarität, bildgeführte Therapie, Integration medizinischer Technologie wie CT, Angiographie, Navigation und Robotic in: Journal für Kardiologie {- Austrian Journal of Cardiology 2010; 17 (7{-8), 285{-292

DIN 1946-Teil4 Raumluftechnische Anlagen in Krankenhäusern, VDI 6022 Hygiene-Anforderungen an raumluftechnische Anlagen und Geräte

Capítulo 102

102 LA DENSITOMETRÍA ÓSEA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO PARA LA DETECCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS

LAURA FERNÁNDEZ ALONSO

YOLANDA DOMINGUEZ MARTINEZ

102.1 Introducción

La osteoporosis es una enfermedad sistémica del esqueleto caracterizada por una importante disminución de la masa ósea y alteraciones del tejido óseo. Esto puede hacer que el hueso cada vez sea más poroso y provocar una disminución de su resistencia, lo que conlleva a que se produzca una elevada incidencia de fracturas a nivel del fémur y la columna vertebral. Lo cual es posible detectar a través de la densitometría ósea.

La densitometría ósea es una prueba diagnóstica no invasiva que establece de forma cuantitativa la densidad ósea. Es un estudio de baja dosis que mide la masa ósea (el calcio y otros minerales de los huesos) en diferentes partes del esqueleto mediante dosis bajas de radiación. Se utiliza principalmente para:

- Confirmar o descartar el diagnóstico de osteoporosis u osteopenia (baja masa ósea).
- Valorar el riesgo de fractura.
- Comprobar si el tratamiento prescrito para la osteoporosis está dando un buen resultado para el paciente o no.
- Monitorizar los cambios óseos, ya sean fisiológicos o derivados de una actuación terapéutica.

102.2 Objetivos

Describir la técnica de la densitometría, las regiones del esqueleto en las que se realiza el estudio, la posición del paciente y los resultados que se obtienen.

102.3 Metodología

Realización de una revisión bibliográfica con resultados en diferentes páginas web, libros y trabajos científicos relacionados con el tema escogido para llevar a cabo este trabajo; la densitometría ósea como método diagnóstico para la detección de la osteoporosis. He utilizado bases de datos como Google. Criterios de inclusión: textos que estuvieran en castellano y posteriores al año 2000 relacionados con la temática de estudio.

Palabras clave: osteoporosis, densitometría ósea.

102.4 Resultados

ÁREAS DE ESTUDIO

Las regiones óseas de mayor interés clínico, debido a que son las zonas que tienen fracturas de mayor relevancia, son:

Columna lumbar: se utiliza el resultado promedio de varias vértebras, principalmente de L1 a L4. Deben valorarse al menos 2 vértebras contiguas.

Tercio proximal del fémur: las regiones recomendadas son el cuello del fémur y el área total de la cadera (sector más amplio que recoge el trocánter, la región intertrocantérea, el cuello y el sector superior de la diáfisis).

POSICIÓN

La posición en la que se encuentra el paciente a la hora de realizar el estudio es:

Columna lumbar: paciente tumbado en decúbito supino con las extremidades inferiores elevadas mediante un soporte de goma espuma, para corregir su lordosis.

Tercio proximal del fémur: paciente tumbado en decúbito supino con la extremidad inferior a estudiar con ligera rotación interna.

RESULTADOS

Los resultados que se obtienen del contenido mineral óseo se muestran en gramos por centímetro cuadrado (g/cm^2).

Las mediciones adquiridas del paciente se verifican con valores de referencia conseguidos en amplios sectores de población. A la hora de obtener una mayor fiabilidad diagnóstica, la selección del valor de referencia que se utiliza en cada paciente tienen cuenta el origen étnico, edad, sexo y peso.

Siempre que se realiza una densitometría ósea se obtiene como producto resultante:

- Una serie de valores o medidas relacionadas con la densidad del hueso:

- Bone mineral content (BMC): la masa ósea por cantidad de mineral de hueso

- Bone mineral área mass (BMA): la masa ósea por cantidad de mineral de un área en g/cm^2

- Bone mineral density (BMD): la masa ósea por cantidad de mineral en un volumen en g/cm^3

- Una imagen radiológica de la zona anatómica a estudiar

El programa informático permite además realizar una medición comparando los valores con unas determinadas curvas normales de población. Estas curvas son:

Comparación con el pico máximo de densidad ósea (t-score): indica la cantidad de hueso que tiene el paciente comparado con un adulto joven del mismo sexo, con masa ósea máxima. La desviación de la medición puede hacerse en forma de puntuación, utilizando como unidades la desviación estándar de la población en la que se han tomado los valores de normalidad.

Es válido para la población postmenopáusica, no siendo adecuado para varones y mujeres premenopáusicas o con menopausia prematura.

Comparación con la densidad ósea para la edad (z-score): indica la cantidad de hueso que posee el paciente, en comparación con otras personas de su edad, y del mismo tamaño y sexo.

La comparación con el valor de referencia (sexo y edad del paciente) se hace en forma de puntuación utilizando como unidad la desviación estándar.

Debe utilizarse cuando no se ha alcanzado aún el pico máximo de densidad ósea en adolescentes niños o para el diagnóstico diferencial de las situaciones de fragilidad ósea.

Las puntuaciones que pueden obtenerse son:

Osteopetrosis:

- $T = +2,5s$
- Por encima de los valores de la población de referencia

Normal:

- $T = \pm 1s$
- Se considera densidad ósea normal. Igual que los valores de la población de referencia,

Osteopenia:

- T entre $-1s$ y $-2,5s$
- Densidad ósea baja. Sutíblemente por debajo de estos valores

Osteoporosis:

- $T = < -2,5s$
- Bastante por debajo de estos valores

Osteoporosis severa:

- Bastante por debajo de estos valores
- + fractura de cadera

s= desviaciones típicas

102.5 Discusión

La densitometría ósea es la única prueba capaz de determinar de forma exacta el grado de debilidad del hueso por el efecto de la osteoporosis.

Se ha comprobado que la disminución de MO es el factor principal, pero no el único, que determina el riesgo de fractura. La población más susceptible de sufrir una fractura por osteoporosis es la que presenta determinados factores de riesgo como: edad (70-80 años en ambos sexos), el tratamiento con fármacos como los corticoides o los anticonvulsivos (que disminuyen la MO), enfermedades como la diabetes mellitus tipo I, hiperparatiroidismo primario, la anemia perniciosa, la anorexia nerviosa o la gastrectomía (que afectan al tejido óseo), el bajo peso corporal y la pérdida de peso.

No es una prueba demasiado larga, ya que su duración oscila entre los 5 y 20 minutos. Y la radiación recibida por el paciente es mínima, ya que utiliza una dosis de radiación muy baja.

102.6 Bibliografía

-Técnico superior en imagen para el diagnóstico del Servicio Aragonés de Salud. Temario volumen III. Editorial Mad.

- <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/densitometria-osea/>

-Cribado de la osteoporosis mediante densitometría por ultrasonidos frente a técnicas ionizantes por rayos X. Evaluación de la utilidad clínica y situación de uso en España. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

- Guía de Práctica Clínica sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad. Ministerio de sanidad, política social e igualdad

Capítulo 103

103 CUIDADOS CON LOS PACIENTES QUE TIENEN UNA SONTA NASOGÁSTRICA EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ROCÍO MESA GÓMEZ

103.1 Introducción

Los pacientes que están ingresados al igual que el resto de personas necesitan una buena alimentación y mas concretamente los pacientes que están bajo tratamientos que debilitan el sistema autoinmune. Muchos de los pacientes ingresados ya sea por la imposibilidad de alimentarse de forma autónoma o por motivos médicos necesitan recibir una alimentación parenteral. Este tipo de alimentación necesita unos cuidados específicos en los cuales el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar atento y actualizado en todos los procesos que requiere. Este tipo de alimentación está basada en los nutrientes necesarios según el tratamiento y patología del paciente.

103.2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:

Objetivos principales:

1. Conocer y evaluar los principales cuidados que se ejercen desde el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en relación con los pacientes que requieren de una alimentación parenteral con sonda nasogástrica.

Objetivos Secundarios:

1. Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería hacia los pacientes que necesitan la alimentación nasogástrica.

103.3 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 septiembre de 2022 y noviembre de 2022.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("nursing assistant" OR tcae) AND ("parenteral nutrition" OR "nasogastric tube" OR "nasogastric feeding").

103.4 Resultados

Hemos analizado, seleccionado y finalmente desechado en nuestra revisión. En total hemos seleccionado 6 artículos. Hemos utilizado los recursos en formato electrónico a texto completo.

En los artículos seleccionados para esta revisión, podemos observar en dos de los artículos seleccionados, este tipo de alimentación se puede dividir alimentación parenteral y alimentación nasogástrica. Dentro de las principales diferencias es que la alimentación parenteral va desde el exterior hacia el interior del aparato digestivo mediante una sonda que aporta los nutrientes necesarios para el paciente. La alimentación nasogástrica va desde el exterior hacia el estómago aportando nutrientes y también puede aportar medicación o eliminar el contenido del estómago. Los alimentos que se aportan por medio de la sonda debe ser una solución mas o menos espesa que puede ser de forma farmacológica o casera mediante purés o papillas.

Dentro de las múltiples versiones que podemos encontrar existen varios tipos de sondas nasogástricas las cuales las podemos dividir en:

- 1- Catéter de Levine, o también conocida como sonda nasogástrica de pequeño diámetro.
- 2- El catéter o tubo nasogástrico de gran diámetro. Sirve para la aspiración.
- 3- Tubo de Dubhoff, es una sonda nasogástrica con un pequeño diámetro.

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en esta aplicación de la sonda nasogástrica es fundamental tanto a la hora de poner la sonda al paciente como en los posteriores cuidados que se deben procurar de la misma.

103.5 Discusión

Hemos podido observar en nuestra revisión que en la mayor parte de estudios que se han analizado la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en relación a la aplicación como al cuidado de la sonda nasogástrica. Entre los principales cuidados son las atenciones que se deben prestar a la región por donde va aplicada la sonda, ya que es la región nasal. También hay que prestar atención a las úlceras por presión en estos pacientes que tienen la aplicación de la sonda nasogástrica, ya que por norma general son pacientes que tienen largos periodos de encamamiento. Es fundamental que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tenga especial atención a estos cuidados como a las actualizaciones al respecto.

103.6 Bibliografía

1. Vega Y, Torres A, del Campo M. Análisis del rol del fonoaudiólogo(a) en el sector salud en Chile. Cienc Trab [internet]. 2017;59:76-80. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci24492017000200076&lng=es&nrm=iso&tlng=es>
2. Cichero JAY, Lam P, Steele CM, Hanson B, Chen J, Dantas RO, et al. Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: the IDDSI framework. Dysphagia. 2017;32(2):293-314. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y>

3. Rosales F. Manejo del paciente disfágico por técnicos paramédicos: evaluación y capacitación en un hospital chileno. *Rev Chil Fonoaudiol.* 2016;15:1-9. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2016.44155>
4. Chiang CK, Hwu YJ. Feeding experiences of nursing aides for residents with dysphagia. *Geriatr Nurs (Minneap).* 2018;39(4):436-42. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.12.016>
5. Lea EJ, Goldberg LR, Price AD, Tierney LT, McInerney F. Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: a qualitative study. *J Clin Nurs.* 2017;26(23-24):5169-78. <https://doi.org/10.1111/jocn.14066>

Capítulo 104

104 EL MANTENIMIENTO EN CENTROS HOSPITALARIOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

FAUSTINO FERNANDEZ REINA

104.1 Introducción

En los centros hospitalarios, al igual que en cualquier otro centro de trabajo, hay un largo listado de profesionales dedicados a diferentes disciplinas y labores. De una manera general, podemos diferenciar entre el personal sanitario, investigadores, farmacia, técnicos sanitarios y técnicos no sanitarios, personal no sanitario asociado a trabajos en centros sanitarios y el personal de las empresas subcontratadas, así como todos los trabajadores y trabajadoras de empresas que abastecen de recursos a estos centros.

Cada uno dentro de su campo de trabajo, hacen que el hospital funcione como una gran máquina bien engrasada, en la que cada engranaje es necesario y esencial para que esta funcione de manera correcta.

El mantenimiento de las infraestructuras de los centros sanitarios y sociosanitarios es esencial para el correcto funcionamiento y preservación de los mismos.

104.2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conocer, de manera general, en qué consiste el mantenimiento de los centros hospitalarios y quiénes son las personas responsables del mismo

104.3 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.

104.4 Resultados

El objetivo a alcanzar por el personal de mantenimiento de los centros hospitalarios es la realización de una serie de trabajos y acciones que aseguren el correcto

funcionamiento de las edificaciones, instalaciones y equipos. Para ello los centros cuentan con un importante número de profesionales que se dedican a estas funciones:

- Calefactores.
- Fontaneros.
- Electricistas.
- Mecánicos.
- Albañiles.
- Peones.
- Carpinteros.
- Jardineros.

Estos profesionales pueden ser funcionarios públicos y pertenecer al Servicio de Salud Pública, o ser trabajadores de empresas privadas a las que se subcontrata para la realización de estas tareas.

Una vez especificados los profesionales encargados del mantenimiento del personal de mantenimiento, se enumerarán cuáles son, de una manera genérica, las funciones, que han de ir recogidas en un plan de mantenimiento, el cual ha de estar en continua evaluación:

- Evitar el deterioro de los equipos e instalaciones y, en consecuencia, y por consiguiente, garantizar que los servicios prestados sean óptimos.
- Minimizar lo máximo el coste producido por paradas que dan lugar a pérdidas de los servicios, causados por averías en algunos de los equipos o por el propio mantenimiento de los mismos.
- Mantener en el mejor estado posible todas instalaciones, máquinas y edificios, de tal modo que mantengan todas sus cualidades hasta que el coste de construcción esté amortizado e incluso que se prolongue en el tiempo lo máximo posible.
- Dotar a los centros hospitalarios de conocimientos y asistencia adquirida de la experiencia profesional, en proyectos y gestión de nuevas instalaciones.

En función de los objetivos anteriormente señalados el Departamento de Mantenimiento se desglosa en los siguientes campos:

- 1) Mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo.
- 2) Obras nuevas y remodelaciones de instalaciones del hospital.
- 3) Dirección, control y gestión del departamento.

104.5 Discusión

En el desarrollo de este capítulo se recogen, por un lado, quienes son las personas encargadas de llevar a cabo el mantenimiento de las instalaciones y los equipos dentro de los centros sanitarios y sociosanitarios, y por otro lado, cuáles son, de manera general, las funciones principales de su campo de trabajo.

Tal y como se ha planteado anteriormente, el departamento de mantenimiento cuenta con profesionales pertenecientes a distintas áreas y disciplinas, pero todas ellas comparten una serie de objetivos comunes, tales como impedir el deterioro de los equipos e instalaciones o trabajar y asesorar en la realización de nuevos

proyectos.

104.6 Bibliografía

Organización del mantenimiento en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional. (1990). Instituto Nacional de Salud. hugu.sescam.jccm.es/servicio/mantenimiento

Capítulo 105

105 EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO EN GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS

MOHAMED ABDELKADER MOHAMED

FAUSTINO FERNANDEZ REINA

105.1 Introducción

Un residuo es toda sustancia que se va a tirar o se va a desprender de ella. Si hablamos de residuo sanitario es todo lo que se genera dentro de un centro sanitario destinado a la salud tanto para personas como para animales también incluiremos todos los recipientes o envases que contienen los residuos.

La regulación de los residuos sanitarios es competencia de las comunidades autónomas a través de normativas específicas.

Los residuos se clasifican en grupos dependiendo de su peligrosidad:

-Residuos sanitarios no peligrosos: aquí tenemos dos grupos

.Grupo I o residuos generales: son los que se pueden generar en cualquier hogar como puede ser cartón, vidrio, envases, aceites usados. . .

.Grupo II o residuos sanitarios: aquí incluimos los similares a los domésticos pero que proceden de actividades sanitarias, como pueden ser gasas, vendas, yesos, medicamentos que no sean citostáticos, vacunas inoculadas, material punzante. . .

En este caso ya hay que tratarlos de manera especial para evitar prevenir infecciones o accidentes.

-Residuos sanitarios peligrosos: los de origen sanitario tenemos los siguientes grupos

.Grupo III que está dividido en otros 3 subgrupos

-Residuos biológicos, que pueden ser vacunas vivas, fluidos corporales. . .

-Residuos de medicamentos citostáticos y citotóxicos, que son todos los restos anticancerígenos los que se hayan puesto al paciente como viales, gasas, jeringas. . . y los que haya manipulado el personal como mascarillas, guantes. . .

-Residuos químicos, son sustancias que contengan desechos químicos como los peróxidos, mercurios, disolventes. . .

.Grupo IV son los residuos peligrosos de origen no sanitario: como pilas, pinturas, barnices.

.Grupo V son los residuos radiactivos que contienen elementos químicos radiactivos

105.2 Objetivos

- Conocer las normas que regulan los residuos sanitarios.
- Saber identificar el tipo de residuo que es, como manipularlo, como transportarlo, como desecharlo.

105.3 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.

105.4 Resultados

Es imprescindible a la hora de manipular los residuos sanitarios extremar todas las medidas posibles para proteger al paciente y al trabajador por ejemplo:

- No hacer trasvases de productos de un envase a otro
- Todos los envases deben de estar etiquetados.
- No apretar las bolsas, contenedores. . . que contengan residuos con la mano o el pie.
- No arrastrar bolsas o contenedores por el suelo por riesgo a roturas.
- Mantener las bolsas o recipientes lejos de nuestro cuerpo para evitar cortes o pinchazos.
- Evitar salpicaduras cuando hay fluidos corporales.
- Usar las bolsas y contenedores específicos para cada residuo y que sean homologados para ello con características como: impermeables, opacos, de un solo uso, resistentes a la humedad, resistentes a roturas.

Depende de la comunidad autónoma los contenedores, garrafas. . . para depositar los residuos pueden variar en tamaños o colores. Algún ejemplo de los más comunes que se usa serían para depositar el cartón contenedores azules, en el caso de plástico los contenedores son amarillos y el vidrio en contenedores verdes, los aceites usados de cocina se depositarán en bidones o garrafas, las agujas y material punzante en contenedores amarillos rígidos y homologados, los residuos citostáticos en contenedores rígidos y rojos y los residuos químicos en bidones o garrafas azules. . .

El transporte interno de estos residuos se hará mediante carros y estos no se les darán ningún otro uso. Los residuos se depositarán en almacenes internos de forma provisional no almacenándolos más de 24 horas y si no en un almacén final que tiene que ser de uso exclusivo para esta finalidad y separado de la actividad sanitaria, con acceso exclusivo para personal autorizado, que estén bien señalizados, con buena iluminación, con facilidad para cargar camiones, de fácil limpieza, los envases almacenados en soportes o estanterías nunca en el suelo.

Aquí pueden estar un máximo de seis meses en el caso del grupo IV y de una semana en el caso de grupo III.

105.5 Discusión

La información y formación a los trabajadores de los centros sanitarios es fundamental para la gestión de residuos, ser conocedores de los tipos de residuos que existen, como manipularlos, eliminarlos, etiquetarlos, almacenarlos, trasportarlos. . . Evitando accidentes laborales del personal sanitario y no sanitario en los que se incluyen los electricistas y personal de mantenimiento y evita desastres que se puedan ocasionar en el medio ambiente.

El personal de mantenimiento con los materiales que más trabajan y luego se van a transformar

en residuos suelen ser los del Grupo IV que son los residuos peligrosos de origen no sanitario: como son pilas, baterías, aceites industriales, restos de aparatos eléctricos o electrónicos, grandes o pequeños electrodomésticos, equipos de imagen y sonido, aparatos de alumbrado, herramientas eléctricas, equipos de control. . . no incluiremos en este grupo los aparatos sencillos que no lleven placa eléctrica como interruptores, enchufes, etc.

105.6 Bibliografía

- 1.- <https://documentos.gipase.es>
- 2.- <https://tematico8.asturias.es>

Capítulo 106

106 LOS MEDIOS Y RECURSOS MATERIALES DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHADO

ALBERTO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

MARIA BELEN MENÉNDEZ GONZALEZ

106.1 Introducción

En el servicio de lavandería y planchado es posible elegir varias opciones para realizar el tratamiento de ropa para que esta pueda quedar bien lavada e higienizada.

Dependiendo del tipo de ropa que se va a tratar y de la cantidad de suciedad que esta contenga, la máquina que se va a utilizar será diferente.

El tratamiento de ropa que se hace en el servicio de lavandería es un proceso continuo que se realiza en fases separadas y siguiendo el principio de no retroceso.

En la zona de lavandería y planchado, se distinguen dos zonas, una es la zona sucia y otra la zona limpia.

En cada zona habrá unas instalaciones y maquinaria diferentes y ambas zonas están separadas a través de una barrera sanitaria.

106.2 Objetivos

Explicar la diferente maquinaria utilizada dentro del servicio de lavandería y planchado que ofrece un hospital y cuál de ellos utilizar para cada tipo de ropa y suciedad.

106.3 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.

106.4 Resultados

En la zona de lavado es posible utilizar diferentes sistemas en los que podemos destacar la lavadora convencional o sistema discontinuo, el sistema continuo o túnel de lavado, las

centrifugadoras o sistema de desmanchado.

Los sistemas de lavado continuo implican la separación de fases en el tiempo. Hay una lavadora con un tambor giratorio que realiza cada paso del proceso de lavado por separado y de forma ordenada. Es un tipo de lavandería hospitalaria diseñada para lavar pequeñas cantidades de ropa, artículos pequeños o ropa que requiera un tratamiento especial.

Por otro lado, los sistemas de limpieza continua consisten en la división de etapas en diferentes salas que se comunican entre sí y pueden operar simultáneamente. Contaremos con secadoras de ropa en el área de secado, el proceso de secado se realiza por calefacción, el sistema de calefacción puede ser eléctrico, vapor o gas, se debe tener en cuenta que el exceso de secado puede arrugar o encoger la ropa.

Sistema Convencional o Intermitente: Estas secadoras cuentan con un tanque de agua para ropa mojada. Sistema continuo: En este sistema el suministro de ropa es continuo y constante, algunos cuentan con perchas para que la ropa sea colgada y alimentada mecánicamente al túnel donde el efecto del aire caliente la seca.

En la zona de planchado encontraremos también diferente maquinaria como las máquinas de prensa, la calandra, la mesa de planchado, las cabinas o túneles de acabado, topper para pantalones y maniqués.

106.5 Discusión

En definitiva en el servicio de lavandería y planchado se utilizan diferentes tipos de maquinaria para el tratamiento de todo tipo de ropa ya sea para grandes volúmenes o para pequeños lotes de ropa en el que el proceso será continuo para evitar la recontaminación de la ropa que llega a la lavandería dotada de microorganismos y malos olores.

Este servicio es muy importante dentro de un hospital, ya que ayuda a la comodidad del paciente y del personal que allí se encuentra trabajando y por ello es necesario respetar una serie de principios que van a hacer que este proceso se pueda llevar a cabo de la mejor manera posible.

106.6 Bibliografía

- áreas organizativas de la lavandería, lencería y planchado de un hospital. Consultado el (14/12/2021). Disponible en: <https://revistamedica.com>
- 2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- 3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- 4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 107

107 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR

LLÈSICA PÉREZ MENÉNDEZ

CÁNDIDA GONZALEZ CANDANEDO

TATIANA MENÉNDEZ VEGA

107.1 Introducción

La medicina nuclear durante mucho tiempo fue una gran desconocida tanto para los pacientes como para gran parte de los profesionales sanitarios, cosa que ya no ocurre en la actualidad cada vez son menos los hospitales que no cuentan con esta especialidad. En medicina nuclear utilizamos radiotrazadores o radiofármacos, formados por un fármaco transportador y un isótopo radioactivo. Estos son introducidos en el organismo de diferentes formas, aunque en la mayoría de los casos es por vía intravenosa. Estas sustancias, por su especial afinidad, se van acumulando en el órgano que se va a estudiar (en los tejidos enfermos o lesionados se depositan de manera diferente al que lo hacen en el tejido normal o sano) emitiendo radiación gamma que es detectada por un equipo denominado gammacámara cuyo detector se sitúa sobre el órgano a explorar, recibiendo los fotones procedentes del radiofármaco.

107.2 Objetivos

El principal objetivo de esta publicación es dar a conocer la importancia que tiene la medicina nuclear en el ámbito de la imagen para el diagnóstico y ver más de cerca que estudia esta especialidad médica que tanto ha avanzado en los últimos años.

107.3 Metodología

La metodología utilizada para hacer este trabajo ha sido posible tras revisiones bibliográficas en literatura científica, junto con los propios conocimientos de las autoras y la documentación obtenida a través de las consultas hechas a determinadas webs, que aportan información actual, útil e interesante para el lector. También se han consultado bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline, etc.

107.4 Resultados

Como resultado vemos que a pesar de utilizar pequeñas cantidades de material radioactivo, no se considera una técnica invasiva y es una técnica que normalmente carece de efectos adversos para el paciente.

Otro de los resultados obtenidos con los equipos de imágenes de medicina nuclear es la ventaja de poder diagnosticar, tratar e investigar muchas enfermedades desde etapas muy tempranas, pudiendo el paciente ser tratado en el menor tiempo posible y probablemente obtener un mejor resultado del tratamiento.

Estas imágenes nos permiten ver cambios en el funcionamiento metabólico (órganos, huesos, tejidos etc.) y también cambios de la estructura.

Una vez que el radiofármaco está dentro del organismo, se distribuye por órganos, dependiendo del radiofármaco empleado. La distribución de este es detectado por un aparato detector de radiación llamado gammacámara que lo almacena digitalmente. Esta cámara está diseñada para que el especialista sea capaz de rastrear en el organismo la ruta que hacen los radiotrazadores o radiofármacos. Luego se procesa la información, obteniendo imágenes del órgano o zona que va a ser estudiada o tratada.

Los diferentes tipos de equipos de medicina nuclear están diseñados para usar junto con radioisótopos específicos para diferentes propósitos de obtención de imágenes. Los sensores especializados actúan como cámaras para detectar y rastrear la radiación emitida por pequeñas cantidades de radioisótopos o radionúclidos en colorantes médicos.

107.5 Discusión

La conclusión principal a la que hemos llegado con este trabajo es lo importante que resulta la medicina nuclear en la actualidad siendo la aliada principal de los profesionales sanitarios que utilizan la imagen para el diagnóstico, así como para el tratamiento de muchas enfermedades. Con las nuevas tecnologías se están obteniendo actualmente imágenes mucho más nítidas facilitando así el trabajo de los profesionales sanitarios, a la hora de detectar actividad molecular en el organismo pudiendo diagnosticar y determinar la gravedad primero o también pautar tratamiento de la enfermedad

lo antes posible llegando a obtener respuestas inmediatas en procedimientos terapéuticos.

107.6 Bibliografía

Medicina nuclear (National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering)

Medicina nuclear general (Radiologyinfo.org para pacientes)

Sociedad Española de Diagnostico por Imagen(S.E.D.M) programa de garantia en medicina nuclear y radiodiagnóstico

Capítulo 108

108 EL PERSONAL DE HIGIENISTA BUCODENTAL: PACIENTE CON BRUXISMO

SUSANA CORNÁS DÍAZ

108.1 Introducción

En el momento actual no existe un consenso a la hora de realizar una definición clara y concisa del término bruxismo. Se podría decir que el bruxismo es una alteración de las superficies dentales que se produce por atrición y abfracción debido a alteraciones en el sistema nervioso central provocadas por factores internos o externos a este. Algunas asociaciones de los Estados Unidos consideran que un paciente sufre bruxismo si existe rechinar, frotamiento o apretamiento de los dientes, tanto diurna como nocturnamente.

Existen diversidad de factores que influyen en la prevalencia del bruxismo, algunos de ellos son de tipo pato fisiológicos (química cerebral alterada, factores hereditarios o el estrés), de tipo psicológicos (como desórdenes del tipo psicosomáticos, trastornos relacionados con la ansiedad o por problemas de personalidad) y factores morfológicos (como la oclusión dental, la malposición, las anomalías de las articulaciones de la boca o las anomalías de los huesos de la mandíbula)

108.2 Objetivos

Conocer e indicar la clasificación del bruxismo según la gravedad contado por parte del personal higienista bucodental.

108.3 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.

108.4 Resultados

Se puede clasificar el bruxismo en varias categorías, una de ellas consiste en clasificar el bruxismo de manera que se tenga en cuenta la gravedad de las lesiones

que produce sobre el paciente:

- Bruxismo leve: este tipo de bruxismo puede revertirse, tienen una frecuencia entre la población bastante moderada, este tipo de bruxismo no tiene ningún tipo de relación con la ansiedad y en muchas de las ocasiones el desgaste dental puede llegar a ser imperceptible.

- Bruxismo moderado: este tipo de bruxismo reviste una mayor gravedad que el leve, por lo que este bruxismo necesita de un tratamiento dental adecuado para cada paciente. Este tipo de bruxismo puede ser reversible en la mayoría de los casos (más de un 95%). Este tipo de bruxismo está estrechamente ligado a un paciente que padece ansiedad, característica que lo diferencia de los anteriores. Si no es tratado este tipo de bruxismo puede convertirse en bruxismo severo y acarrear consecuencias graves para el paciente que lo sufre.

- Bruxismo severo: es el tipo de bruxismo más grave que una persona puede padecer. Los dientes presentan aplanamiento de sus cúspides y la dentina puede hasta incluso quedar expuesta. El bruxismo severo es realizado por el paciente de manera inconsciente mientras duerme, por lo que el tratamiento y corrección del bruxismo se hacen muy importantes. El bruxismo severo acarrea al paciente una serie de dolencias que pueden alterar total o casi totalmente el desarrollo de su vida normal, como por ejemplo, fuertes dolores musculares en la zona de la cara y mandíbula, dolor articular en toda la cara y por último, dolores que se irradian sobre los oídos y cabeza y que producen graves alteraciones y dolores al paciente que lo sufre.

108.5 Discusión

La atrición y la abfracción son los elementos que permiten identificar el rechinar de los dientes, y este a su vez identificar el bruxismo. El tipo más común de bruxismo es aquel que se produce durante las horas nocturnas. Los estudios señalan que la afección del bruxismo nocturno está asociada con problemas en el sistema nervioso central y que además pueden influir otro tipo de factores externos que pueden agravar el desarrollo del bruxismo, como por ejemplo, el estrés, la ansiedad, algunos fármacos y las adicciones. La falta de métodos y protocolos estandarizados para la detección precoz del bruxismo es un grave problema al que se enfrentan los profesionales sanitarios.

108.6 Bibliografía

1. Sutin AR, Terracciano A, Ferrucci L, Costa PT. Teeth Grinding: is emotional stability related to bruxism? J Res Pers. 2010; 44 (3): 402-405

Capítulo 109

109 EL CELADOR Y LA IMPORTANCIA DE SUS FUNCIONES DE VIGILANCIA EN EL ENTORNO SANITARIO

BELÉN CACHERO SUÁREZ

109.1 Introducción

La figura del profesional no sanitario celador es esencial dentro de las instituciones sanitarias públicas de nuestro país, al igual que el resto de profesionales sanitarios.

En ellas, este profesional realiza diversas funciones: traslado de paciente, traslado de documentos, información, movilización de pacientes, colaboración con el personal sanitario, etc.

Y entre ellas cabe destacar la función de vigilancia.

Entendemos por vigilancia el cuidado y atención de las cosas que están a cargo del profesional, en este caso de los centros hospitalarios y conlleva una responsabilidad para el trabajador, como veremos en el desarrollo de este trabajo.

109.2 Objetivos

Conocer las funciones de vigilancia por parte del celador y su importancia para las instituciones sanitarias.

109.3 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.

109.4 Resultados

Como labores de vigilancia dentro de los centros sanitarios destacamos:

- El celador es el profesional encargado de vigilar todas las entradas y salidas de los centros hospitalarios, no permitiendo el acceso a los mismos a todas aquellas personas

que no estén debidamente autorizadas para ello.

- Se encargan de la vigilancia nocturna del exterior e interior del centro, asegurándose de que las puertas de acceso se encuentran cerradas.
- Así mismo se encargan de perseguir el orden y silencio dentro de las instalaciones, para el buen funcionamiento y trabajo por parte de los profesionales y el descanso adecuado de los pacientes.
- Deben de notificar también acerca de cualquier incidencia o desperfecto a sus superiores.
- Vigilar la permanencia de los familiares de los pacientes y visitantes según las normas de acceso a cada servicio por parte del centro.
- Evitar comportamientos prohibidos como fumar, portar objetos o sustancias que puedan resultar peligrosos, traer alimentos etc
- Comprobar la acreditación o autorización de los trabajadores, así como de los profesionales subcontratados de forma externa que puedan acceder al recinto.
- Elaborar partes de incidencias.
- Vigilar la salida de los enfermos, que deben acreditar el permiso expreso para abandonar el centro o el alta.

Todas estas tareas resultan básicas, ya que forman parte de la vigilancia del centro y hacen que este funcione de forma adecuada y segura tanto para los profesionales como para los pacientes y usuarios del centro.

109.5 Discusión

Las funciones de vigilancia que realiza el personal celador dentro de las instituciones y centros hospitalarios son de vital importancia, ya que sin ellos no se mantendría el orden, silencio y seguridad para todos los que allí se encuentran.

Muchas veces esta función del personal celador queda olvidada y tapada por otras que son más visibles o que se realizan con mayor frecuencia como el transporte de pacientes o la colaboración con el personal de enfermería para la movilización del paciente, pero no por ello resulta menos importante.

El control de acceso y por tanto evitar la entrada a personas no autorizadas es vital.

109.6 Bibliografía

1- funciones de vigilancia - <https://dioposiciones.com/wp-content/uploads/2018/01/Explicaci%C3%B3n-Tema-2.1-Celador-del-SES.pdf>

2- funciones de vigilancia del celador - <https://fisiostar.com/celador/funciones-de-vigilancia-del-celador>

3- funciones y tipos de celadores - http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm

4- funciones de un celador - <https://www.formacionalcala.com/articulos/160/cuales-son-las-funciones-de-un-celador>

Capítulo 110

110 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL ASEO DEL PACIENTE EN LA DUCHA O BAÑERA

XANA CASARES SANCHEZ

110.1 Introducción

El aseo general del paciente se realiza normalmente en los centros hospitalarios por parte del personal técnico de cuidados auxiliares de enfermería en el turno de mañana en las unidades de hospitalización de los hospitales.

Si el paciente es independiente o precisa de muy poca ayuda, dejaremos que lo haga por sí mismo con nuestra supervisión si es preciso; en caso de que sea dependiente realizaremos el aseo sobre toda la superficie corporal del individuo.

Si el paciente no puede levantarse se realizará el aseo en la cama, en caso de que precise de ayuda mínima o sea autosuficiente, el aseo se realizará en la ducha o bañera.

110.2 Objetivos

Conocer como hacer el aseo del paciente de forma adecuada.

110.3 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.

110.4 Resultados

Antes de iniciar el protocolo se debe informar al paciente de la tarea que se va a realizar, así como preparar todo el material necesario, lavarse las manos y hacer uso de los guantes desechables y pedir la colaboración del individuo en el proceso.

Como materiales utilizaremos: guantes, silla de baño o taburete, jabón, esponjas, ropa limpia (camisón o pijama), toalla, bolsa para la ropa sucia.

Si el paciente puede realizar la higiene de forma independiente, se le presta únicamente la ayuda que precise para desvestirse, bañarse, secarse, acomodarse etc

Se le indica al paciente la ubicación del timbre por si precisa llamar durante la realización de su higiene.

La higiene puede realizarse de pie o sentado según las necesidades de cada paciente.

Se desarrolla en los siguientes pasos:

- Llevamos todo el material necesario al baño y pedimos al paciente que entre.
- Nos ponemos guantes desechables.
- Colocamos la silla o taburete si se precisa.
- Animamos al paciente a que realice su higiene, colaborando si es preciso en las tareas que necesite.
- Le proporcionamos la toalla, vigilando que se seque de forma adecuada.
- Proporcionamos la ropa y el material de aseo que precise.
- Ayudamos al paciente a vestirse de nuevo si es necesario y le ayudamos a recoger la ropa sucia en la bolsa correspondiente y también a acomodarse de nuevo en la habitación.
- Nos retiramos los guantes y realizamos la higiene de manos.

110.5 Discusión

Con esta revisión acerca del aseo del paciente, hemos visto la importancia de valorar el grado de dependencia del individuo, para ver en qué tareas precisa de ayuda, animándole a que realice aquellas para las que está capacitado, promoviendo así su independencia y autocuidado.

No debemos de descuidar tampoco a aquellos pacientes que precisan nuestra ayuda, que requieren supervisión para una higiene correcta y también para evitar riesgo de caídas en pacientes con alguna inestabilidad física.

Es importante preparar todo el material previamente para así no perder tiempo y salvaguardar la intimidad del individuo.

110.6 Bibliografía

1- cuidados para el baño de personas dependientes - <https://www.elrincondelcuidador.es/cuidar-al-paciente/cuidados-para-el-bano-en-personas-dependientes>

2- aseo del paciente - <https://www.google.com/amp/s/revistamedica.com/aseo-del-paciente/>

3- higiene y aseo del paciente - https://www.macmillaneducation.es/wp-content/uploads/2019/02/tbe_un

Capítulo 111

111 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LOS AGENTES CAUSANTES DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

PABLO FERNÁNDEZ GARCÍA

111.1 Introducción

Las úlceras por presión son las lesiones o heridas que se producen en la piel y en los tejidos blandos cuando éstos están sometidos a una presión o compresión entre dos planos duros durante un tiempo prolongado.

Se estima que alrededor de un 90% de las úlceras por presión se pueden evitar si se toman las medidas de prevención adecuadas.

Estas lesiones pueden suponer un grave problema para el paciente y comprometer aún más si cabe su estado de salud, ya que suponen un foco de infecciones y de entrada de microorganismos al organismo, aparte de ser muy dolorosas y de tener un proceso de curación tedioso.

111.2 Objetivos

Describir las causas de aparición de las úlceras por presión, para evitarlas en la medida de lo posible.

111.3 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.

111.4 Resultados

Las causas que provocan la aparición de úlceras por presión en pacientes encamados son diversas:

- El exceso de presión, que provoca una disminución del riego sanguíneo en la zona, lo que genera un proceso inflamatorio en la zona, y una isquemia o necrosis celular en la

zona si se mantiene de forma prolongada.

- Pacientes encamados durante largos periodos de tiempo.
- Los puntos de apoyo como sondas, drenajes y catéteres.
- La fricción: cualquier elemento que pueda producir un roce sobre la piel durante un tiempo prolongado puede llegar a generar una lesión sobre la piel.
- Arrastrar al paciente durante la movilización.
- Pliegues en la ropa de cama.
- Restos u objetos en la cama del paciente.
- El exceso de humedad en la piel.
- El exceso de sudoración por parte del paciente.
- Un mal secado después de la higiene del paciente puede hacer macerar la piel.
- Incontinencia urinaria y/o de al.
- Un uso inadecuado de cremas hidratantes, haciendo un abuso de la hidratación.
- Edad avanzada.
- Un mal estado nutricional del paciente por una dieta e hidratación inadecuados.
- Estado de obesidad en el individuo.
- Problemas cardiovasculares.
- Estados de anorexia y anemia.
- Algunas alteraciones cutáneas en el individuo como sequedad.
- Pacientes diabéticos.
- Pacientes con problemas de movilidad.
- Pacientes con patologías vasculares.

El primer paso para la prevención de las UPP es valorar el estado del paciente e identificar estas causas para así ponerle solución lo antes posible.

111.5 Discusión

Como hemos visto las úlceras por presión sin una problemática grave sobre la que se han puesto todos los focos de atención en los últimos años, con la finalidad de reducir su incidencia en los hospitales en pacientes encamados.

Es importante como TCAES conocer sus causas, ya que somos uno de los profesionales con mayor vinculación directa en el cuidado del paciente y por tanto que más cosas pueden hacer para evitar que se produzcan.

Hemos visto que las causas son diversas pero que existen diversos mecanismos para hacerles frente, como el uso de colchones anti escaras, la hidratación de la piel, los cambios posturales, cambio de ropa de cama etc

111.6 Bibliografía

1- causas y riesgos de úlceras por presión - <https://msktc.org/sci/factsheets/causas-y-riesgos-de-ulceras-por-presion>

2- úlceras por presión - <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>

3- lesiones por presión - <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/lesiones-por-presi%C3%B3n>

4- prevención úlceras por presión - <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/ulceras-por-presion.pdf>

Capítulo 112

112 PAPEL DE PERSONAL DE MANTENIMIENTO EN EL ALUMBRADO HOSPITALARIO DE EMERGENCIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

FRANCISCO JAVIER ARMENTA LARA

FAUSTINO FERNANDEZ REINA

112.1 Introducción

En el caso de que la iluminación general falle, baja el voltaje por menos del 69% de su valor nominal, se enciende el automático y de esta manera debería funcionar, valga la redundancia, automáticamente. La normativa eléctrica española de baja tensión dice que son instalaciones de baja tensión aquellas que reparten o producen energía eléctrica para el propio consumo y reciben dentro de los límites de tensión nominal que es por debajo o como mucho igual a 1000 voltios.

Teniendo claro lo anterior, ahora lo que preocupa es el alumbrado de emergencia. Surgen diversas cuestiones, una es su objetivo y el lugar en donde debe instalarse el alumbrado de emergencia.

Las funciones básicas del alumbrado de emergencia:

- Comunicar las señales de evacuación y todas las zonas de evacuación.
- Proporcionar la iluminación necesaria en las vías de escape (puertas y salidas previstas) para que sea seguro salir de la instalación y por las salidas previstas al efecto para reducir la posibilidad de accidentes.
- Las alarmas contra incendios y el equipo de protección son fáciles de encontrar y usar.
- Se permiten todas las acciones relacionadas con las medidas de seguridad.

112.2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es la de analizar cómo influye el papel del personal de mantenimiento en el alumbrado hospitalario de emergencia.

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

El Código Técnico de la Edificación del artículo del SUA dice que el alumbrado de emergencia es obligatorio:

1. En todos aquellos recintos e instalaciones cuya ocupación sea mayor de 100 personas
2. Todos los recorridos desde el sitio de evacuación al espacio o áreas de refugio, incluyendo el área de refugio en sí (DB SI Apéndice A).
3. Los aparcamientos cerrados o cubiertos de una superficie construida igual o superior a 100 metros cuadrados, incluidos los pasillos y escaleras de acceso al exterior del edificio o a las zonas comunes.
4. Cuatro Equipos generales con protección contra incendios especificada en DB-SI 1 y lugares con riesgos especiales.
5. Todos los aseos ordinarios de los edificios públicos deben estar iluminados y, en caso de conflictos generales, dotados de lo que llamamos iluminación de emergencia.
6. Todas las áreas donde se ubiquen tableros de control de distribución de energía o luminarias, en todas las áreas que mencionamos anteriormente.
7. en todas las señales de seguridad existentes.
8. en una ruta disponible.

Según el punto 5 del Anexo IV del Real Decreto 486/1997, "... los lugares de trabajo o partes de los mismos, donde la falta de alumbrado normal suponga un riesgo para la seguridad de los trabajadores, dispondrán de alumbrado de emergencia, evacuación y seguridad.

Teniendo en cuenta lo anterior se hace evidente que la iluminación de emergencia es obligatoria en los centros sanitarios, ya que, dentro de un centro sanitario como un hospital habitan distintos tipos de personas tanto trabajadores, como usuarios y pacientes. En pocas palabras el alumbrado de emergencia debe agrupar al alumbrado de seguridad, el de reemplazamiento que a su vez incluye el de evacuación, el de ambiente y por último el alumbrado de zonas de alto riesgo.

112.5 Discusión

Queda en evidencia tras la revisión bibliográfica que el alumbrado de emergencias es necesario en los centros hospitalarios. Dentro del hospital hay distintos tipos de personas que utilizan sus instalaciones, tanto personal, pacientes y usuarios del centro. Cumpliendo con la normativa electrónica de baja tensión de que se debe dotar de iluminación de emergencia en todos los locales que dan entrada al público, como en este caso un hospital o centro sanitario.

El personal de mantenimiento ha de saber dónde se ubican todos los alumbrados de emergencias para revisar que todos alumbren correctamente.

112.6 Bibliografía

- Reglamento Electrotécnico para Baja Tensión de España.
- Código Técnico de la Edificación.

Capítulo 113

113 FACTORES QUE CAUSAN ANSIEDAD Y ESTRÉS EN EL CELADOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MINA AJNAOUI EL BOUAZZATI

LAMIA HAMDAOUI SAID

RIDUAN MOHAMED

113.1 Introducción

En las profesiones sanitarios, el estrés se considera un evento grave porque afecta tanto a los profesionales que lo experimentan como a los pacientes que lo reciben.

La incidencia en esta área de competencia funciona de diferentes maneras según el género, la ubicación profesional y el cargo. Una de las soluciones a este problema es la prevención. Se organizan las tareas, se agiliza el trabajo, se equilibran los turnos, se concilia la vida familiar y laboral, se crea un ambiente alegre y agradable en los lugares de trabajo, se forman argumentos en la interacción con los propios empleados, pacientes y familiares, que ayudan a promover la salud.

La ansiedad y el estrés son trastornos mentales que afectan a un gran número de personas en nuestra sociedad y más concretamente a la población trabajadora. Estas condiciones afectan negativamente la salud física y mental de las personas y afectan directamente el trabajo, por lo que experimentamos aumento del ausentismo, bajo rendimiento en el área de bienestar y reducción de la productividad.

113.2 Objetivos

Dar a conocer los factores de riesgo que provocan el estrés y las medidas de prevención.

113.3 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.

113.4 Resultados

Cabe señalar que hay muchas causas comunes de estrés y ansiedad en el trabajo.

- Cantidad de trabajo
- Condiciones físicas del entorno de trabajo
- Desarrollo del empleo y el papel de los trabajadores

En el trabajo hospitalario, es importante señalar que existen una serie de factores de riesgo de estrés directamente relacionados con el trabajo y el contacto directo con los pacientes que afectan las emociones de los trabajadores. Algunos de estos factores específicos son:

- La labor de los trabajadores sanitarios profesionales y no sanitarios (como los celadores) es muy importante a la hora de mantener un funcionamiento adecuado y sostenible en los hospitales.
- Los arreglos de trabajo suelen ser más exigentes y pesados que otras ocupaciones, y el trabajo por turnos y las horas de trabajo también dificultan la coordinación de los miembros de la familia con otros empleados.
- Los profesionales médicos y no médicos, especialmente estos últimos, pueden no ser suficientemente reconocidos por la sociedad por la labor que han desarrollado, los pacientes necesitan un cuidado especial y cercano y muchas veces es su apoyo básico y moral.
- Del mismo modo, cambian frecuentemente de trabajo dentro del mismo centro y tienen mayores responsabilidades de contacto directo con los pacientes.

Los profesionales que realizan tareas rutinarias en un ámbito hospitalario presentaron una mayor prevalencia de trastornos psicológicos que podrían estar relacionados con el estrés y la ansiedad, y este grupo podría ser visto como propenso a la ansiedad.

Debe tener en cuenta que tiene altos niveles de estrés. Sobre todo, de las tareas diarias que realizan.

113.5 Discusión

Los compromisos gubernamentales a nivel local y estatal deben considerarse fundamentales para permitirles abordar los problemas globales que afectan al personal médico y no médico en entornos hospitalarios.

Todos los aspectos de la prevalencia de los trastornos psicológicos relacionados con la ansiedad y el estrés deben abordarse en colaboración con una variedad de organizaciones, proporcionando medios físicos, personales y profesionales. Un sistema más

flexible según las necesidades generales de los trabajadores.

Es importante brindar una terapia adecuada para estas afecciones y mantener los niveles de ansiedad y estrés lo más bajos posible antes de que los niveles se vuelvan más extremos.

113.6 Bibliografía

CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS: Tema 12. Movilización del Paciente. Parte II. (s. f.). CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS. Recuperado 17 de septiembre de 2022, de <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-12.html>

Capítulo 114

114 LAS FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE QUIRÓFANO

ASMANI MOHAMED HAMED

CHEIMA EL MEHEDI MOHAMED

MOHAMED MOHAMED ABDEL-LAH

114.1 Introducción

En el quirófano, el celador suele realizar funciones adicionales y asiste al personal médico (anestesiólogos, enfermeras, cirujanos, etc.) y en algunos casos realiza las mismas funciones que el recepcionista en un área determinada.

Un quirófano es una habitación o habitaciones en un hogar de ancianos, hospital u otro centro médico que está especialmente preparado para realizar procedimientos quirúrgicos en pacientes que lo necesitan.

Este es el lugar más complejo de la zona hospitalaria, y es también el lugar con los medios tecnológicos más avanzados. Por su especial ubicación y restricciones a la circulación de personas, requiere de ciertas condiciones de limpieza y ciertos parámetros innecesarios en otras áreas.

Debido al trabajo que se realiza en el quirófano se requiere y es necesario un cuidado mínimo en cuanto a seguridad e higiene, es importante proteger la salud del paciente operado.

El celador se deberá comprometer a practicar la higiene tanto como sea posible para reducir o evitar la propagación de infecciones. Podemos dividir el quirófano en zonas específicas con diferentes restricciones de movimiento de pacientes, personal y materiales.

114.2 Objetivos

Dar a conocer las funciones que tiene el celador en la unidad de quirófano.

114.3 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.

114.4 Resultados

De acuerdo con los objetivos propuestos, las funciones de los celadores serán las siguientes:

Movimiento y traslado del paciente:

- Tendrán que proteger el traslado de pacientes desde los servicios correspondientes a los quirófanos correspondientes.
- Atenderán los requerimientos de los profesionales de la salud para todo lo relacionado con la movilización o retención de pacientes que lo necesiten.
- Seguir los movimientos del paciente durante el procedimiento a petición del cirujano.
- Ayudar al anestesiólogo a colocar al paciente en la camilla.
- Afeitar al paciente rara vez ayuda.

Entrega de materiales y documentos:

- Entregarán los documentos y artículos que el jefe haya entregado al departamento de servicio correspondiente.
- Mover el mobiliario y equipo necesario.
- Transporte de concentrados de plaquetas y glóbulos rojos desde bancos de recolección de sangre.

Cuidado y supervisión de materiales:

- Protección de acceso a la zona de quirófano.
- Realizarán las guardias correspondientes dentro del turno asignado.
- Informarán a sus superiores inmediatos sobre las desviaciones o daños descubiertos durante la limpieza y protección de los edificios y materiales.

Atención en quirófano:

- Supervisarán los reglamentos internos de los bloques operativos generales de todo el departamento, especialmente los relacionados con la higiene o esterilidad.

{= Si es necesario, estará en el quirófano.

- Regularán la iluminación en el quirófano.

- Ajustar la mesa de operaciones.

- Mantener limpias las herramientas de transferencia utilizadas para trasladar a los pacientes.

{= Ordenar una camilla.

- Al final del día, mientras espera la cama, se ordenará una camilla.

- Pedir accesorios para uso en mesas de quirófano.

- El celador ayudará al paciente a lavarse cuando sea ingresado en el hospital. Las personas con enfermedades del corazón deben moverse lo menos posible.

- Al final del día de la operación, es imprescindible asegurarse de que todo esté listo para el próximo uso.

Ayudará a los compañeros:

- En quirófano se prestará asistencia en las tareas ordenadas asignadas a estos servicios.

{= En general, es necesario ayudar en las labores de seguridad asignadas por el jefe.

- Será función del celador, todas las cuales son similares a las misiones anteriores, pero no están enumeradas.

114.5 Discusión

El quirófano es un lugar importante en cualquier centro médico porque es el área designada donde se realizan los procedimientos quirúrgicos a los pacientes.

Es un lugar con características únicas que lo distinguen de otras unidades de atención, con un profundo conocimiento de sus protocolos y reglas de funcionamiento, porque es importante garantizar la salud de los pacientes y evitar la propagación de cualquier infec-

ción.

Un dato importante a tener en cuenta es que una de las tareas del celador en este campo es trasladar al paciente desde donde está colocado hasta el quirófano, y es importante saber transmitirle al paciente toda la información posible sobre su tranquilidad durante la cirugía.

Un celador debe saber trabajar en equipo y, como se trata de un área fundamental, debe comunicarse y colaborar bien con el equipo multidisciplinar del que forma parte.

114.6 Bibliografía

Emagister, B. (2022, agosto 4). Celador: Funciones y perfil de este profesional sanitario. Blog Emagister. <https://www.emagister.com/master/master-celador-sanitario-kwes-1000001425.htm>

TEMA-7-QUIROFANOS-y-ESTERILIZACION-1.pdf. (s. f.). Recuperado 17 de septiembre de 2022, de <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-7-QUIROFANOS-y-ESTERILIZACION-1.pdf>

Capítulo 115

115 ESTUDIO SOBRE LOS TRASTORNOS MUSCULO-ESQUELÉTICOS EN EL PERSONAL NO SANITARIO: EL CELADOR

CHEIMA EL MEHEDI MOHAMED

MOHAMED MOHAMED ABDEL-LAH

ASMANI MOHAMED HAMED

115.1 Introducción

Los trastornos musculoesqueléticos son un problema de salud importante para los celadores, y la movilización de pacientes es una tarea a menudo asociada con accidentes de trabajo.

Los accidentes por rotación de pacientes son una de las principales causas de accidentes de trabajo, lo que conlleva una mayor duración de las bajas por enfermedad y mayores costes respecto al total de accidentes. Los principales factores de riesgo son la falta de formación especializada y la movilización sin ayuda.

La presencia de enfermedades del sistema musculoesquelético es el problema de salud laboral más común en Europa. El 24% de los trabajadores en la UE reportan dolor de espalda y el 22% se quejan de dolor muscular.

En España, estas cifras han aumentado, con un 32,9% de las trabajadoras que afirma que el dolor de espalda ha sido causado por el parto, según la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo. En cuanto a las medidas sanitarias, nuestro absentismo laboral por enfermedad triplica la media de la población activa, debido principalmente a accidentes y enfermedades profesionales, siendo los trastornos musculoesqueléticos la principal causa de absentismo.

La movilización manual de pacientes es una tarea común en el cuidado de la salud, incluida la asistencia y el cuidado de pacientes que, al ingresar, encuentran que su movilidad se ve reducida por una variedad de razones. Este enfoque es fundamental para brindar atención de calidad y promover la recuperación y recuperación del paciente.

115.2 Objetivos

Describir aspectos importantes a tener en cuenta en cuanto a las lesiones musculoesqueléticas en celadores, resaltando los factores de riesgo y medidas preventivas.

115.3 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.

115.4 Resultados

Estos problemas del sistema musculoesquelético del personal celador se relacionan en gran medida con levantamientos incorrectos, posturas incorrectas al mover al paciente, como levantar, mover o trasladar, así como la presencia de equipos y movimientos del paciente insuficientes o inadecuados.

Para evitar estos problemas se realizó un estudio ergonómico del trabajo de los celadores para poder concluir si estos trastornos del sistema musculoesquelético mencionados por los trabajadores eran causados por la movilización del paciente y posturas incorrectas a lo largo de la jornada laboral.

La Asociación Española de Ergonomía define la ergonomía como "el conocimiento interdisciplinar utilizado para adaptar productos, sistemas y entornos artificiales a las necesidades, limitaciones y características de los usuarios y optimizar la eficiencia, la seguridad y el bienestar". También establece que su objetivo principal es adaptar el trabajo a las habilidades y capacidades humanas.

Los factores que aumentan el riesgo de lesiones musculoesqueléticas durante las tareas de movilización de pacientes incluyen:

{= Número y características de los pacientes a movilizar: Esto dependerá del número de pacientes a movilizar y si tienen habilidades motoras, ya que esto también determinará el tipo de movilización que se puede requerir.

{= Postura y fuerzas aplicadas: la masa corporal de la mayoría de los pacientes suele estar por encima del límite de control de peso dado que las fuerzas aplicadas durante la tarea de movilización pueden considerarse elevadas.

- El celador debe adaptarse a las circunstancias en las que debe realizar las actividades, así como determinar la postura, como alejar al paciente del cuerpo y/o flexionar el cuerpo que se considere ergonómico inadecuado desde un punto de vista.

{= Equipo de trabajo faltante o inadecuado: Las técnicas de traslado de pacientes realizadas manualmente sin equipo de apoyo, incluso con una técnica postural correcta, siempre aumentan el riesgo de sobrecarga biomecánica. Esto significa que todos los esfuerzos de movilización y por lo tanto el peso del paciente deben ser soportados por el celador. Las fuerzas de presión que se producen a nivel de la columna solo pueden

reducirse con la ayuda de ayudas.

{= Problemas de espacio en las áreas de actividad de los pacientes: la falta de un área de trabajo o una funcionalidad insuficiente siempre dificulta la realización de las tareas. Este es un aspecto esencial para determinar la posición que toma el celador durante la movilización, lo que incluso puede generar otros riesgos de accidentes además de la sobrecarga (por ejemplo, patadas y caídas).

{= Falta de formación especializada para realizar correctamente estas tareas: Los celadores que realizan la movilización deben estar capacitados para realizar las mismas tareas, que son esenciales no solo para la seguridad y salud de los empleados sino también para los pacientes.

En cuanto a la prevención de lesiones musculoesqueléticas entre los profesionales de la salud, es muy importante que este colectivo tome varias precauciones a la hora de movilizar a los pacientes, como por ejemplo:

{= Enseñar a los celadores técnicas de seguridad física para el manejo de pacientes y carga.

- Realizar una técnica de levantamiento adecuada basada en mantener la espalda recta y usar las piernas para obtener fuerza.

{= Utilizar ayudas mecánicas como grúas, mesas de transferencia, plataformas giratorias, etc. Y si es necesario, pide ayuda a un compañero.

{= Realizar ejercicios de fortalecimiento muscular de las extremidades y del cuerpo, y aproveche las pausas para relajar los músculos más tensos.

115.5 Discusión

El celador es el profesional más vulnerable a las enfermedades musculoesqueléticas en el hospital, ya que una de sus principales tareas es la movilización y manipulación de pacientes.

Para evaluar correctamente el riesgo de un celador, es importante considerar varios factores, incluido el número de movilizaciones que debe realizar durante la jornada laboral, el número de pacientes que no cooperan, el papel del trabajador en la prevención, las ayudas para la movilización y la capacitación en salud ocupacional recibida. Todos estos factores de una forma u otra repercuten negativamente en la salud de los celadores y en el desempeño de sus funciones.

La prevención, la formación y la información de los celadores son fundamentales para evitar perjuicios a este colectivo. Para evitar riesgos, la prevención cobra mayor impor-

tancia. El ajetreo y la carga de trabajo a menudo hacen que el celador quiera hacer todo lo más rápido posible e ignorar el posible daño a la salud.

Una lesión o daño a un celador en un hospital afectará no solo su salud, sino también la forma en que trabaja y brinda asistencia a quienes lo necesitan, ya que la calidad de la tarea prestada no se verá suficientemente afectada después de la lesión.

115.6 Bibliografía

1. Polanco Serna, M. (2014). Análisis ergonómico del puesto de trabajo de celador en la unidad de medicina interna del Hospital Río Hortega de Valladolid.
2. Ocronos, R. (2021, diciembre 22). La prevención de lesiones en la movilización del paciente. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/prevencion-lesiones-movilizacion-pacientes/>

Capítulo 116

116 PROYECCIONES RADIOLÓGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA FRACTURA DEL AHORCADO

LAURA FERNÁNDEZ ALONSO

YOLANDA DOMINGUEZ MARTINEZ

116.1 Introducción

El término fractura del ahorcado o "hangman's fracture" hace referencia a la fractura de la segunda vértebra cervical o axis. Esta fractura abarca los pedículos de C2, con subluxación de C2 o C3, o sin ella.

Se conocen en el axis dos tipos de lesiones que tiene una igual apariencia radiológica, de las cuales la más frecuente de ellas es la espondilolistesis traumática del axis. Que consiste en fractura del arco natural de C2, normalmente se produce una fractura bilateral de los pedículos de C2 que produce la separación del cuerpo de C2 de sus elementos posteriores, con diversos grados de lesión del complejo discoligamentario entre C2 y C3.

La causa más común de estas fracturas son accidentes de tráfico, seguido de caídas y accidentes deportivos.

La causa más común de estas fracturas son accidentes de tráfico, seguido de caídas y accidentes deportivos.



116.2 Objetivos

Describir la fractura del ahorcado, la anatomía de la C2 o axis, los tipos que hay y su diagnóstico.

116.3 Metodología

Realización de una revisión bibliográfica con resultados en diferentes páginas web, libros y trabajos científicos relacionados con el tema escogido para llevar a cabo este trabajo; proyecciones radiológicas para el diagnóstico de la fractura del ahorcado. He utilizado bases de datos como Google. Criterios de inclusión: textos que estuvieran en castellano y posteriores al año 2000 relacionados con la temática de estudio.

Palabras clave: fractura C2, fractura del ahorcado, hangman´s fracture.

116.4 Resultados

ANATOMIA DEL AXIS O C2

Es la 2ª vértebra cervical. Se caracteriza por tener un tubérculo grueso implantado en la superficie craneal del cuerpo, de dirección ascendente, llamada apófisis odontoides o diente del axis; la cual se introduce en el agujero de la vértebra del atlas (C1) y hace de eje de rotación de la cabeza.

Cuenta con 2 articulaciones, la articulación occipitoatloidea que permite la flexo-extensión cráneo-cervical, y la articulación atlantoaxoidea que permite fundamentalmente movimientos de rotación.

FRACTURA

Se trata de una fractura bilateral del puente entre las articulaciones de las vértebras C2 y C3 y una subluxación anterior de C2 sobre C3 de estas en la que se conserva la posición del arco posterior; es decir, una espondilolistesis traumática de C2.

En muchas ocasiones, en la medula el daño es inexistente o muy pequeño a pesar de ser una lesión inestable porque el diámetro del canal medular en esta vértebra es amplio. Se puede llegar a producir una descompresión de la zona ampliando el espacio por donde pasa la medula espinal si la fractura afecta al axis por dos sitios.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de esta fractura va acompañado de un estudio radiológico. Generalmente este estudio debe incluir radiografías anteroposterior, lateral y AP transoral. La radiografía lateral es la más útil a que es en la que mejor se verá. Se pueden incluir radiografías oblicuas para descartarse fracturas asociadas en la columna subaxial.

Las proyecciones que deben estar incluidas en el estudio para el diagnóstico de esta

fractura son la AP, lateral y AP transoral.

-PROYECCIÓN AP: paciente de pie o sentado con la espalda en el bucky mural o sobre la mesa en decúbito supino. Paciente con la barbilla elevada hasta colocar una línea imaginaria entre el plano oclusal y la apófisis mastoides, perpendicular al plano.

RC con angulación cefálica de 15-20° entrando a nivel de C4. Si el paciente no puede elevar la barbilla habrá que aumentar la angulación cefálica para evitar la superposición de la mandíbula sobre el raquis cervical.

-PROYECCIÓN LATERAL: paciente sentado o de pie en posición lateral con el hombro junto al bucky mural. El paciente debe estar en una posición en la que eleva ligeramente la barbilla y desciende los hombros.

RC perpendicular a C4, en este caso colocamos el tubo a una distancia de 1,80m. Para pacientes con traumatismos se recomienda utilizar la proyección lateral con rayo horizontal y chasis perpendicular a la mesa.

Se debe observar:

-PROYECCIÓN AP TRANSORAL: colocamos al paciente en decúbito supino. Elevaremos la barbilla hasta colocar una línea imaginaria desde la apófisis mastoides al borde inferior de los incisivos superiores, perpendicular al plano de la mesa. Mantenemos al paciente con la boca abierta lo máximo posible.

RC perpendicular al centro de la boca.

También se debe realizar un TAC cervical con cortes axiales finos y reconstrucción sagital útil para definir el patrón de la fractura completándolo con angioTAC en caso de sospecha de lesión de la arteria vertebral. Además RM cervical y cerebral para descartar hernia discal C2-C3 o isquemia cerebelosa.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

PROYECCIÓN AP

Se debe observar:

- los cuerpos vertebrales de C3 a C7 sin rotación.
- superpuesto la base del cráneo y la mandíbula sobre C1 y C2.
- los espacios discales e interpediculares despejados.
- debe incluirse el área entre la base del cráneo y la 1ª vértebra dorsal.

PROYECCIÓN LATERAL

Se debe observar:

- en posición lateral y sin rotación los cuerpos vertebrales y los elementos posteriores.
- superpuestas entre sí pero sin superponerse sobre ninguna vertebra las ramas ascendentes de la mandíbula.

PROYECCIÓN AP TRANSORAL

Se debe observar:

- a través de la boca abierta el atlas (C1) y el axis (C2).
- superpuesta a la base del cráneo la arcada dentaria superior por encima del nivel de

C1.

-con nitidez la articulación C1-C2 y la odontoides.

La radiografía más útil para el diagnóstico y en la que mejor se verá esta fractura es en la lateral de cervical.

CLASIFICACIÓN

En base a los posibles hallazgos radiológicos que se obtienen se estableció una clasificación.

Dicha clasificación se basa en el estudio radiográfico simple en la posición lateral, para determinar el tratamiento que debe realizarse en función del tipo de fractura. Esta clasificación se conoce con el nombre de "Clasificación de Effendi", ya que fue el que la introdujo aunque posteriormente fue modificada por Edwards y Lewine.

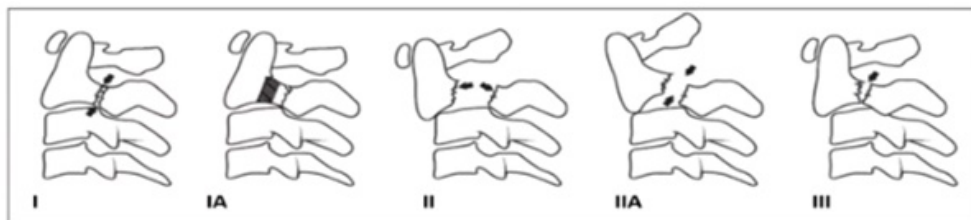
-TIPO I: son lesiones pediculares estables donde el desplazamiento anterior es como máximo de 2-3mm sin angulación o ni siquiera llegan a desplazarse. Se producen por un mecanismo de hiperextensión sin producir daño al disco C2-C3 que permanece intacto.

-TIPO IA: trazo oblicuo a una pars y anterior a la contralateral. La línea de fractura puede llegar a involucrar el foramen transverso en un lado.

-TIPO II: son lesiones inestables, con un desplazamiento anterior mayor a 3mm y/o angulación del cuerpo de C2, donde se produce una lesión en el disco C2-C3 y en ligamento longitudinal posterior. Producido por un mecanismo de hiperextensión y carga axial seguido de una flexión y compresión.

-TIPO IIA: fractura oblicua anterior-inferior a posterior-superior; con una angulación mayor a 10° y poca subluxación, desplazada con compromiso discal.

-TIPO III: son fracturas con angulación y desplazamiento anterior del axis asociado por mecanismo de compresión y flexión lo que produce una luxación facetaria de C2-C3 uni o bilateral producido por una compresión y flexión. Este tipo de fractura se asocia con una alta mortalidad, así como conmoción cerebral y secuelas neurológicas.



116.5 Discusión

Las fracturas del axis son las más comunes del raquis cervical. Su incidencia es de aproximadamente un 26% de todas las lesiones cervicales. Ofrecen un interés especial

por sus características anatómicas, ya que presentan una gran variedad para tratarse de un solo hueso.

Entre todas las lesiones del raquis cervical superior o unión craneoespinal, las lesiones que se producen en la C2 son de particular importancia ya que esta fractura es una lesión grave e inestable, la cual constituye una causa de una alta morbilidad y mortalidad de origen neurológico, pero son potencialmente tratables con éxito y recuperación completa de la estabilidad y la función de ella.

116.6 Bibliografía

-Posiciones radiográficas. Manual de bolsillo. Editorial Elsevier Masson

-<https://espaldaycuello.com/fractura-del-ahorcado/>

-http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932003000100001

-http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=fractura_de_hangman

-<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-fracturas-del-axis-13081205>

Capítulo 117

117 LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO Y LA RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL NO SANITARIO

MARÍA GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ

117.1 Introducción

La Constitución Española de 1978 establece como derecho fundamental de todos los ciudadanos la protección de datos de carácter personal y lo regula en su artículo 18. La Ley Orgánica de Protección de Datos de 5 de diciembre de 2018 y el Reglamento General de Protección de Datos, de aplicación desde el 25 de mayo de 2018 establecen una amplia regulación de los datos de carácter personal y de su tratamiento por terceras personas, estableciendo los supuestos en los que será necesario el consentimiento del titular para el tratamiento de los mismos.

Cuando el paciente acude a recibir asistencia sanitaria a un hospital o centro de salud, bien sea para una consulta, tratamiento o intervención, aporta unos datos que no son solo personales, sino que se trata de datos relativos a su salud, forman parte de su ámbito más íntimo y privado, estos datos se facilitan además en un entorno en el que el manejo de los mismos implica la actuación de muchas personas, no solo interviene el personal sanitario como son los facultativos, sino también el personal no sanitario, desde el auxiliar administrativo que le toma los datos hasta el celador que traslada al paciente acompañado de su historia clínica.

117.2 Objetivos

- Describir los conceptos fundamentales en relación con la protección de datos para el personal no sanitario.

117.3 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. Palabras clave utilizadas: "Protección de datos", "Personal no sanitario" y "ámbito sanitario".

117.4 Resultados

Los datos relativos a la salud de una persona son datos especialmente protegidos, por lo que todos los centros sanitarios tienen la obligación de informar al paciente sobre el tratamiento que va a dar a estos datos, es el deber de información al paciente que contempla la Ley de Protección de Datos.

Debe informar al paciente quien es el responsable del tratamiento de sus datos, cual es la finalidad del tratamiento de esos datos e indicarle que tiene derecho de acceso, rectificación, y supresión de los mismos. Los datos recabados deben ser veraces, y en el caso de los procesos asistenciales, todos los pacientes tienen derecho a que quede constancia de la información recabada, bien por escrito o bien en el soporte técnico más adecuado. Y ese soporte es la historia clínica, documento público que recoge tanto los datos personales como los datos relativos a los procesos asistenciales a los que el paciente se somete, contiene datos relativos a su salud física, mental, tratamientos, accidentes, consultas médicas o intervenciones, en conclusión, datos especialmente protegidos, por lo que debe restringirse su acceso y limitarse su consulta a motivos profesionales.

Todo el personal sanitario y no sanitario que tenga acceso a estos datos está sometido en el recabo y tratamiento de los mismos al deber de confidencialidad, no pudiendo compartir estos datos con personas ajenas a los procesos asistenciales, salvo que exista una causa lícita, y deberán adoptar las medidas necesarias para conseguir cumplir con este deber de confidencialidad.

El uso de estos datos relativos a la salud requerirá siempre que el paciente preste su consentimiento, y que lo haga de forma escrita, ningún organismo, entidad o profesional sanitario o no sanitario podrá hacer uso de los datos relativos a la salud de una persona si ésta no presta su consentimiento de forma expresa.

117.5 Discusión

El derecho a la protección de datos personales deriva directamente del derecho fundamental a la intimidad, art.18.4 de la Constitución Española, el que establece que la ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos.

Todo sistema constitucional debe proteger la libertad siempre y cuando no afecte a terceros. La protección de datos personales confronta estas libertades y derechos, como la libertad de expresión, el derecho a la información, el derecho de acceso a la información pública, el derecho a la vida privada o el derecho a la intimidad.

Este último se ha visto en peligro debido al avance tecnológico, por eso era necesario crear leyes y políticas que protegieran la información personal.

117.6 Bibliografía

1. Constitución Española de 1978.
2. Europea. Comisión Europea [Internet]. [Citado 7 Dic 2021]. Recuperado a partir de: https://ec.europa.eu/info/law/law-topic/data-protection/eu-data-protectionrules_es.
3. Guía para pacientes y usuarios de la sanidad. Agencia Española de Protección de Datos.
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Servicios al ciudadano. Protección de Datos Personales-Protección en el ámbito sanitario.

Capítulo 118

118 EL CELADOR Y LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

DUNIA AMAR BUMEDIEN

NISSRINE BOUAZBIB ASBAI

KARIMA BELAID ABDEL-LAH

118.1 Introducción

El soporte vital básico se define como un conjunto de factores que trabajan para identificar la situación clínica sin proporcionar soporte mecánico. Los factores en este grupo incluyen insuficiencia cardíaca, posición supina y obstrucción por cuerpo extraño. El paro cardíaco y respiratorio se define como momentos durante los cuales es probable que los procesos circulatorios y respiratorios naturales ocurran de forma repentina e inesperada.

El paro respiratorio es cuando el paciente deja de respirar a pesar de que la frecuencia cardíaca continúa durante varios minutos. En general, las causas más comunes de paro respiratorio son los trastornos del sistema nervioso central, el envenenamiento y la obstrucción por cuerpo extraño.

El paro cardíaco es una condición en la que todos los órganos del cuerpo se ven privados o privados de oxígeno, lo que provoca el cese de la circulación y la respiración.

El paro cardíaco puede identificarse con precisión mediante electrocardiografía como asistolia, fibrilación ventricular, taquicardia ventricular sin pulso y disección electromiográfica. Ante un paro, se debe asegurar que la persona esté inconsciente, sin respiración (apnea), y sin pulso en las arterias carótida y femoral. Se debe realizar RCP (reanimación cardiopulmonar) si hay falta de aire o dificultad para respirar.

118.2 Objetivos

Dar a conocer la actuación del celador ante una situación de soporte vital básico.

118.3 Metodología

Para la elaboración de la presente comunicación, 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.

118.4 Resultados

A continuación de revisar la bibliografía científica se obtuvo los siguientes resultados para el objetivo propuesto:

La cadena de supervivencia tiene una serie de etapas cuya finalidad es optimizar las graves secuelas que puede dejar el paro cardíaco primario, como en el caso de la asfixia. Estos pasos efectuados de manera rápida pueden salvar la vida de alguien. A continuación, se muestran los pasos a seguir:

1. Identificación temprana y solicitar ayuda lo antes posible. Lo primero que se debe realizar ante este tipo de situaciones desesperadas es reconocer que la persona con paro cardíaco no está respirando. Normalmente si la persona no responde a nuestras llamadas, lo más urgente es llamar a los servicios de emergencias. Cuando se ha realizado la llamada, a continuación, se iniciará la maniobra de RCP hasta que lleguen los servicios de emergencias.
2. Maniobra de RCP. Se realiza mediante compresiones en la zona del tórax.
3. Uso del desfibrilador. Si la persona que realiza la RCP se encuentra en una zona donde pueda haber un desfibrilador y se encuentra capacitado para hacer uso de él, debe usarlo para aumentar la tasa de supervivencia. Esto se realizará durante los primeros 3-5 minutos para reiniciar el corazón.
4. Soporte vital avanzado. Se realiza cuando acude a las instalaciones sanitarias por un personal capacitado.

La RCP implica la manipulación de la frente y la mandíbula (frente-mentón). Esto mantiene las vías osmóticas y favorece la circulación del cuerpo gracias al masaje instructivo del corazón. Durante el paro circulatorio, se ejecutan las reglas ABC para evaluar al paciente: A: Vía Aérea (Airway); B: Ventilación (Breathing); C: Circulación (Circulation).

118.5 Discusión

Como se ha descrito en este capítulo, conocer estas técnicas es esencial para salvar vidas cuando sea necesario. Ejecutar una secuencia de supervivencia puede prevenir un paro cardíaco, ahorrar tiempo, usar un desfibrilador para volver a iniciar el corazón y transportar al paciente a un centro de urgencias donde lo puedan atender rápidamente y poder rehabilitar de vida de esa persona.

La reanimación cardiopulmonar es muy sencilla y hoy en día se puede aprender en cualquier momento. Los celadores deben tener conocimiento de esta técnica, ya que en cualquier momento pueden topar con una situación igual.

118.6 Bibliografía

Eoup2you. (2016, agosto 5). Soporte Vital Básico (SVB). Neosalus. <https://neosalus.com/soporte-vital-basico-svb/>

Soporte vital básico—Heart. (2021, octubre 20). <https://international.heart.org/es/our-courses/soporte-vital-basico/>

Capítulo 119

119 EL CELADOR Y SU CONOCIMIENTO DE LAS ÁREAS DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS SANITARIAS

NISSRINE BOUAZBIB ASBAI

KARIMA BELAID ABDEL-LAH

DUNIA AMAR BUMEDIEN

119.1 Introducción

El concepto de situación de emergencia: situación en la que una persona que necesita atención médica está en peligro y no en peligro. Ante esta situación, el paciente cree que necesita ayuda oportuna, pero en realidad, dependiendo de su nivel, será atendido. Ejemplo: dolor de estómago, tobillo roto.

El concepto de emergencia: una situación en la que la vida del paciente está seriamente amenazada, es decir, puede tener consecuencias irreversibles. Ejemplo: infarto, ictus.

El concepto de un sistema integral de primeros auxilios: relaciones definidas por la sociedad que brindan soluciones adecuadas a los pacientes en estado crítico, desde el estado de enfermedad hasta el estado de reinserción social.

Componentes de un sistema de emergencia integrado:

- Centro de Coordinación de Emergencias: Es un centro de atención integral que recoge todas las solicitudes de salud ya sean agudas o urgentes. Y clasificados según la secuencia de ir al baño.
- Localizaciones de atención a las urgencias: reúnen todas las características de un servicio de 24 horas los 365 días del año.
- Equipo de emergencia (terrestre y aéreo): brinda asistencia médica en varias ciudades y zonas aledañas. Son los encargados de transportar a los pacientes críticos atendidos en el puesto de primeros auxilios.

119.2 Objetivos

Conocer el plan de urgencias y emergencias en los hospitales o ciudades. Diferencias los distintos niveles de urgencias.

Desglosar los componentes del sistema de emergencias.

119.3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica en la que se han consultado fuentes para su realización. Se han incluido criterios de inclusión y de exclusión en los que la fecha de publicación se comprende entre los años 2019 y 2022. Además se han utilizado filtros de idiomas tanto en inglés como en español.

119.4 Resultados

En cuanto a los resultados se obtuvo los siguientes resultados:

Objetivo 1: Conocer situaciones de emergencia y planes de emergencia en un hospital o ciudad.

En respuesta a este objetivo, se han revisado fuentes bibliográficas: se elaboró un plan de contingencia para la derivación de pacientes a los servicios de cuidados críticos y urgencias. Por ello, se da el concepto de red de transporte sanitario, refiriéndose de forma autónoma a sus procedimientos y la gestión de emergencias sanitarias.

Este plan está formado por 5 elementos, de los cuales tenemos:

1. CCU: Centros Coordinados de Urgencias y emergencias
2. DCCU: Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias
3. EE: Equipos de Emergencias (vía terrestre y vía aérea)
4. SCCU: Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias
5. PTSU: Plan de transporte Sanitario Urgente

A fin de este plan, es obtener un aumento en la calidad de los servicios de urgencias, aumentar la eficiencia y productividad de todos los pacientes. Esto se logra mediante la colaboración entre todo el equipo interdisciplinario y el paciente.

Objetivo 2: diferencias los distintos niveles de urgencias.

En el triaje de urgencias de todos los hospitales se diferencian por niveles, entre los que encontramos:

- Nivel 1: Resalta el dolor rojo, e indica un riesgo vital, es decir, el tiempo de espera es de 0 minutos, ya que la atención es inmediata.
- Nivel 2: resalta en color naranja, se trata de una situación muy urgente, el tiempo de espera mínimo es de menos de 10 minutos.
- Nivel 3: resalta en color amarillo, se trata de una situación urgente, en la que el tiempo de espera no supera los 60 minutos de reloj.
- Nivel 4: resalta en color verde, es una situación normal en la que el paciente no corre

peligro de vida y su tiempo de espera es de 2 horas como mínimo.

- Nivel 5: resalta en color azul y no es urgente. Puede esperar incluso horas en la sala de espera.

Con esta valoración y este indicativo de niveles se consigue que haya una agilización en todas las urgencias de los hospitales. Para que no haya un cúmulo de personas con graves incidentes sin ser atendidas.

Objetivo 3: Desglosar los componentes del sistema de emergencias.

Los elementos del sistema de emergencia se desglosan de la siguiente manera:

1. Centros de coordinación de urgencias y emergencias: están comprendidos con todos los recursos humanos de los pacientes, para utilizarlos de manera correcta en cada situación.
2. Dispositivos de cuidados críticos y urgencias. Se va a llevar a cabo un protocolo de funcionamiento correcto, seguido de una dotación y calificación para que el servicio sea el adecuado y efectivo. Siempre se dará la atención con una buena calidad.
3. Equipos de emergencias: estos grupos están repartidos por toda una ciudad, ya sea tanto en tierra como en aire, están formados por un equipo multidisciplinar que incluye médicos, enfermeros y técnico en emergencias.

119.5 Discusión

El servicio de urgencias y emergencias, a veces puede ser complicado cuando no hay un buen funcionamiento y orden. Por ello se han creado dispositivos estandarizados, y una serie de criterios basados en la atención básica del paciente siguiendo unos niveles de urgencias de clasificación.

Los elementos del sistema sanitario de emergencias estará comprendido por un equipo multidisciplinar que afronte las emergencias sucedidas en cualquier punto de la ciudad. A eso se le acompaña una serie de criterios de cuáles destacan:

- Personal de médicos técnicos
- Almacenamiento de materiales de asistencia a pacientes críticos
- Control de calidad
- Protocolos de asistencia al paciente

119.6 Bibliografía

Manual de Protocolos Asistenciales | Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. EPES

- 061. (s. f.). Disponible en: <http://www.epes.es/?publicacion=manual-de-protocolos-asistenciales>

¿Qué es una urgencia sanitaria y cómo se gestiona? (2021, julio 27). IFSES. <https://ifses.es/urgencia-sanitaria/>

Capítulo 120

120 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: PROCESADORES DE TEXTO Y ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

VICTOR MANUEL MENÉNDEZ FUENTES

120.1 Introducción

En este caso vamos a hablar de la elaboración de documentos en el ámbito sanitario, que incluyen la información relativa al estado de salud del individuo o información relacionada con los procesos asistenciales de los pacientes, altamente sensible y privada.

Al trabajar con documentos que contienen información importante, es recomendable seguir una serie de protocolos de seguridad para evitar el robo o la manipulación de la información.

Debemos de tener un especial cuidado con quién o quiénes se comparten los documentos. Si es necesario, se pueden otorgar permisos para que solo pueda modificar el documento el creador.

120.2 Objetivos

Conocer como auxiliar administrativo conocer cómo se elaboran los documentos.

120.3 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.

120.4 Resultados

La elaboración de documentos tales como manuales, partes de incidencias, formularios o memorias de proyectos son los ejemplos más usuales para los que se utilizan los procesadores de texto.

El protocolo de actuación que nosotros proponemos es:

1. Empezamos por configurar los estilos de los títulos y subtítulos que vamos a utilizar,

para así, en un futuro, facilitarnos el trabajo.

2. A continuación, si es una tarea que vamos a repetir diariamente, como puede ser un formulario, debemos crear una plantilla, y así nos aseguramos de que no se va a cambiar su formato tan fácilmente.

3. En caso de ser una memoria o un manual, empezaríamos a escribir dejando para lo último las imágenes o las configuraciones de tablas, si es que deseamos organizar alguna información con ellas.

Una vez visto el protocolo de actuación, vamos a identificar las características de los diversos tipos de documentos. En cuanto al manual, desglosamos las siguientes:

- Debe estar escrito en un lenguaje adecuado al público objetivo.
- Debe hacer referencia a la puesta en marcha de la aplicación, las configuraciones adicionales, las instrucciones para acciones específicas y las recomendaciones para la seguridad.
- Tiene una estructura compuesta por: portada, referencias a los derechos de autor, una introducción opcional, la página de índice, el contenido, una sección final que incluya la solución a problemas, una sección de preguntas frecuentes, bibliografía y glosario.

Con respecto al comunicado de incidencia, distinguimos las siguientes características:

- Debe estar escrito en un lenguaje claro y detallado. Hay que entender que este documento lo pueden leer otras personas, por lo que redactar unas indicaciones complicadas de entender sobre la resolución de una incidencia podría entorpecer más la tarea.
- Debe contener la máxima información posible, incluyendo, por ejemplo, las características del equipo que se ha reparado o quién ha llevado a cabo la reparación.

120.5 Discusión

Como auxiliares administrativos que trabajan en el ámbito de la sanidad somos los profesionales encargados no solo del tratamiento y clasificación de los documentos que nos llegan relativos a los procesos asistenciales de los pacientes sino también de la elaboración de ciertos documentos.

Por ello he creído conveniente realizar esta revisión donde indico como elaborar algunos de los principales documentos utilizados en el ámbito hospitalario.

Hemos visto cuál es su estructura básica, de que elementos o apartados debe constar, el estilo, lenguaje, organización, información básica que debe incluir, etc.

120.6 Bibliografía

1- elaboración de documentos - <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-manual-elaboracion-documentos-basados-evidencia-S1134282X12001297>

2- archivo y documentación sanitarios - <https://ediciones.grupoaran.com/upload/books/muestras/libros/>

3- guía para pacientes y usuarios de la sanidad - <https://www.aepd.es/es/media/guias/guia-pacientes-usuarios-sanidad.pdf>

4- guía para elaboración de documentos - <https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/2632-guia-elaboracion-documentos-docentes.pdf>

Capítulo 121

121 ESTUDIO POR IMAGEN DE LOS HUESOS ACCESORIOS DEL TARSO

YOLANDA DOMINGUEZ MARTINEZ

LAURA FERNÁNDEZ ALONSO

121.1 Introducción

La mayoría de los huesos que forman parte del esqueleto humano son huesos que aparecen en todos los individuos por igual. Sin embargo, hay un pequeño conjunto de huesos, los llamados huesos supernumerarios, que no aparecen de forma fija en todos los individuos, por lo que también se les nombran huesos inconstantes.

El tarso se ubica en el retro-pie y está formado por siete huesos cortos agrupados en dos filas:

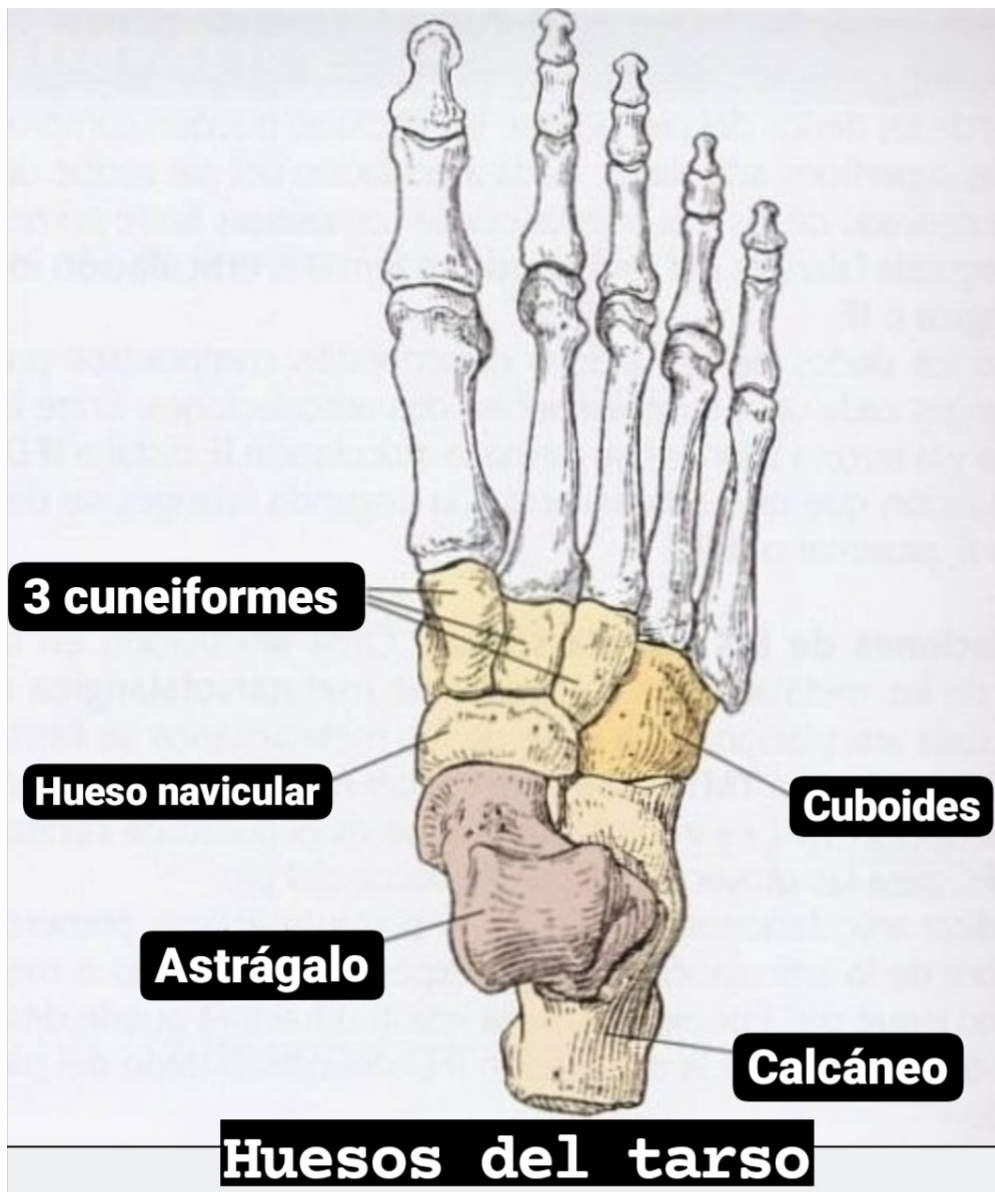
1. FILA ANTERIOR:

Está formada por el navicular o escafoides, cuboides y tres cuñas (medial, intermedia y lateral).

2. FILA POSTERIOR:

Está Formada por el astrágalo y el calcáneo.

Los huesos del tarso se articulan entre sí formando una estructura osteoarticular compleja que soportan el peso de todo el cuerpo.



121.2 Objetivos

Estudiar a través de la imagen radiológica los diferentes huesos supernumerarios del pie.

121.3 Metodología

Basada en la búsqueda de diferentes bases de datos y en la propia experiencia laboral, según los protocolos de los servicios de radiodiagnóstico de diferentes hospitales. Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos, con el objetivo de describir las proyecciones radiográficas más utilizadas en el estudio diagnóstico para el hallazgo de huesos accesorios del pie.

121.4 Resultados

Los huesos accesorios más frecuentes en el tarso son los siguientes:

OS TRIGONUM:

Se localiza detrás del hueso del tobillo (astrágalo).

OS PERONEUM:

En el tendón del músculo fibular largo (TFL) en la zona del túnel cuboide.

PROCESO DE STIEDA:

Sucede en personas que tienen un hueso accesorio en el astrágalo.

OS NAVICULAR:

Se encuentra justo encima del arco medial del pie.

Para poder diagnosticar e identificar los huesos accesorios del tarso, se realiza un estudio radiológico con las siguientes proyecciones:

ANTEROPOSTERIOR DE PIE (proyección dorso plantar):

Las estructuras que se muestran son los huesos del tarso, metatarsianos y falanges.

Esta proyección se utiliza para localizar cuerpos extraños, localizar fragmentos en fracturas metatarsianas y de los huesos anteriores del tarso, y para evaluaciones de los huesos del pie.

OBLICUA DE PIE:

Se muestran los espacios entre el cuboides y calcáneo, cuboides y cuarto y quinto metatarsiano, cuboides y cuña lateral, y astrágalo y el navicular.

El cuboides se ve de perfil.

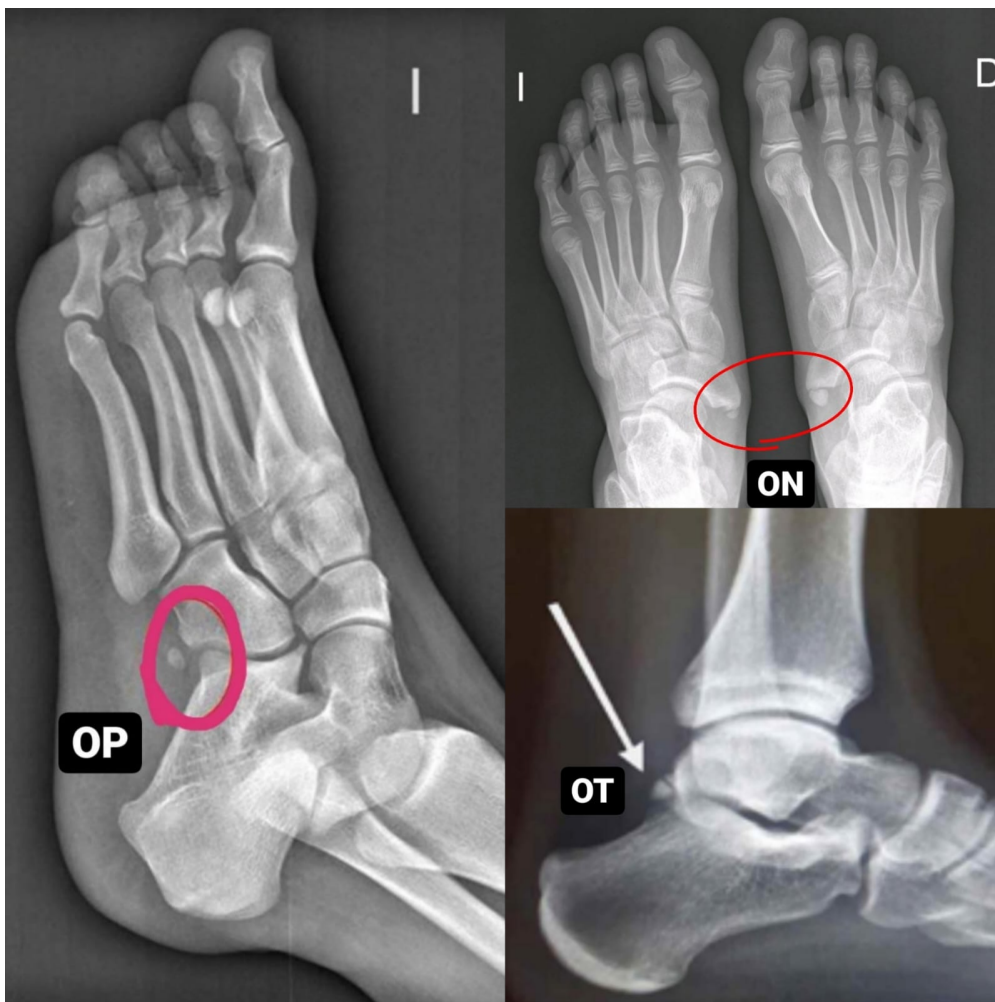
El seno del tarso también se puede mostrar bien.

ANTEROPOSTERIOR DE TOBILLO:

Se muestra el tercio distal de la tibia y peroné, parte proximal del astrágalo y metatarsianos.

LATERAL DE TOBILLO:

Se muestra una proyección lateral verdadera del tercio distal de la tibia y peroné con proyección lateral de los tarsianos incluyendo la base del quinto metatarsiano.



121.5 Discusión

Los huesos accesorios son hallazgos muy comunes e incidentales en las radiografías del tobillo y pie.

Suelen ser asintomáticos, pero en ocasiones se pueden asociar a dolor, fracturas dolorosas, cambios degenerativos. . .

Para completar el estudio radiológico, será necesario realizar otros exámenes adicionales como la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética para diferenciar entre variantes normales y fracturas de dichos huesos accesorios.

La resonancia magnética es muy útil en la detección de edema óseo y de tejidos blandos en casos con síntomas.

Con La TAC se evalúa cambios degenerativos y diferencia fracturas de avulsiones post-traumáticas.

121.6 Bibliografía

1.Nolla de León MS, Rivero M. Presencia de huesos accesorios del tarso. Variantes

anatómicas normales con potencialidad patológica. An Fac Med [Internet]. 2021 [citado el 3 de noviembre de 2022];8(2). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2301-12542021000201401&script=sci_arttext.

2. Bontranger, Posiciones Radiológicas y Correlación Anatómica, 5ª edición. Ed. Médica Panamerica.

3. Merrill. Atlas de posiciones radiográficas y procedimientos radiológicos. Undécima edición. Eugene D. Frank. Bruce W. Long. Bárbara J. Smith.

Capítulo 122

122 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA LIMPIEZA DE INCUBADORAS

ENRIQUE REY GONZALEZ

122.1 Introducción

Dentro de los destinos laborales donde un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede ejercer sus funciones dentro de un centro hospitalario es la zona de neonatos.

Hay diversas complicaciones en los partos de recién nacidos que requieren que ese bebé recién nacido pase un tiempo en la incubadora.

Existen dos tipos de incubadoras, unas para recién nacidos que necesiten cuidados intensivos, y otras para los que necesitan estar en la incubadora, pero no con cuidados tan intensivos (como puede ser la respiración asistida).

Es necesario que como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería trabajador del área de neonatos de un centro hospitalario diferencie el tipo de cuidadora, cómo es su manejo, cómo se realiza su limpieza y diferenciar los distintos dispositivos de los que están formadas las incubadoras.

122.2 Objetivos

Conocer cuál es el procedimiento para el buen mantenimiento de las incubadoras por parte del personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

122.3 Metodología

Para la realización de este estudio se han consultado en diferentes bases de datos como es Scielo y Pubmed y Google Académico buscando palabras claves como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, incubadora, limpieza de incubadora, funcionamiento de incubadora, higiene incubadora, higiene neonato.

122.4 Resultados

Después de realizar la revisión de los artículos de las bases de datos encontradas se observa que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es el personal que se encarga de la limpieza de las incubadoras en el área de neonatos de un centro hospitalario.

La finalidad de una incubadora es proporcionar al recién nacido un clima lo más parecido al vientre de la madre, por lo que la temperatura y la humedad debe ser la correcta para mantener al recién nacido dentro de un equilibrio necesario para su buen desarrollo.

Cada incubadora debe de tener un manual al alcance de los trabajadores del área de neonatos del centro hospitalario que puedan consultar ante cualquier duda.

Para realizar la limpieza, primero se ha de desconectar la incubadora y dejarla enfriar, teniendo especial cuidado con partes de la incubadora que pueden tardar más en enfriar debido a los materiales de los que estén fabricados.

Seguidamente se quitan todos los accesorios y los depósitos de agua, que favorecen la proliferación de bacterias.

Posteriormente se desconectan todos los tubos flexibles que están conectados a la incubadora.

En este punto se pasa a abrir las ventanas laterales de la incubadora, las que tienen acceso manual al bebé que está dentro de la incubadora y se retirarán esos orificios.

Retiramos el colchón de plástico y las sábanas de la incubadora que hace de cama al bebé. Este normalmente se envía a la lavandería del centro hospitalario para su limpieza y desinfección.

Por último se ha de desinfectar la incubadora para poder ser usado por posteriores pacientes. Esto se debe realizar con productos que no sean perjudiciales para los bebés que necesiten utilizar las incubadoras.

Existen varios desinfectantes que se pueden utilizar, los más habituales son los alcoholes, los aldehídos y los ácidos orgánicos.

122.5 Discusión

El personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería trabajador de un centro hospitalario trabajador del área de neonatos debe tener en cuenta que va a trabajar con unos de los pacientes más vulnerables con los que puede trabajar.

Estos deben de necesitar pasar por la incubadora normalmente porque aún no tienen el nivel de desarrollo necesario para supervivir fuera del vientre de la madre.

El personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe conocer el funcionamiento de las incubadoras que existen en el área en el que trabaja y saber donde se encuentran los manuales de funcionamiento de ellas.

122.6 Bibliografía

www.scielo.org

[www.chospab.es/manejo incubadora](http://www.chospab.es/manejo%20incubadora)

Capítulo 123

123 ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR ANTE PRIMEROS AUXILIOS

SORAYA DRIS MOHAMED

DINA DRIS MOHAMED

MARÍA SOLEDAD CARRASCO HABAL

123.1 Introducción

Los primeros auxilios se pueden definir como una serie de acciones y técnicas que dan atención inmediata a la víctima hasta que recibe ayuda médica profesional, antes de que la lesión empeore. De esta cirugía dependerá el curso de la lesión. Los principios básicos de funcionamiento son:

Los primeros auxilios se pueden definir como una serie de acciones y técnicas que dan atención inmediata a la víctima hasta que recibe ayuda médica profesional, antes de que la lesión empeore. De esta cirugía dependerá el curso de la lesión. Los principios básicos de funcionamiento son:

- Examinar minuciosamente a la víctima: valoración primaria y secundaria.
- Tener especial cuidado al manipular a una persona lesionada: no se mueva hasta que la persona lesionada esté estabilizada.
- Calmar a la víctima.
- Colocarlo en un lugar seguro si es necesario (inconsciente).
- Consultar a un médico lo antes posible.
- No se permite el comportamiento excitante y disruptivo.
- No alimentar al paciente ni dar de beber.

Los celadores son responsables de muchas funciones en una variedad de entornos de atención médica, incluido el transporte de pacientes, la documentación, las pruebas, el almacenamiento, la movilización de pacientes, el control y la monitorización...

Este grupo de personal no se considera personal sanitario en un centro de tratamiento, pero debe comprender las emergencias básicas. Los primeros auxilios son ayuda que puede ser en caso de accidente (por ejemplo, accidente automovilístico, vuelco, etc.) o enfermedad repentina (por ejemplo, infarto, ictus, etc.) Cualquiera puede darlos desde el principio en cualquier situación.

123.2 Objetivos

Dar a conocer la actuación del celador ante los primeros auxilios.

123.3 Metodología

La realización de este trabajo se basó en una búsqueda y revisión bibliográfica de artículos de base científica relacionadas con el tema principal. Las bases de datos utilizadas fueron Google Académico, Scielo. Se han utilizado filtros de búsqueda: año de publicación, idioma y acceso gratuito de los artículos seleccionados.

123.4 Resultados

Los celadores son responsables de muchas funciones en una variedad de entornos de atención médica. Para ello, deben aprender:

- Identificar los diferentes tipos de heridas y los posibles estadios de cicatrización.
- Métodos para determinar el estado de sangrado y la hemostasia.
- Tomar signos vitales.
- Reconocer diferentes cambios en los niveles de conciencia. Determinar qué tipo de fractura puede tener el paciente.
- Evaluar el tipo de combustión.

Si se atraganta, realice RCP como boca a boca, cubra la quemadura con una manta o abrigo, rocíe o aplique un ungüento sobre el hematoma, limpie la herida si es una fractura abierta y acueste al paciente de lado si se presentan convulsiones y así evitar que el paciente se muerda la lengua.

Para ello, deben aprender:

- Identificar los diferentes tipos de heridas y los posibles estadios de cicatrización.
- Métodos para determinar el estado de sangrado y la hemostasia.
- Tomar signos vitales.
- Reconocer diferentes cambios en los niveles de conciencia. Determinar qué tipo de fractura puede tener el paciente.
- Evaluar el tipo de combustión.

Si se atraganta, realice RCP como boca a boca, cubra la quemadura con una manta

o abrigo, rocíe o aplique un ungüento sobre el hematoma, limpie la herida si es una fractura abierta y acueste al paciente de lado si se presentan convulsiones y así evitar que el paciente se muerda la lengua.

123.5 Discusión

Según varias leyes en España, todo el mundo tiene la obligación legal de participar. El artículo 15 de la Constitución Española establece: "El derecho a la vida, a la salud ya la integridad corporal es un deber que todos tenemos el deber de proteger". Por tanto, la obligación de prepararse para las medidas básicas de primeros auxilios debe incluir a todas las personas, estén donde estén.

Esta formación básica puede salvar muchas vidas y prevenir enfermedades. Los celadores deben comprender y saber cómo manejar todas estas situaciones para minimizar su gravedad hasta que lleguen o lleguen al hospital.

123.6 Bibliografía

Funciones del Celador en las distintas Áreas o Servicios—Celadores.org. (s. f.). Recuperado 17 de septiembre de 2022, de http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm

Capítulo 124

124 PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DEL USO DE OPIOIDES

MARTA DEL ROSAL LÓPEZ

124.1 Introducción

Actualmente, el ritmo de vida, el aumento de la esperanza de vida y la alimentación, hacen que el dolor crónico sea una de las principales afecciones de la población. El dolor crónico representa una de las 5 enfermedades que padece la población según el Ministerio de Sanidad, y una de las principales causas de visita de pacientes a atención primaria.

El aumento del uso de opioides para paliar la sintomatología de los pacientes que padecen dolor crónico, ha incrementado notablemente el uso de opioides, poniendo de manifiesto de una manera más fiable, debido al número de casos estudiados, los principales adversos del uso de opioides.

124.2 Objetivos

- Detectar los principales efectos adversos derivados del uso de opioides.

124.3 Metodología

Mediante revisión bibliográfica en revistas y publicaciones, con carácter científico y sometidas a revisión, se revisa información sobre los principales efectos adversos del uso de opioides.

De los datos recopilados de esta revisión bibliográfica, se aúnan criterios sobre cuáles son los principales efectos adversos derivados del uso de opioides.

124.4 Resultados

El uso de opioides produce efectos adversos ya tasados, previsibles a los que el profesional sanitario puede adelantarse.

Los efectos adversos principales derivados del uso de opioides son; náuseas y vómitos, somnolencia, prurito y sudoración, miosis, retención urinaria, efectos cardiovasculares, depresión respiratoria, hipogonadismo, inmunosupresión, hiperalgesia, estreñimiento, tolerancia, dependencia y adicción.

El efecto adverso más común es el estreñimiento, este efecto adverso aparece siempre que un paciente es tratado con opioides, no desarrolla tolerancia, este efecto adverso se presenta en un 95% de los pacientes tratados con opioides. Aparece incluso en dosis subanalgésicas y desde el inicio del tratamiento.

El estreñimiento por uso de opioides no se produce como un estreñimiento normal, se produce por cuatro causas; reducción de la motilidad, mayor absorción de líquidos, reducción de las secreciones y por aumento del tono del esfínter anal.

No todos los laxantes son útiles en el tratamiento de estreñimiento por uso de opioides, su efectividad consiste en la prescripción del laxante adecuado según las causas que lo producen.

No todos los opioides se comportan por igual a la hora de producir estreñimiento, el tapentadol y la oxicodona/naloxona son los que menos índice de estreñimiento producen, un estudio comparativo indica que el índice de incidencia de estreñimiento del tapentadol, es un 40% más bajo que en pacientes tratados con oxicodona, y un 53% menor el índice de vómitos.

A largo plazo aparecen efectos adversos como la inmunosupresión, el hipogonadismo y osteoporosis. Principalmente la morfina y el fentanilo. En menor proporción la buprenorfina y el tapentadol.

Especialmente la morfina a largo plazo produce una situación fisiopatológica exactamente igual que el dolor fisiopatológico

124.5 Discusión

El aumento en el número de pacientes en tratamiento con opioides sube la densidad de la muestra social a partir de la cual se sacan los datos con mayor fiabilidad de los principales efectos adversos que produce el uso de opioides en la población.

La mayoría de los efectos adversos son previsibles por lo que el profesional sanitario debe adelantarse a su aparición e informar al paciente de las consecuencias y como minimizarlas.

El principal síntoma es el estreñimiento, y este efecto adverso no presenta tolerancia, aparece desde el principio del tratamiento con opiáceos. Los vómitos son el único efecto adverso que presenta algo de tolerancia, disminuyendo su intensidad durante el tiempo del tratamiento.

No todos los opiáceos actúan por igual, en estreñimiento el tapentadol y la oxicodona/naloxona presentan un índice menor que el resto de opioides. La morfina y fentanilo presentan mayor incidencia a largo plazo de efectos sobre el sistema inmunitario, hipogonadismo y osteoporosis.

Todo esto hace imprescindible un buen estudio del paciente a tratar para prescribir el opioide más adecuado en cada perfil y minimizar así estos efectos adversos.

124.6 Bibliografía

1. Audiveth Mendoza, Y., Dangond LLanos, C. D. C., Cavadia Padilla, M. D. P., & Thomas Gonzalez, S. D. (2021). Eventos adversos relacionados con el uso de opioides a nivel intrahospitalario en dolor agudo y crónico no oncológico en el periodo de 2017 a 2021: Una revisión sistemática.
2. Medina Díaz, L. (2021). Uso y abuso de analgésicos opioides.
3. Selman, N., Aguilera, G., & Maldonado, F. (2022). Analgesia en cirugía de columna: morfina intratecal versus bloqueo del plano del erector espinal. *Boletín de Anestesia*, (3), 1-5.
4. Estévez, D. R., Rodríguez, A. G., Naudin, E. M., & Ferrándiz, M. E. C. (2021). Dispensación de fentanilo y tapentadol en farmacia comunitaria: adherencia farmacoterapéutica en dolor no oncológico. *Farmacéuticos comunitarios*, 13(1), 32-59.

Capítulo 125

125 PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ALMUDENA SUÁREZ FOYEDO

CRISTINA ARNIELLA FEITO

125.1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer, fue descubierta por un neurólogo alemán, llamado Alois Alzheimer, en 1906, baso sus investigaciones en la observación del comportamiento de una mujer de 51 años, ya que denotaba una demencia y un comportamiento extraño, así comenzó sus investigaciones.

Así se llegó a la conclusión, después de estudios y pruebas en más pacientes que acusaban síntomas parecidos, que se trata de una enfermedad degenerativa neuronal que cursa con una demencia incapacitando a la persona poco a poco para el desarrollo de sus capacidades cognitivas y físicas. Suele afectar a las personas mayores, aunque se han documentado casos en personas jóvenes.

La destrucción de la red neuronal y la atrofia cerebral hacen que se produzca un deterioro cognitivo que aparece lentamente, en episodios de despistes o de olvidos que van progresando a medida que progresa dicho deterioro, se establecen una serie de estadios que ayudan a clasificar el grado en el que la enfermedad se detecta o va progresando.

El Alzheimer es la forma más común de demencia, un término general que se aplica a la pérdida de memoria y otras habilidades cognitivas que interfieren con la vida cotidiana.

Se desconoce el motivo del desarrollo de la enfermedad del Alzheimer aunque se sabe que es habitual entre la población de mayor edad.

125.2 Objetivos

- Conocer el papel del trabajador social sobre la importancia de facilitar, mejorar y controlar la asistencia a los enfermos de Alzheimer, para mejorar su calidad de vida.

125.3 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.

125.4 Resultados

Las fases del Alzheimer según sus síntomas son:

1. Primera fase: afecta a la memoria, olvida las cosas al no poder retener la información. Con el tiempo va perdiendo vocabulario y las frases para comunicarse son cada vez más cortas. Algunas personas presentan trastornos en el sueño.
2. Segunda fase: comienza más o menos al 4º año desde el diagnóstico de la enfermedad. Se caracteriza por los errores cometidos al escribir, ya no reconoce a las personas más cercanas de su entorno, están confundidos y desorientados.
3. Tercera fase: en esta etapa las personas empiezan a olvidar hechos pasados y presentes, presentan falta de comprensión y una importante pérdida de peso que les provoca problemas de estreñimiento, dermatológicos y una incontinencia total. Llega un momento que la persona apenas camina.
4. Fase terminal: el paciente termina por perder gran parte de la movilidad y tiene bastantes dificultades para alimentarse. Estos pacientes necesitan muchos cuidados al llegar a la fase terminal de la enfermedad debido al gran deterioro que ocasiona y la carga tanto emocional como asistencial que es asumida por la familia.

Para ello, es preciso establecer un plan de cuidados estándar que intente resolver todas las situaciones a las que se deben enfrentar los cuidadores y mantener en las mejores condiciones al paciente garantizando unos cuidados permanentes desde una perspectiva biopsicosocial.

Para saber si una persona tiene la enfermedad de Alzheimer hay que realizar pruebas específicas, como por ejemplo: un examen físico y mental, análisis de sangre, una detallada evaluación médica y exámenes de diagnóstico por imágenes del cerebro, que incluyan PET y PET/CT de la cabeza, RMN de la cabeza e imágenes por tomografía computarizada de la cabeza.

El diagnóstico final se determinará por la presencia de ciertos síntomas y descartando otras causas de demencia.

125.5 Discusión

Actualmente no hay manera de predecir si una persona va a padecer la enfermedad de Alzheimer. El diagnóstico precoz del Alzheimer puede mejorar la calidad de vida del paciente, pero no va a servir para modificar de manera importante su evolución. Existen datos que indican que el Alzheimer puede aparecer un poco más tarde si se siguen unas pautas sencillas.

Es muy importante identificar los primeros signos del Alzheimer para poder empezar cuanto antes con el tratamiento para ralentizar el avance de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de la persona que la sufre en la medida de lo posible.

Por desgracia el Alzheimer no tiene cura, por lo que solo podremos ralentizar su avance.

125.6 Bibliografía

-<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

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

Capítulo 126

126 EL SEGUIMIENTO TELEFÓNICO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

CRISTINA NIEVES UREÑA

NORA IGLESIAS VALLE

126.1 Introducción

La Cirugía Mayor Ambulatoria se define como los "procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados posoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario" (1). No se incluiría dentro de este concepto los procedimientos médicos que se realizan bajo sedación como las ecoendoscopias, broncoscopias, colonoscopias... tampoco la cirugía de recuperación prolongada o de estancia de una noche, ni la cirugía de corta estancia de 24/72 horas.

Las unidades de CMA son un elemento básico en la Cirugía Mayor Ambulatoria y en situación ideal deberían garantizar el acceso preoperatorio, la intervención quirúrgica, la recuperación posoperatoria y el control posoperatorio en el domicilio.

El desarrollo en los últimos años de la Cirugía Mayor Ambulatoria como método alternativo al tratamiento quirúrgico convencional ha fomentado el autocuidado del paciente en su domicilio, con /sin la asistencia domiciliaria de personal sanitario.

En 1989 Gilbert hizo la primera descripción sobre la función del personal de enfermería de Cirugía Ambulatoria y desde entonces las funciones han cambiado sustancialmente. Aparte de las funciones asistenciales durante la preparación quirúrgica y posoperatorio inmediato, con el desarrollo de la cirugía se han incorporado a las funciones nuevas habilidades, actividades y responsabilidades entre las que se incluyen las consultas de enfermería especializada, como la anestésica que han demostrado un aumento de la seguridad y eficacia de la cirugía.

El personal de enfermería de la CMA cuenta con un rol mucho más activo en la educación de los pacientes al alta hospitalaria y cuidados posoperatorios, ya que el paciente ambulatorio requiere cada vez más una buena educación y entrenamiento por parte del personal de enfermería para así lograr un mejor manejo de la ansiedad, alivio del dolor y manejo de las náuseas y vómitos.

Al trasladar el lugar del posoperatorio del hospital al domicilio, el manejo de las náuseas y los vómitos, el cuidado de las heridas, las necesidades dietéticas, los signos y síntomas de infección deben estar claros y ser conocidos por el paciente para ser dado de alta.

Los pacientes bien informados presentan menor grado de ansiedad, dolor postoperatorio, menos complicaciones y una recuperación más rápida.

Cada vez se incorporan al campo de la cirugía ambulatoria procesos y pacientes con mayor grado de complejidad por lo que el seguimiento y control posoperatorio en el domicilio se hace esencial para poder valorar su evolución clínica durante los primeros días. Para asegurar la calidad y continuidad asistencial se deberían establecer unos criterios de valoración específicos y uniformes para el seguimiento en el domicilio. La herramienta que más frecuentemente se utiliza es la llamada telefónica. En la mayoría de las unidades la llamada se realiza a las 24/48 horas de la intervención.

Según la complejidad quirúrgica y la comorbilidad del paciente debería estar protocolizado el seguimiento en pautas analgésicas, antieméticas, higiénicas etc.

Una forma de evitar la dispersión de datos a la hora de calcular la respuesta domiciliaria según el tipo de intervención es analizar el postoperatorio desde el punto de vista de patrones de respuesta estimada tras la Cirugía Ambulatoria. Es decir, si nos basamos en la variable ASI (Ambulatory Surgery Incapacity) obtendremos el nivel de incapacidad posoperatoria estimada como consecuencia de la intervención quirúrgica. Existen tres niveles de ASI, en función de si el paciente es capaz o no de realizar las actividades básicas de la vida diaria y el dolor que presente:

- ASI 1: El paciente es capaz de realizar las actividades básicas diarias en casa (higiene y nutrición) sin necesidad de ayuda. No es necesario cuidador después del alta. NO necesita analgesia o solo paracetamol o similar. Este tipo de intervenciones son las de oftalmología (cirugía de cataratas), cirugía ortopédica menor (síndrome del túnel carpiano, dedo en resorte, etc.).
- ASI 2: El paciente es incapaz de realizar las actividades básicas diarias habituales en casa. Tiene un nivel medio de dolor y necesita una combinación de AINES y paracetamol o similar como tratamiento analgésico. Por ejemplo, herniorrafias inguinales simples, umbilicales, lesiones de partes blandas como lipomas, histeroscopias quirúrgicas o similares, artroscopias de rodilla, hidrocele e intervenciones similares.
- ASI 3: Dificultad para la movilidad debido a la existencia de un nivel moderado de dolor. Imposibilidad para realizar las tareas básicas de higiene y nutrición sin ayuda durante tres o cuatro días. Como analgesia, el paciente requiere combinación de opioides, AINES y paracetamol o similar y/o infiltración con anestésicos locales de largo duración o dispositivos con infusores de anestésicos o analgésicos. Intervenciones de este tipo son las de cirugía ortopédica mayor (pie, mano y hombro), laparoscopias ginecológicas o de cirugía general, herniorrafias bilaterales, hemorroidectomías.

126.2 Objetivos

- Clasificar la cartera de servicios más frecuente de la Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria del HUCA según el modelo de posoperatorio domiciliario basado en patrones de respuesta estimada tras Cirugía Ambulatoria.
- Conocer las Variables de control telefónico más frecuentes durante el control postoperatorio telefónico en el domicilio.
- Dar pautas de actuación ante diferentes valores del score telefónico.

126.3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el seguimiento telefónico en las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria de España en los últimos 10 años.

También se incluye un repaso a las últimas actualizaciones a través de los buscadores Pubmed y Cochrane sobre las Unidades Cirugía Mayor Ambulatoria y los índices de ambulatorización a nivel estatal y global.

126.4 Resultados

3.1. Clasificación de la cartera de servicios del HUCA según la variable Ambulatory Surgery Incapacity (ASI) del HUCA.

3.1.1. Cirugía General.

ASI 1: Quiste sebáceos.

ASI 2: Hernias inguinales y crurales, hernias umbilicales y eventraciones. Fístulas, fisuras y quistes perianales, tumorectomías de mama.

ASI 3: Colectectomía por laparoscopia, hernias inguinales bilaterales, hemorroides.

3.1.2. Traumatología.

ASI 1: Uñas encarnadas

ASI 2: Artroscopia rodilla y tobillo, procedimientos sobre el pie: Hallux valgus, dedo martillo, neuroma Morton. Procedimientos sobre rodilla sin cirugía compleja, extracción de material de osteosíntesis.

ASI 3: Artroscopia de hombro, disectomía lumbar ecoendoscópica.

3.1.3. Urología.

ASI 1: Procedimientos sobre uretra, sobre testículo y sobre pene. Circuncisiones.

ASI 2: RTU, Cirugía de la incontinencia, Crioablación de próstata, biopsia por fusión, procedimientos sobre uretra, cistoscopias, cistoceles, bótox vesical.

ASI 3: -

3.1.4. Ginecología.

ASI 1:

ASI 2: Cirugía menor sobre vagina, cérvix y vulva: Bartholinos

ASI 3: Cirugía por laparoscopia, ligadura de trompas.

3.1.5. Otorrinolaringología.

ASI 1: Microcirugía laríngea.

ASI 2: Septoplastia con/sin turbinectomía

ASI 3: Septorrinoplastia, amigdalectomía y adenectomía, miringotomía, timpanoplastia.

3.1.6. Cirugía Maxilofacial.

ASI 1: -

ASI 2: Procedimientos simples sobre la boca: Extracciones dentales, inclusiones sobre boca, tumores, quistes mandibulares.

ASI 3: -

3.1.7. Cirugía Vascular.

ASI 1: Ligadura y stripping de venas

ASI 2: -

ASI 3: -

3.1.8. Cirugía Plástica.

ASI 1: Procedimientos sobre tejidos blandos: Dedo resorte, tumor cutáneo, colgajos. Injertos, desbridamientos sin cirugía compleja, reconstrucción complejo areola-pezones. Liberación túnel carpiano

ASI 2: Procedimientos sobre pulgar o articulación con cirugía compleja: rizartrosis, artrodesis, osteosíntesis. Procedimientos sobre mano-muñeca: tenolisis, tenoartrodesis, artrodesis.

ASI 3: -

3.1.9. Neurocirugía.

ASI 1: Termocoagulación y neuralgias del trigémino, implantación bombas de perfusión analgésicas.

ASI 2: -

ASI 3: -

3.2. Variables de control telefónico (1)

3.2.1. Otros criterios.

Otras variables fuera de la tabla estandarizada que se suelen controlar durante el seguimiento telefónico es la presencia de drenajes, si lo tuviera, valorar su cantidad y aspecto.

En el caso de que el paciente sea portador de sonda vesical, asegurarnos de que esté permeable, no tenga retención de orina y aclarar si tiene alguna duda con respecto al manejo.

Si la intervención quirúrgica implica riesgo de compromiso vascular, valorar si tiene buena movilidad en los dedos, buena coloración y sensibilidad.

Debido a la carga de trabajo asistencial en la unidad, de acuerdo con el Jefe de la Unidad se ha acordado llamar a las siguientes intervenciones quirúrgicas:

CIRUGÍA GENERAL: Colecistectomía, hernias inguinales, hemorroides

ORL: Amigdalectomía, septoplastias, septorrinoplastia, timpanoplastias

C. MAXILOFACIAL: Inclusiones, quistes maxilares

GINECOLOGÍA: Ligadura de trompas

PATOLOGÍA DE MAMA: Cirugías oncológicas

CIRUGÍA PLÁSTICA: Rizartrosis, cirugía de tendones

TRAUMATOLOGÍA: Artroscopias rodilla y de hombro, disectomía lumbar

3.3. Pautas de actuación.

La llamada telefónica la realiza el personal de enfermería de la Unidad de Cirugía Mayor

Ambulatoria, generalmente en horario de mañanas aunque las intervenciones de la tarde se llaman en el turno de tarde para hacer el seguimiento a las 24h de la intervención. El personal de enfermería se encarga de gestionar cualquier incidencia o eventualidad que pueda surgir basándose en pautas de actuación ante diferentes valores de "score" telefónico:

- Entre 8y 4 puntos: Evolución dentro de los parámetros normales.
- Entre 3 y 0 puntos: Es necesaria una nueva llamada hasta detectar mejoría del paciente.
- Valor negativo: El paciente debe desplazarse al hospital para valoración.

126.5 Discusión

El desarrollo de nuevas técnicas ha permitido incorporar nuevas cirugías en el programa de cirugía ambulatoria y por lo tanto las unidades deben adaptar sus mecanismos para evaluar la situación del paciente en el domicilio, ya que es el lugar donde va a pasar su postoperatorio. Diversos estudios han demostrado que sentirse supervisado tiene una importante influencia en la calidad percibida por el paciente. Las conclusiones son similares, la "Cirugía Ambulatoria" es segura si se basa en la estandarización del proceso, desde la selección hasta el alta definitiva del paciente". Esta estandarización pasa por el uso de escalas desde la fase intrahospitalaria hasta el alta. Esta etapa es la más larga y es por ello lo que es necesario perfeccionar y redefinir los indicadores de calidad postquirúrgicos.

La calidad postoperatoria percibida por el paciente depende en gran medida de la ausencia de complicaciones. Es por ello que la llamada telefónica estandarizada realizada por el personal de enfermería permite continuidad de la asistencia, ya que el paciente puede consultar las dudas y complicaciones que le vayan surgiendo, pudiendo solucionarlas en muchas ocasiones sin requerir asistencia hospitalaria. Lo que va a repercutir de forma positiva en el paciente, aumentando su sensación de seguridad.

Así pues el control y registro de lo que sucede en el domicilio tras el alta hospitalaria del paciente es primordial para sentar las bases de la calidad y para lograr una mejor asistencial. Es por ello que se deben establecer unos criterios específicos y uniformes.

Así pues el papel de la enfermería durante todo el proceso de Cirugía Mayor Ambulatoria cada vez cobra mayor importancia. Es por ello por lo que en muchos hospitales se existe una consulta prequirúrgica enfermera que supone el primer filtro para minimizar riesgos perioperatorios. La entrevista con la enfermera tiene dos funciones, se evalúa el estado de salud del paciente así como sus apoyos y detección de problemas sociales que puedan impedir que el usuario opte a la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Esta entrevista prequirúrgica con la enfermera ofrece la oportunidad de que el paciente se familiarice con el centro sanitario, con el circuito quirúrgico y con las recomendaciones prequirúrgicas. La enfermera supone un nexo de unión entre el centro sanitario y el usuario, además si así se organizara, pudiera encargarse del seguimiento postoperatorio de manera más rigurosa y siendo dicha enfermera la figura de referencia ante cualquier duda tanto pre como postoperatoria.

En conclusión, la presencia de una enfermera adiestrada en la valoración integral del

usuario así como en seguimiento postoperatorio mejorará la seguridad de todo el proceso de cirugía mayor ambulatoria y favorecerá a prestar unos cuidados personalizados y con un alto grado de calidad.

126.6 Bibliografía

1. Argente P, Alcántara M.J, Viñoles J, Santisteban A, de Ramón R, Gosalbez E. Seguimiento postoperatorio telefónico en cirugía ambulatoria. *Cir. Mayor. Ambulatoria*. 2013. 18 (3). 105-112.
2. Viñoles J, Ibáñez MV, Ayala G. Predicting recovery at home after Ambulatory Surgery. *BCM Health Services Research*. 2011. 11: 269.
3. Argente Navarro P, Viñoles Pérez J, Alcántara Noalles MJ. Sistema automático de autoevaluación telefónica en cirugía ambulatoria. *Cir. May Amb*. 2012. 17 (2): 13-21.
4. Marmaneu Vicent P, Planells Roig MV, García Espinosa R, Cervera Delgado M. La intervención enfermera y la consulta de enfermería en la mejora de la calidad asistencial (calidad percibida y calidad científico-técnica) en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica ambulatoria. *Cir May Amb*. 2016. 21 (3): 93-137.
5. Del Valle Sánchez M. La consulta prequirúrgica enfermera en cirugía ambulatoria. *Cir May Amb*. 2015. 20(4): 177-179.
6. Mata J, Moral V, Moya MM, Segura C, Valldeperas, Ferrer AM, Aguilar JL. ¿Es eficaz, segura y eficiente una consulta preanestésica en equipo con enfermería?. *Rev. Esp. Anestesiología y reanimación*. 2007. 54: 279-287

Capítulo 127

127 INTERVENCIÓN DEL FISITERAPEUTA ANTE EL ENFERMO DE PARKINSON

MARÍA TERESA MARTÍ GABALDÓN

LIDIA TORIBIO MARTÍN

SONIA NOVILLO DÍAZ-TENDERO

INMACULADA SÁNCHEZ JIMÉNEZ

ANGELA MORALES CUELLAR

127.1 Introducción

La enfermedad de Parkinson se puede hacer presente como bastante habitual entre la población mayor de 65 años y con mucha más incidencia entre los mayores de 85 años. En nuestro país se puede hacer un cálculo de 80000 pacientes tratados por esta enfermedad que en algún momento pasan por las manos de un fisioterapeuta. Esta enfermedad tiene una clasificación evolutiva para la fisioterapia propia del paciente que tiene Parkinson y la tarea del profesional es individual, hay que estudiar cada caso de forma evolutiva al mismo tiempo que la enfermedad. El rehabilitador a través de imágenes debe indicar al fisioterapeuta qué técnicas debe usar en cada circunstancia bien en rehabilitación externa o de forma ambulatoria en el domicilio del paciente.

127.2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar la terapia fisioterapeuta ambulatoria a través de una asociación de Parkinson.

127.3 Caso clínico

Luisa se está realizando pruebas en el hospital de referencia y ha sido derivado al reumatólogo y al neurólogo porque creen que tienen indicios de Parkinson en sus inicios, ella siempre le han temblado las manos a temporadas, pero ha sido una pierna que le fallaba al andar el detonante de la realización de las pruebas médicas. Bajo estos síntomas y contando con antecedentes personales se está estudiando y posteriormente se confirma un diagnóstico de Parkinson. A Luisa se le recomienda una asociación de la zona, en esta asociación un fisioterapeuta es asignado al igual que otros profesionales para el seguimiento y acompañamiento de Luisa en su enfermedad. Urge tratar la

posición de uno de los miembros inferiores de la paciente que no responde siempre que quiere a sus movimientos y ya se ha caído dos veces, el fisioterapeuta le enseña a movilizar las piernas con movimientos y órdenes sencillas. Estos ejercicios van avanzando y cambiando según la necesidad que tiene Luisa.

127.4 Discusión-Conclusión

La función del fisioterapeuta ante un enfermo de Parkinson es prolongar la calidad de vida inicial lo máximo posible, en las asociaciones de enfermos de Parkinson existen centros de día que apoyen a estos pacientes con distintos profesionales que hacen un seguimiento y acompañamiento durante su enfermedad al mismo tiempo que se le brinda apoyo y necesidades que van surgiendo.

127.5 Bibliografía

Ferrer, J. G. (2020). PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON.

Capítulo 128

128 CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE DEPRESIÓN CRÓNICA

MARÍA DE LA SOLEDAD RUBIO SAN JUAN

MARINA LÓPEZ MUÑOZ

NORA MOHAMED TAHAR

GEMA MAGÉN GÁLVEZ

DIANA CASANOVA PALENZUELA

ALICIA PARDO RAMÍREZ

128.1 Introducción

La distimia es una condición relativamente poco estudiada en los trastornos depresivos. La mayoría de los estudios realizados en sujetos con depresión se basan en pacientes que sufren principalmente depresión mayor; aunque se considera que la distimia tiene peor pronóstico que el trastorno depresivo mayor y que puede producir igual o mayor limitación funcional, ya que los pacientes con distimia se quejan de que sus síntomas interfieren de manera importante con sus actividades sociales y su funcionamiento en el trabajo o la escuela. El trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo depresivo durante días, la mayor parte del día y dos o más de los siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento de apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Falta de energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Pobre concentración.
- Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

Esta entidad se define como un trastorno afectivo crónico que persiste al menos 2 años en adultos y 1 año en adolescentes y niños. Durante ese periodo, el paciente debe tener los síntomas durante más de 2 meses seguidos y no presentar un episodio depresivo mayor. Además, la afección no debe explicarse por la presencia de trastorno depresivo mayor crónico, episodio maníaco, hipomaníaco o mixto, trastorno ciclotímico o por abuso de sustancias. Asimismo, los síntomas no deben atribuirse a abuso de sustancias, uso de medicamentos, enfermedades médicas, duelo o cualquier evento de la vida que pueda causar tristeza.

128.2 Objetivos

Mostrar e indicar un plan de atención de enfermería (PAE) en un caso de distimia de una paciente que acude a un centro hospitalario.

128.3 Caso clínico

Mujer de 52 años, es el sustento de su núcleo familiar. Su marido tuvo hace 4 años un accidente de tráfico presentando una lesión medular con diagnóstico de tetraplejia y la madre de esta padece desde hace 3 años síndrome de Diógenes y conviven los tres en la misma casa.

Desde hace dos años, no tiene interés por relacionarse con sus amistades, apenas sale a la calle, salvo para trabajar y hacer la compra en contadas ocasiones. La relación con su marido y madre se está viendo afectada, y además ha sufrido pérdida de peso significativa debido a pérdida de apetito por estrés. Su médico de cabecera decide derivarla a un centro para tratar su depresión crónica.

Observamos que la paciente presenta los siguientes patrones alterados:

- Percepción/mantenimiento de la salud: valora su salud como indiferente.
- Nutricional/metabólico: presenta apetito disminuido, pérdida de peso considerable en los últimos meses.
- Eliminación: episodios de diarrea por estrés.
- Reposo/sueño: presenta hipersomnia secundaria a depresión crónica.
- Autopercepción/autoconcepto: sentimientos negativos hacia su persona, tanto físicos como de culpa, malestar, etc.
- Rol/relaciones: sus relaciones tanto en casa como fuera de ella se han visto alteradas.
- Sexualidad/reproducción: desinterés total.
- Afrontamiento al estrés: falta de estrategias para afrontar situaciones de estrés.

Como diagnóstico principal se elegirá:

Cansancio del rol del cuidador (00061) relacionado con actividades de cuidados excesivas, cumplimiento insuficiente de las propias expectativas, conflicto en el desarrollo de roles manifestado por palabras del paciente.

NOC: resolución de culpa.

NIC: apoyo al cuidador principal.

Actividades: realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.

NOC: nivel de estrés.

NIC: disminución de la ansiedad.

Actividades: tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

128.4 Discusión-Conclusión

Una vez llevado a cabo el Plan de Atención de Enfermería, se valorará por lo tanto el cumplimiento de los objetivos establecidos, con lo que conseguiremos la disminución del estado de estrés, ansiedad y depresión que presenta la paciente,

además de proporcionarle las ayudas sociales que necesita y estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés.

Como conclusión, el trastorno depresivo persistente (distimia) se caracteriza por ser un trastorno depresivo de mas de dos años de duración. No es una secuela del trastorno depresivo mayor. En este caso se puede considerar como una consecuencia del diagnóstico principal: cansancio del rol del cuidador. Es más frecuente en mujeres y su prevalencia está en torno al 3 %.

La clínica es depresiva, pero sin afectación física.

128.5 Bibliografía

- Butcher; Bulechek GM, Faan PR, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 7ª edición. Barcelona: Elsevier; 2018.
- Moorhead S; Swanson E.; Johnson M. y Maas ML. Clasificación de cuidados de enfermería (NOC): medición de cuidados en salud. 6ª edición. Barcelona: Elsevier, 2018

Capítulo 129

129 PERSONAL DE ENFERMERIA EXPONE CASO CLÍNICO DE UN PACIENTE PORTADOR DE UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE (DAI)

FRANCISCO MARTOS CONEJO

GEMA MAGÉN GÁLVEZ

MARTA ALVAREZ GONZALEZ

ALICIA PARDO RAMÍREZ

NORA MOHAMED TAHAR

129.1 Introducción

El desfibrilador automático implantable (DAI) se trata de un dispositivo electrónico que constituido de un generador y unos electrodos, es el elemento pequeño que se aloja debajo del pecho y que funciona con batería. Los electrodos son los encargados de identificar el ritmo y en el caso de que sea maligno el generador actúa proporcionando un tratamiento eléctrico, en el caso de que se detecten arritmias o bradicardias realizando descargas.

129.2 Objetivos

Establecer diagnósticos de enfermería para un paciente con un dispositivo automático implantable.

129.3 Caso clínico

Anamnesis

Varón de 70 años que fue trasladado por el 112 a urgencias tras un síncope en su domicilio.

El paciente refirió un episodio de mareo, mientras estaba en el baño, con pérdida de conciencia de 10 minutos, con traumatismo craneoencefálico y herida a nivel del párpado izquierdo. Su mujer lo encontró en el baño y posteriormente recupera la conciencia, con sensación de náuseas, sin vómitos, ni recurrencias de mareos, ni dolor torácico. No relajación de esfínteres. No movimientos anormales. No episodios previos.

Su diagnóstico principal es síncope en relación a la descarga de DAI por degeneración en fibrilación ventricular de taquicardia ventricular por terapia de estimulación antitaquicárdica. Antecedentes personales y tratamiento actual.

Paciente hipertenso, para lo que toma Micardis plus 40mg/día, ex-fumador de 6-7 cigarrillos al día. Dislipemia en tratamiento con Secalip 145 mg y Livazo 4mg. Diabetes tipo 2 con adecuado control, ya que hace buen uso de los dos tipos de insulina que se pone, que son la Toujeo y la Apidra. Retinopatía proliferativa panfocoagulada. Insuficiencia renal moderada.

En 1988 sufre un infarto de miocardio de localización inferior. En 2009 tiene un IAM. Difusión ventricular severa (FE 15%). En 2010 se realiza estudio electrofisiológico, por el cual se decide la implantación del DAI. Por todo esto el paciente toma Coropres 6.25mg cada 12h y Adiro 100 mg/día, debido a tanta medicación también se toma Omeprazol 20mg/día.

En la planta al paciente se le está tratando con: con 3 tipos de colirios para su úlcera corneal izquierda que son, colirio fluorometalona, moxiflocacino y de nacetilcisteico, de insulinas se emplean las mismas que él se pone en su casa que son la Apidra y la Toujeo, a las cuales se le puede sumar la insulina rápida, según las cifras de la glucemia, siguiendo su protocolo de administración, amiodarona 200mg, adiro 100mg, Omeprazol 20mg, carvedilol 6.25mg, valsartan 80mg, atorvastatina 40mg, todo ello según indicación médica.

Valoración de las 14 necesidades básicas.

1. Necesidad de Respirar.

Varón que tiene una TA de 123/78 mmHg y una FC de 73 lmp, con una SatO₂ de 93% sin necesidad de gafas nasales.

No refiere disnea, ni tos, ni edemas en los miembros superiores.

Patrón no alterado

2. Necesidad de alimentación.

Paciente que es independiente para comer, sigue una dieta adecuada debido a su diabetes, por eso antes de cada comida se le realiza una glucemia capilar y se le administra su insulina procedente y si preciosa de la pauta correctora de insulina.

No tiene náuseas ni vómitos.

Patrón alterado

3. Necesidad de eliminación.

El varón es independiente para ir al baño, comenta que en los últimos meses no controla la orina y que hay veces que cuando estornuda o tose se le escapa.

No sufre ningún tipo de incontinencia fecal.

Patrón alterado

4. Termorregulación.

Paciente afebril, con una T^a de 35.6 °C.

Patrón no alterado

5. Necesidad de higiene y piel.

Tiene una buena higiene tanto corporal como bucal, en la planta se asea todos los días tras el desayuno. Para este tipo de necesidad tampoco necesita ninguna ayuda.

El paciente tiene una herida en el pie debido a la rozadura de unos zapatos, la cual

es curada de forma seca, dice que al ser diabético hay veces que no se da cuenta de estas cosas hasta que llega la noche y se ducha. A causa del síncope sufrió una caída que le provocó un traumatismo oftalmológico, del cual está siendo tratado, por orden facultativa, con diversos colirios alternados.

Patrón alterado

6. Necesidad de vestirse.

El varón es completamente independiente para vestirse y arreglarse.

Patrón no alterado

7. Necesidad de movilización.

El paciente se mueve por la planta con su mujer. Me dice que cuando está en casa suele salir todos los días a andar una hora para controlar mejor la diabetes.

Patrón no alterado

8. Necesidad de dormir.

El paciente duerme y descansa si ningún problema.

Patrón no alterado

9. Necesidad de comunicación.

El paciente se encuentra orientado y colaborador, nos habla y nos responde con normalidad.

Patrón no alterado

10. Necesidad de aprendizaje.

El paciente comprende y entiende lo que le decimos.

Patrón no alterado

11. Necesidad de valores y creencias.

El varón es creyente y acude a misa algunos días.

Patrón no alterado

12. Necesidad realización personal.

El varón se encuentra acompañado de la familia y se le ve animado.

Patrón no alterado

13. Necesidades de seguridad.

El varón sabe por lo que ha sido ingresado y se encuentra acompañado en todo momento de su mujer y de sus hijos

Patrón no alterado

14. Necesidad de ocio.

El paciente escucha la radio y ve la televisión.

Patrón no alterado

Diagnósticos NANDA, NIC Y NOC

129.4 Discusión-Conclusión

El plan de cuidados se considera un instrumento de trabajo que se maneja en el ámbito de la enfermería. Es muy útil a la hora de individualizar los procesos de cada individuo. A estos planes con sus diagnósticos, objetivos e intervenciones se les tienen que dedicar tiempo para valorar las necesidades del paciente, es importante llevar a cabo una conversación en la que se muestre empatía y cercanía con

el paciente para poder asesorarlos y dirigirlos para poder llegar a diagnósticos correctos y poder fijar unos objetivos e intervenciones acordes con el individuo. Por ello se considera importante la educación para el paciente, crean una planificación en la que el paciente se sienta cómodo y el apoyo y la comprensión por parte de la familia.

129.5 Bibliografía

1. Peinado-Peinado R, Merino-Llorens JL, Roa-Rad JH, Macía-Palafox E, QuinteroHenson Ó. Quality of life and psychological state of patients with implantable cardioverter-defibrillators. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2008;8(A).

Capítulo 130

130 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PROCESOS CARDIOVASCULARES PATOLÓGICOS EN EL RECIÉN NACIDO: CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS (CC)

NAWAL AL-LUCH MOHATAR

YOLANDA ROMÁN CONCHAS

KARIMA BURRAHAY-ANANO HACH-DRIS

130.1 Introducción

Cuando nace un bebé, hay cambios importantes en el sistema cardiovascular. Cuando el foramen oval se cierra, el corazón fetal tiene una cámara encima para bombear oxígeno. Cuando nace el feto, las arterias pulmonares se dilatan en respuesta a la oxigenación del tejido pulmonar.

Hay muchos tipos de CC y diferentes métodos de clasificación. Los signos clínicos y el tiempo de hospitalización varían según el tipo de deficiencia. Los recién nacidos pueden ser asintomáticos en las primeras semanas o meses de vida o, por el contrario, pueden desarrollar síntomas graves incompatibles con la vida.

Las cardiopatías congénitas más complejas, causadas por cambios en el sistema circulatorio, ocurren principalmente en el período neonatal. Durante la vida fetal, las circulaciones pulmonar y sistémica están alineadas en paralelo, con ambos ventrículos pasando simultáneamente a través de ambas regiones a través del foramen oval y el conducto arterioso.

El patrón de ciclo dinámico y las anomalías del flujo sanguíneo (derivaciones) evitan que se detecte una enfermedad cardíaca aguda hasta el nacimiento. A medida que los conductos y los poros tienden a cerrarse, la circulación derecha se separa de la izquierda y se produce una circulación secuencial.

130.2 Objetivos

Describir las cardiopatías congénitas presentes en los recién nacidos. Conocer los cuidados de enfermería.

130.3 Metodología

La realización de este trabajo se basó en una búsqueda bibliográfica de artículos de base científica relacionadas con el tema principal. Las bases de datos utilizadas fueron Google Académico, Scielo. Se han utilizado filtros de búsqueda: año de publicación, idioma y acceso gratuito de los artículos seleccionados.

130.4 Resultados

De acuerdo con los objetivos propuestos:

Cardiopatías congénitas:

- Derivación (Shunt) de izquierda a derecha La derivación de izquierda a derecha refiere al flujo de sangre oxigenada desde el lado izquierdo del corazón (aurícula izquierda, ventrículo izquierdo o aorta) hacia el lado derecho del corazón (aurícula derecha, ventrículo derecho o arteria pulmonar), la sangre circula en los pulmones sin entrar en la circulación arterial periférica sistémica. En las cardiopatías donde ocurre tal maniobra, es importante considerar este aspecto. Puede variar debido a cambios en la resistencia vascular pulmonar o a la oclusión estática o dinámica distal al sitio de la derivación.

- Derivación (Shunt) de derecha a izquierda. Una característica común de las derivaciones de derecha a izquierda (R-L) es la hipoxemia, que se manifiesta clínicamente por cianosis de la piel y las membranas mucosas, lo que resulta en una oxigenación insuficiente de los tejidos para satisfacer las necesidades metabólicas. Cualquier disminución repentina de la resistencia vascular sistémica o aumento de la resistencia pulmonar provoca un aumento del shunt de derecha a izquierda, como durante el llanto o la defecación.

Cuidados de enfermería: Al ingresar a la sala de partos o ingresar a la UCIN, pueden presentarse varias situaciones dependiendo de la disponibilidad de información e infraestructura para ayudar al recién nacido en caso de duda o diagnóstico.

Detección de enfermedades cardíacas congénitas con un oxímetro de pulso:

La oximetría de pulso se utiliza para determinar el grado de privación de oxígeno en los recién nacidos que puede ser causado por una enfermedad cardíaca congénita o ciertas afecciones no cardíacas que pueden poner en peligro al recién nacido.

Es una intervención sencilla y no invasiva que los enfermeros pueden realizar en minutos a todos los recién nacidos después de las 24 horas de vida. Debido a que la hipoxia generalmente ocurre durante la transición de la vida intrauterina a la extrauterina, los estudios realizados en las primeras 24 horas después del nacimiento no son tan precisos como los realizados más tarde.

La oximetría de pulso no puede detectar todos los casos de CHD o CHD cianótica, ya que algunos recién nacidos pueden no estar hipoxémicos antes del alta. La detección rápida en ausencia de un diagnóstico prenatal puede garantizar la estabilización, el tratamiento y/o la derivación rápidos antes de que aparezcan los signos y síntomas. 99,9%, pero menos probable si es positivo (sensibilidad 76%).

130.5 Discusión

Las enfermeras especialistas son miembros de equipos multidisciplinarios cuyo trabajo diario es fundamental para ayudar a los recién nacidos con CC a recuperarse mediante una atención eficaz y oportuna. También deben coordinar actividades con otros miembros del equipo médico y fomentar la participación activa de la familia durante la estadía en el hospital.

La incidencia de cardiopatías congénitas en recién nacidos es de aproximadamente 0,8-1 por persona en 100 bebés. Debido al creciente desarrollo de métodos diagnósticos y en especial de tratamiento quirúrgico, este es un problema común que requiere soluciones alentadoras. En la mayoría de los casos, las tasas de supervivencia rondan actualmente el 85% y la esperanza de vida está dentro del rango normal.

130.6 Bibliografía

Cardiopatías congénitas en el recién nacido—Fundación Salud Infantil. (2017, enero 16). Fundación Salud Infantil de la Comunidad Valenciana. <https://fundacionsaludinfantil.org/cardiopatas-congenitas-en-el-recien-nacido/>

Enf-Neonatal-30.pdf. (s. f.). Recuperado 22 de noviembre de 2022, de <https://www.revista.fundasamin.com/content/uploads/2021/05/Enf-Neonatal-30.pdf>

Capítulo 131

131 EL PARTO O ALUMBRAMIENTO DE LA MUJER EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ALBA BEGEGA CALVO

MIRIAN TERESA YURTTZ GALEANO

131.1 Introducción

El parto humano o alumbramiento se conoce como nacimiento, es la finalización del embarazo en la mujer que consiste en la salida al exterior del recién nacido a través del orificio vaginal de la madre.

Este es provocado mediante contracciones uterinas de diferentes intensidades y frecuencia, estas son más intensas según va aumentando la dilatación del orificio vaginal

El proceso de parto consiste en cuatro fases: borramiento, dilatación, descenso y nacimiento del bebé.

Se puede ver asistido por medicamentos que anestesian como la epidural u oxitocina para facilitar o acelerar el proceso de parto.

131.2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es saber y conocer cuáles son algunas de las funciones del TCAE.

131.3 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.

131.4 Resultados

A continuación, hablaremos de las siguientes etapas del parto.

No se conocen algunas de las causas por las que se adelanta o se retrasa el parto en las

mujeres embarazadas, pero puede darse en algunas ocasiones por la placenta, la madre o el feto, también de factores como el tamaño del bebé y su desarrollo.

- Preparto: la madre experimenta diferentes síntomas y signos que pueden dar a conocer a la madre que comienza en breve el proceso de parto. Cada vez va aumentando la intensidad de las contracciones hasta dilatar llegados los 10 cm.

- Dilatación: consiste en dilatar el cuello del útero hasta los 10 cm. Esta dilatación tiene lugar cuando la madre comienza a experimentar contracciones cada vez de mayor intensidad y serán más frecuentes para llegar a completar la dilatación total que son 10cm.

- Nacimiento o expulsión del bebé: tiene lugar el nacimiento del bebé, consiste en el paso del recién nacido a través del canal de parto y llegando al orificio vaginal. Este sale al exterior mediante parto natural o también puede ser por cesárea. Se debe de empujar para que poco a poco vaya saliendo el bebé hasta estar completamente fuera del cuerpo de la madre.

- Alumbramiento: Consiste en la expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas después que tuvo lugar el nacimiento del bebé.

Algunas de las funciones del TCAE son:

- Apoyar y asistir al personal sanitario en lo que requieran.

- Apoyo a la madre y darle ánimo.

131.5 Discusión

Para finalizar o dar por terminado este capítulo de libro sobre el parto o alumbramiento, se debe de decir que el parto o alumbramiento es una fase o un proceso bonito en la vida de los futuros padres del bebé, puesto que a todos o casi todos nos gusta la maternidad y paternidad y forma parte del proceso natural de la vida.

El personal sanitario como el TCAE, siempre está en primera línea ayudando y asistiendo al resto de compañeros en lo que estos necesiten para dar y ofrecer todo lo mejor a sus pacientes para que completar el bienestar completo de todas las personas y cumplir todas sus necesidades.

131.6 Bibliografía

Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer (julio de 2007). Parto. Citado por National Institutes of Health. Último acceso 20 de febrero de 2008.

Liljestrand J. «Episiotomía en el parto vaginal.» Comentario de La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (última revisión: 20 de octubre de 2003); Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Capítulo 132

132 ACTUACIONES DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN EL MANEJO DE EXTINTORES MANUALES EN CONATOS DE INCENDIO EN CENTROS SANITARIOS

CARMEN MARIA GARCIA BARREDO

MARIA ANTONIA GONZÁLEZ FIDALGO

132.1 Introducción

El trabajo diario de los distintos profesionales en un hospital se da en distintos escenarios, oficinas, laboratorios, cocinas, almacenes, habitaciones de hospitalización, áreas de descanso, etc. Y cada lugar tiene dotaciones materiales y enseres de diversa naturaleza y composición. Cuando se produce un inicio de fuego se debe conocer el tipo de material que está en combustión para ver si se puede sofocar. Dependiendo de la naturaleza y magnitud del fuego, es preferible que el personal que lo presencie tenga conocimientos y esté entrenado en el manejo de extintores manuales. La intervención en fases iniciales de un fuego, puede minimizar los efectos de este.

132.2 Objetivos

- Resaltar la importancia del conocimiento de los tipos de fuego y el uso de extintores por el personal sanitario y no sanitario.
- Potenciar la cultura de la seguridad en la práctica laboral.

132.3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de literatura científica sobre la materia, consultándose para ello legislación, artículos en principales bases de datos de libros e internet: Pubmed, Medline, Scielo, etc., seleccionando a su vez artículos cuyos contenidos tienen que ver con la materia de estudio.

132.4 Resultados

Podemos definir un extintor, como un elemento portátil de pequeño tamaño cuya finalidad es apagar principios de incendios o fuegos incipientes, siempre que estos sean susceptibles de ser apagados rápidamente. Consiste en un recipiente metálico que mediante

una boquilla y una válvula emite un agente extintor que se debe dirigir al fuego.

El fuego es un fenómeno químico isotérmico que desprende calor y luz. Es el resultado de la combinación de combustible, color y oxígeno. Los tipos de fuego son:

- Fuego de clase A: son fuegos de combustibles sólidos que dejan brasas alrededor, como la madera, el papel, el cartón, los tejidos, etc.
- Fuego de clase B: son fuegos de combustibles líquidos o sólidos gaseosos como la gasolina, el fuel-oíl, los aceites, las grasas, el alquitrán, los disolventes, etc.
- Fuego de clases C: son fuegos producidos por combustibles gaseosos como el acetileno, el propano, el butano, el gas ciudad, etc.
- Fuego de clase D: son fuegos de metales combustibles y ciertos productos químicos como el sodio, el potasio, el aluminio pulverizado, el magnesio, el titanio, etc.

Se les conoce como fuegos especiales.

Los agentes extintores más comunes que pueden encontrarse en centros sanitarios y ser susceptibles de utilización por parte de cualquier trabajador entrenado son:

- Agentes extintores.
- Agua a chorro.
- Agua pulverizada.
- Polvo químico normal BC.
- Polvo químico polivalente ABC.
- CO₂.

Cuando se produce un fuego y este deriva a un incendio, el extintor se maneja de la siguiente manera:

1. Se comprueba el agente extintor y la presión en el manómetro, se coge el extintor por la maneta o asa fija, y posado en el suelo se coge la boquilla de la manguera de este y se verifica si la válvula o disco de seguridad, si existe, esté colocada, evitando riesgos. Hay que sacar el pasador de seguridad tirando de su anilla.

2. Presionar la palanca de la cabeza del extintor y apretar la palanca de la boquilla realizando una pequeña descarga de comprobación.

Seguidamente, dependiendo del tipo de fuego:

- Si el fuego se produce por un sólido, enfoca la manguera del extintor a la base de la llama, haciendo un movimiento en zigzag. Atacándolo desde una distancia de unos 3 m y acercándose hacia él según se vaya apagando.

Cuando el fuego del sólido haya sido sofocado, se debe romper y esparcir las brasas, con algún instrumento o con el pie para luego volver a rociarle con el extintor. Así se evita que este se avive.

- Si el incendio es un líquido, pero ya está superficialmente el chorro efectuando un barrido horizontal, evitando que la propia presión de impulsión produzca el derrame incontrolado del producto en combustión, hay que acercarse desde unos 3 m hacia el fuego según se vaya apagando.

- Un incendio producido por un gas, si se puede cerrar la llave de paso de gas debe refrigerar el recipiente con agua; y hay que cerrar la llave de paso.

Nunca debe usarse agua como agente extintor cerca de una fuente de electricidad, porque hay riesgo de electrocución.

Si se usa un extintor de CO₂ hay que coger la boquilla por la parte aislada destinado a dicho fin. Así, se evitará una posible quemadura, y no se debe apuntar con la manguera de salida a otras personas. Si se usa en lugares cerrados y pequeños hay que evacuar a todas las personas para evitar el riesgo de asfixia. No debe utilizarse nunca en equipos que se puedan dañar por el frío.

132.5 Discusión

Ante una situación de emergencia en lugares que concentran gran cantidad de personas como pueden ser centros hospitalarios, edificios administrativos, etc. es fundamental la elaboración de un plan de emergencias que contemple tanto la prevención de la aparición del siniestro como las medidas información y de protección necesarias para minimizar las consecuencias materiales y humanas que se puedan originar.

Cuando nos encontramos como usuarios o trabajadores ante una situación de riesgo debemos intentar suavizar las consecuencias con todos los medios, información y formación que dispongamos, debemos intentar siguiendo las pautas de actuación establecidas que las pérdidas materiales y sobre todo, las más importantes las humanas sean las mínimas posibles. La formación de todo el personal en extinción y prevención de incendios debería ser un factor determinante en los planes de emergencias de cada centro de salud.

132.6 Bibliografía

Protección contra incendios. Antonio Madrid Vicente. AMVEditiones. 2017
Protección contra incendios. Andrés Aznar Carrasco. Edita Alción. 1999

Capítulo 133

133 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA UTILIZACIÓN DE MASCARILLAS EN EL ENTORNO SANITARIO EN TIEMPOS DE COVID-19

LUISA KADDUR SEG DIEL

DINA DRIS MOHAMED

REBECA ELSY AZULAY HASSAN

133.1 Introducción

Las mascarillas deben usarse de manera responsable en espacios cerrados destinados al uso público donde las personas pasan o permanecen en ellos durante largos períodos de tiempo. De igual forma, recomendamos el uso responsable de mascarillas en eventos multitudinarios. En instituciones sanitarias donde la distancia de seguridad no se permita, en situaciones de urgencias, se recomienda un uso obligatorio de acuerdo a la vulnerabilidad de las personas.

En entornos laborales, el uso de mascarillas actualmente no es obligatorio, excepto si se sospecha de la contaminación del ambiente. No obstante, los responsables de la prevención de riesgos laborales podrán, de acuerdo con sus respectivas evaluaciones de riesgos, determinar en qué situación será obligatoria, y en qué unidad, ya que puede comprometer la vida del paciente o del personal.

Por lo tanto, se mantiene el requisito obligatorio de usar una máscara.

- En primer lugar, los centros, servicios e instalaciones de salud. Porque son lugares donde se concentran las personas más vulnerables y el riesgo de enfermarse gravemente es alto.
- En segundo lugar, prestar atención a la situación específica de los centros sociales y médicos, especialmente las zonas residenciales para personas mayores. Por lo tanto, solo es obligatorio para trabajadores y visitantes.

133.2 Objetivos

Describir las recomendaciones de la utilización de las mascarillas.

133.3 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 y Google Académico. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: fecha de publicación, el idioma y el área temática.

133.4 Resultados

De acuerdo con el objetivo propuesto:

- Se deben proporcionar máscaras FFP2, FFP3 y N95 a los profesionales que atienden a pacientes con infección por COVID-19 confirmada o sospechada.

Las encomiendas de este impreciso asumen que los centros y servicios médicos cuentan con todos los modelos necesarios para prevenir al personal y a los pacientes de infecciones.

- El público en general deberá utilizar mascarillas médicas en el transporte público, locales comerciales, empresas, centros de salud y servicios, zonas residenciales, zona de urgencias hospitalarias, y donde sea imposible mantener la distancia de seguridad.

Las mascarillas FFP2 sin válvulas se recomiendan para pacientes con infección confirmada o sospechada de COVID-19 durante sesiones de asesoramiento, atención domiciliaria, hospitalización, transporte, emergencias, cirugía y otras emergencias médicas.

Las emergencias que amenazan la vida se tratarán como si fueran casos positivos de COVID-19. Además, durante las operaciones de limpieza y mantenimiento en hospitales de alta infección y farmacias comunitarias, laboratorios para las personas más expuestas, o donde es probable que se liberen gotas o aerosoles.

- Las mascarillas FFP3 deben utilizarse durante las intervenciones y procedimientos donde puedan estar presentes aerosoles generados por COVID-19 o pacientes sospechosos.

- Se utilizarán mascarillas quirúrgicas para la atención de pacientes durante el circuito NO-COVID-19. El informe también incluyó recomendaciones para el uso de máscaras para la población en general, indicando:

- Destacar que la protección que brindan depende del uso adecuado y se complementa con el lavado de manos antes y después de su uso.

- Las mascarillas autofiltrantes (N95, FFP2, FFP3) no se recomiendan para uso general. Se recomiendan para pacientes inmunocomprometidos e indicaciones clínicas.

133.5 Discusión

La utilización de la mascarilla es parte de un conjunto completo de normas preventivas y de vigilancia para reducir la transmisión de enfermedades respiratorias causadas por ciertos virus, particularmente el COVID-19.

También se usa para prevenir a las personas sanas (cuando se usa en contacto con una persona infectada) y para controlar la fuente de infección (cuando lo usa una persona infectada para evitar contagiar a otros).

En todos los casos, el uso de mascarillas no es suficiente para lograr un nivel adecuado de prevención o vigilancia de fuentes, y se requieren otras medidas personales y comunitarias para evitar la transmisión del virus.

La higiene de manos, la distancia mínima permitida y otro conjunto de medidas preventivas, y una vigilancia de las infecciones, son importantes para evitar la propagación de la persona que esté infectada por covid-19 o que tenga sospecha de ello.

133.6 Bibliografía

El uso de las mascarillas en la protección de las infecciones respiratorias: Una revisión de revisiones—PMC. (s. f.). Recuperado 22 de noviembre de 2022, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/a>

El uso obligatorio de mascarilla en centros sanitarios tiene 2 excepciones. (s. f.). Redacción Médica. Recuperado 23 de noviembre de 2022, de https://www.redaccionmedica.com/secciones/m-salud/el-uso-obligatorio-de-mascarilla-en-centros-sanitarios-tiene-2-excepciones-4262?amp_js_v=0

Capítulo 134

134 ACTUACIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN SITUACIONES DE URGENCIAS: PACIENTE AGITADO

DINA DRIS MOHAMED

REBECA ELSY AZULAY HASSAN

LUISA KADDUR SEG DIEL

134.1 Introducción

La agitación psicomotora es un síndrome que implica trastornos del comportamiento. Puede manifestarse en cualquier imagen mental, no solo en algunos trastornos médicos. Y está caracterizado por un aumento significativo o inapropiado de la actividad motora, provoca una mínima inquietud por movimientos descoordinados sin propósito específico. Implica cambios en el ámbito emocional, estado de ánimo del paciente, es decir esta agitación se presenta como nerviosismo, excitación, ira y gritos incontrolables.

Su activación suele ser inesperada y debe investigarse la causa. A veces es provocada por una enfermedad que padece el paciente.

Cuando el personal administrativo recibe un paciente de este tipo, debe controlar la situación, intentando calmar al paciente y en caso de no hacerlo, tratar de llamar a los sanitarios y al cuerpo de seguridad.

134.2 Objetivos

Conocer el protocolo de actuación del administrativo en casos de pacientes con agitación.

134.3 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.

134.4 Resultados

En base al objetivo propuesto, obtenemos que:

La agitación de un paciente puede ocurrir en cualquier centro sanitario, ya sea en centros de día, centro de salud, como en urgencias.

En el momento que nos encontramos con esta situación, debemos garantizar la seguridad de los pacientes, otros usuarios del servicio o el personal.

A través de una serie de acciones predeterminadas encaminadas a:

Lograr un enfoque apropiado y efectivo para el comportamiento agresivo, agitado o violento.

Según la clasificación de Hyman (1995), los pacientes pueden experimentar los siguientes episodios:

La agitación y la violencia en nuestros centros son en su mayoría pacientes trastornados personas que buscan ayuda psiquiátrica porque son conscientes de su comportamiento o impulsos.

El paciente tiene una neuropatía u otra condición médica que afecta el comportamiento.

El paciente está intoxicado o drogado.

Estos factores deben ser dados a conocer a los sanitarios y su evaluación es hecha por ellos.

Los médicos y/o enfermeras realizan la valoración observando el comportamiento.

Revisando el historial del paciente. Registrar los resultados en la historia clínica del paciente junto con las mediciones.

Los administrativos tomaremos medidas en función de los riesgos detectados.

La detección inicial del riesgo se realiza mediante la aplicación de la Escala de Riesgo de Violencia. Test de Plutchik diseñado para evaluar la presencia de emociones y conductas agresivas o violentas.

Para respaldar una evaluación de riesgos estándar, recomendamos lo siguiente:

- Completar la guía de evaluación de riesgos de conducción violenta. Y preguntar al familiar si ha tenido algún comportamiento agresivo en los últimos 3 días

Esta agitación del paciente puede llevar consigo una presencia de actividad general, verbal y amenazas verbales. A menudo, su presencia no va seguida de agresión.

Como actuación por parte del administrativo podemos decir que se intentará:

Ayudar a prevenir o neutralizar los ataques de provocación. Favorecer el entretenimiento del paciente y aumenta la autoestima. Invitar a los pacientes a realizar actividades divertidas. Puede incluir y puede hacerse para evitar que el paciente asuma riesgos.

El propósito del control del habla es ejercer autocontrol, que el paciente exprese sus pensamientos y sentimientos, y establecer límites claros para su comportamiento. Pasar de estímulos potencialmente amenazantes a un apoyo más o menos inofensivo.

134.5 Discusión

El personal administrativo en cualquier área de trabajo, en especial, en urgencias debe estar preparado para cualquier situación que se le presente. En ningún momento se expondrá a riesgos innecesarios que pueda comprometer su vida. Si la situación es grave y el paciente posee un arma o cualquier objeto amenazante, debemos notificar a la seguridad y a las fuerzas del orden. Si continúa amenazando, no debemos ponernos en peligro, mientras esperamos a las fuerzas de seguridad, es mejor pedirle al paciente que se vaya o ceda a sus demandas.

Si en cualquier momento algún personal sufre un ataque de agitación/agresión, daño físico y/o mental, debe ser reportado como accidente de trabajo. Para ello, el responsable directo deberá completar la parte de comunicación/ incidente.

134.6 Bibliografía

270474-pacientes_agitacion.pdf. (s. f.). Recuperado 23 de noviembre de 2022, de https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270474-pacientes_agitacion.pdf

Ocronos, R. M. y de E. (2020, agosto 25). La relación entre el auxiliar administrativo y el paciente en el Servicio de Urgencias en tiempos del COVID-19. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/relacion-auxiliar-administrativo-paciente-urgencias-covid-19/>

Capítulo 135

135 LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL BIENESTAR DEL PACIENTE EN LA HOSPITALIZACIÓN

IMMAN MOHAMED FATMI

CRISTINA CORTÉS OCAÑA

SHAIMA M`HAND BOUHAZZAOUI

135.1 Texto libre

La experiencia de hospitalización se vive personalmente en el contexto de un paciente vulnerable. El personal médico es responsable de velar por la salud de los pacientes hospitalizados. Las auxiliares de enfermería son las personas que más tiempo pasan con sus pacientes, por lo que para que los pacientes estén sanos necesitan conocer sus pensamientos y aspiraciones para poder cumplir con sus requerimientos de atención.

El bienestar humano es ciertamente un tema complicado y, a pesar de la investigación sobre el tema, hasta ahora no se ha llegado a un acuerdo sobre el mejor proceso para asegurarlo. Cuando se trata de la salud hospitalaria, existen muchas dudas y preguntas sobre lo que debe esperar un paciente al ingresar a un centro médico, especialmente al prepararse para una cirugía.

Para tener las herramientas para mejorar los servicios prestados de salud, debemos prestar atención directa a las percepciones de salud de los pacientes hospitalizados. La calidad, la dedicación y la eficiencia de la tecnología son fundamentales para lograr el bienestar de los pacientes hospitalizados. Estos aspectos son especialmente importantes en los hospitales públicos. Las altas cargas de trabajo y los bajos recursos e infraestructura limitan la calidad de la atención en los hospitales públicos.

La calidad de la atención de los auxiliares de enfermería hace referencia a la percepción que tiene el paciente de la atención que recibe de un equipo de sanitario actualizado, competentes en sus funciones y que brindan atención de manera constante. Es fundamental la atención personal, evaluación rápida y atenta en todo momento cuando sea necesario, crear sensaciones relajantes para aliviar el dolor y hacer que los pacientes se sientan más cómodos, y brindar información honesta, oportuna y comprensible.

Estos aspectos determinan el resultado y promueven el bienestar. La calidad técnica

es esencial para todos los servicios de salud, pero se debe prestar especial atención a los pacientes con condiciones médicas que requieren más atención de enfermería y una mejor orientación sobre las modalidades de tratamiento, incluidas las cirugías médicas, cardiovasculares, ortopédicas, seropositivas y oncológicas. Esto es esencial para promover la salud del paciente.

Los pacientes hospitalizados se sienten aliviados al saber que el equipo de enfermería está capacitado en atención técnica. Para ellos, el control del dolor, el seguimiento, la capacidad del personal de enfermería para realizar el procedimiento y la información que se les brinda son importantes.

Cuando se trata del control del dolor, los pacientes aprecian que las auxiliares de enfermería respondan rápidamente a sus solicitudes y, sobre todo, proporcionen la medicación adecuada.

La competencia del equipo de enfermería, en especial los TCAE, es otra dimensión relacionada con el logro del bienestar. El conocimiento y las habilidades de los empleados son importantes. Algunos estudios revisados señalan que el aspecto que no promueve el bienestar en los pacientes es la falta de interés, y lo atribuían a la falta de conocimiento y experiencia del personal en la realización de las actividades y otras técnicas.

Otro aspecto que promueve el bienestar es estar informado sobre las actividades y procesos que realiza. Los pacientes necesitaban que se les informara sobre la atención que debían recibir en el hogar y preferían que las auxiliares estuvieran siempre allí para poder trabajar con los médicos y responder cualquier pregunta o inquietud.

Los profesionales de la salud deben ser conscientes de la importancia de mantener a los pacientes saludables durante su estadía en el hospital. Es imperativo que la atención brindada en los establecimientos de salud se distinga no solo por la parte técnica, sino también por la parte interpersonal, aspecto relevante del tratamiento. Además de tener en cuenta las necesidades y expectativas de cuidados para que el equipo de enfermería las integre en el plan de cuidados de cada turno.

Para mejorar el bienestar de los pacientes del hospital, es imperativo que el personal de enfermería dirija las intervenciones hacia el control del dolor, controle los planes de atención de cada paciente y proporcione la información necesaria.

También es fundamental demostrar una buena actitud sobre la competencia profesional. Destacamos también que para promover la salud, es importante que las instituciones cuenten con la infraestructura para brindar atención, y satisfacer las necesidades y perspectivas de los pacientes.

135.2 Introducción

La experiencia de hospitalización se vive personalmente en el contexto de un paciente vulnerable. Esto es esencial para promover la salud del paciente. El personal médico

es responsable de velar por la salud de los pacientes hospitalizados. Las auxiliares de enfermería son las personas que más tiempo pasan con sus pacientes, por lo que para que los pacientes estén sanos necesitan conocer sus pensamientos y aspiraciones para poder cumplir con sus requerimientos de atención.

El bienestar humano es ciertamente un tema complicado y, a pesar de la investigación sobre el tema, hasta ahora no se ha llegado a un acuerdo sobre el mejor proceso para asegurarlo. Cuando se trata de la salud hospitalaria, existen muchas dudas y preguntas sobre lo que debe esperar un paciente al ingresar a un centro médico, especialmente al prepararse para una cirugía, que ahora se considera un tema de investigación.

Hay resultados de estudios que se han realizado en distintos grupos de pacientes y en su implicación diferentes tipos de estudios. Sin embargo, para tener las herramientas para mejorar los servicios prestados de salud, debemos prestar atención directa a las percepciones de salud de los pacientes hospitalizados. La calidad, la dedicación y la eficiencia de la tecnología son fundamentales para lograr el bienestar de los pacientes hospitalizados. Estos aspectos son especialmente importantes en los hospitales públicos. Las altas cargas de trabajo y los bajos recursos e infraestructura limitan la calidad de la atención en los hospitales públicos.

La calidad de la atención de los auxiliares de enfermería hace referencia a la percepción que tiene el paciente de la atención que recibe de un equipo de sanitario actualizado, competentes en sus funciones y que brindan atención de manera constante. Constan de unos servicios de atención personal, evaluación rápida y atenta en todo momento cuando sea necesario, crear sensaciones relajantes para aliviar el dolor y hacer que los pacientes se sientan más cómodos, y brindar información honesta, oportuna y comprensible.

Estos aspectos determinan el resultado y promueven el bienestar. La calidad técnica es esencial para todos los servicios de salud, pero se debe prestar especial atención a los pacientes con condiciones médicas que requieren más atención de enfermería y una mejor orientación sobre las modalidades de tratamiento, incluidas las cirugías médicas, cardiovasculares, ortopédicas, seropositivas y oncológicas.

135.3 Objetivos

Describir como se sienten los pacientes durante su estancia hospitalaria.

135.4 Metodología

Para la elaboración de la presente comunicación, 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.

135.5 Resultados

Los participantes del estudio tenían entre 18 y 65 años de edad, con una mediana de edad de 34 años, eran predominantemente mujeres (5 hombres, 25 mujeres) y estaban casados, distinguiéndose el grupo en:

7 casados, 7 solteros, 1 viudo, 2 divorciados).

En términos de antecedentes educativos, 16 tienen educación primaria, 9 tienen títulos universitarios, 1 tiene títulos de secundaria y 4 tienen títulos.

Entre las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos pacientes se encuentran laparoscopia, herniectomía, lobectomía, cirugía laparoscópica exploratoria, apendicectomía y colecistectomía, con las ventajas de esta última modalidad.

Los participantes informaron de una a tres hospitalizaciones previas. Los pacientes hospitalizados se sienten aliviados al saber que el equipo de enfermería está capacitado en atención técnica. Para ellos, el control del dolor, el seguimiento, la capacidad del personal de enfermería para realizar el procedimiento y la información que se les brinda son importantes.

Cuando se trata del control del dolor, los pacientes aprecian que las auxiliares de enfermería respondan rápidamente a sus solicitudes y, sobre todo, proporcionen la medicación adecuada.

La competencia del equipo de enfermería, en especial los TCAE es otra dimensión relacionada con el logro del bienestar. Los informantes señalan que el conocimiento y las habilidades de los empleados son importantes. Algunos participantes encontraron que el aspecto que no promovía el bienestar era la falta de interés y lo atribuían a la falta de conocimiento y experiencia del personal en la realización de las actividades y otras técnicas.

Otro aspecto que promueve el bienestar es estar informado sobre las actividades y procesos que realizan. Los pacientes necesitaban que se les informara sobre la atención que debían recibir en el hogar y preferían que las auxiliares estuvieran siempre allí para poder trabajar con los médicos y responder cualquier pregunta o inquietud.

135.6 Discusión

Los profesionales de la salud deben ser conscientes de la importancia de mantener a los pacientes saludables durante su estadía en el hospital. Es imperativo que la atención brindada en los establecimientos de salud se distinga no sólo por la parte técnica, sino también por la parte interpersonal, aspecto relevante del tratamiento. Además de tener en cuenta las necesidades y expectativas de cuidados para que el equipo de enfermería las integre en el plan de cuidados de cada turno.

Para mejorar el bienestar de los pacientes del hospital, es imperativo que el personal

de enfermería dirija las intervenciones hacia el control del dolor, controle los planes de atención de cada paciente y proporcione la información necesaria.

También es fundamental demostrar una buena actitud sobre la competencia profesional. Un hallazgo relacionado es que, además del cuidado, para promover la salud, es importante que las instituciones cuenten con la infraestructura para brindar atención, y satisfacer las necesidades y perspectivas de los pacientes.

135.7 Bibliografía

Moreno Monsiváis, M. G., & Interrial Guzmán, M. G. (2012). Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Index de Enfermería*, 21(4), 185-189. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962012000300002>

Silva-Fhon, J., Ramón-Cordova, S., Vergaray-Villanueva, S., Palacios-Fhon, V., & Partezani-Rodrigues, R. (2015). Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Enfermería Universitaria*, 12(2), 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.03.001>

Capítulo 136

136 LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CONOCIMIENTO DEL PROCESO DEL DUELO

GLEDYS ALIANA ARROYO HERRERA

IMMAN MOHAMED FATMI

CRISTINA CORTÉS OCAÑA

136.1 Introducción

El duelo se clasifica como un trastorno de adaptación con síntomas emocionales como depresión y sentimientos como desesperanza, tristeza, ira e impotencia. Afrontar el duelo requiere contención mental y esfuerzo para soportarlo, pero también requiere una combinación de fuerza de voluntad personal y el uso efectivo de los recursos tanto personales como familiares y de amigos para promover la integración y la pérdida, además de una adaptación positiva. Evoluciona paso a paso, desde el duelo por la pérdida hasta la aceptación y reestructuración de la vida mental.

En estas situaciones los TCAE tienen un acercamiento a la familia. Este apoyo emocional y sentimental es necesario para evitar duelos de enfermedades, prevenir lo que pueda suceder y reducir la preocupación, la duda y el miedo puede brindar alivio a las familias, permitiéndoles escuchar e informarse sobre la progresión de la enfermedad y tratar a los pacientes como seres queridos de una manera más normal y natural.

Enfrentar la muerte es fundamental para los Auxiliares de Enfermería que trabajan en cualquier campo de la medicina, y es lo que va de la mano con el crecimiento profesional y lo que representan.

136.2 Objetivos

Describir aspectos importantes a tener en cuenta por el TCAE en el proceso del duelo.

136.3 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.

136.4 Resultados

Durante las etapas más difíciles del duelo, es importante destacar varios de los factores que pueden afectar en gran medida al duelo posterior, como los sentimientos de culpa, no hacer todo lo posible y una fuerte dependencia del difunto. Esto conllevará una mayor angustia, en una dura etapa de confrontación.

Para que los técnicos de enfermería practiquen ayudar tanto a los pacientes como a las familias, es fundamental conocer la diferencia entre los síntomas que ocurren durante el proceso normal de duelo y los que ocurren durante un proceso complicado.

En el proceso de duelo normal, el duelo se expresa de la forma habitual y la duración del duelo es limitada (uno o dos años, varios días después de la muerte, la persona realiza actividades "normales").

Durante el duelo patológico se produce un duelo reprimido (sin expresión de pena), existe la imposibilidad de alejarse del difunto, y el duelo se expresa con la misma intensidad durante un tiempo prolongado. No se puede reanudar la propia vida en ausencia del difunto.

El período previo a la muerte de un ser querido deja una profunda huella en la memoria de todos los miembros de la familia y se convierte en uno de los temas recurrentes de los funerales. Por eso, es muy importante hacer un seguimiento adecuado de los pacientes y sus familias para que los técnicos auxiliares de enfermería puedan participar adecuadamente en los duelos previos al fallecimiento.

136.5 Discusión

Como profesionales de la salud, los TCAE debemos recordar que uno de los objetivos de los cuidados paliativos es cuidar no solo a los pacientes terminales, sino también a sus familias. Por lo tanto, se debe prestar una atención integral. La formación adecuada y el conocimiento actualizado de TCAE son de suma importancia y necesidad. Solo así podremos brindar una atención de calidad que satisfaga las necesidades existentes de cada paciente y sus familiares.

Está claro que el duelo es un proceso de ajuste por el que pasan todos los sobrevivientes, y saber reconocer sus características es necesario para determinar si el proceso de duelo va como debe. Como personas sanitarias, los TCAE deben saber actuar escuchando, orientando y explicando a las personas que están pasando por esta situación haciendo uso de los recursos necesarios para una buena comunicación y atención.

136.6 Bibliografía

Investigación, R. S. (2021, noviembre 21). Papel de la enfermería ante el proceso de duelo tras un fallecimiento. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>

de-la-enfermeria-ante-el-proceso-de-duelo-tras-un-fallecimiento/

Ocronos, R. M. y de E. (2020, febrero 13). La atención integral del técnico en cuidados auxiliares de Enfermería durante el proceso del duelo. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/atencion-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-proceso-del-duelo/>

Capítulo 137

137 PINCHE DE COCINA EN SANIDAD: LOS ALIMENTOS, EL HUEVO

CARMEN MARIA SIERRA PELET

137.1 Introducción

El huevo es producto del proceso de reproducción de los animales ovíparos, y ha servido como alimento desde tiempos muy antiguos. Los huevos que más se consumen son los de gallina; otros, como los de pato, oca o codorniz no se consumen tanto. Por eso, con la denominación genérica de huevo, normalmente se hace referencia a los huevos de gallináceas, y en estos nos centraremos.

Para hablar de los huevos de otras especies, se indicará la especie de procedencia (por ejemplo, huevo de avestruz).

La composición química del huevo va en relación con la dieta de la gallina y con el sistema utilizado en su crianza. El componente que más varía es la fracción de grasa (lípidos).

137.2 Objetivos

Conocer las características de los alimentos, en este caso del huevo, como alimento básico de la dieta del paciente.

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

Los constituyentes básicos del huevo son:

- Cáscara: es una cubierta calcárea y porosa que está recubierta interiormente por dos membranas. Estas dos membranas se separan en uno de los polos del huevo formando una cámara de aire, la altura de la cual sirve como criterio de frescura.
- Yema: consiste en la parte amarilla del huevo. La membrana vitelina la separa de la

clara. Es posible que presente una mancha rojiza conocida como disco germinativo. Si el huevo hubiera sido fecundado, el pollo se desarrollaría a partir de ese disco germinativo.

- Clara: es una disolución acuosa de proteínas, ligeramente amarillenta y formada por capas de distinta viscosidad, la externa es más fluida y la interna es mucho más densa. Las chalazas son unos cordones trenzados que se encuentran en la clara y mantienen a la yema en el centro, uniéndose por sus extremos a los polos del huevo y a la membrana vitelina.

El huevo presenta unas cualidades nutricionales excepcionales, pues posee todos los nutrientes que harían falta para alimentar al embrión, posteriormente animal, hasta que sea capaz de adaptarse al medio externo.

Los huevos son considerados alimentos proteicos, suministran una proteína con un elevado valor nutricional, pues proporcionan los aminoácidos fundamentales para cubrir las necesidades nutricionales.

Además, posee una amplia variedad de minerales y vitaminas, su composición no es fácilmente modificable y gracias a su cáscara se conserva más y mejor. También contiene carotenoides que participan en la salud visual.

137.5 Discusión

Como pinches de cocina en sanidad manejamos una gran cantidad de alimentos en las cocinas para poder elaborar los diferentes platos que son destinados a nutrir de forma adecuada a los pacientes ingresados en los centros sanitarios.

Una dieta variada y equilibrada en el paciente es esencial para un correcto estado nutricional, lo que permitirá que su evolución clínica sea positiva.

Me parece relevante que conozcamos todos los alimentos que manejamos, así como sus principales características, composición química y propiedades nutricionales que confieren a los platos que elaboramos bajo las órdenes de cocina.

137.6 Bibliografía

1- huevo- [https://es.m.wikipedia.org/wiki/Huevo_\(alimento\)](https://es.m.wikipedia.org/wiki/Huevo_(alimento))

2- huevos y derivados - <https://www.edualimentaria.com/huevos-composicion-y-propiedades>

3- características nutricionales del huevo- <https://unlp.edu.ar/wp-content/uploads/2022/07/ficha04.pdf>

4- huevos, propiedades nutricionales- <https://www.ocu.org/alimentacion/alimentos/informe/huevos-beneficios>

Capítulo 138

138 LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE RAYOS-X

LAILA ABDESELAM MOHAMED

ELISA MARÍA GUILLÉN PÉREZ

HIKRAM ABDELKADER MOHAMED

138.1 Introducción

Las unidades de servicio de radiología son cada vez más grandes en relación a las personas y el espacio en los hospitales.

En un primer momento, el paciente será atendido por una secretaria o personal administrativo. Serán los encargados de examinar a cada paciente, planificar la asistencia médica, investigar las posibles incompatibilidades relacionadas con el procedimiento a realizar, así como indicar las recomendaciones y preparaciones preliminares que debe realizar el paciente. También verificarán que todo esté listo para el examen, revisarán su factura médica, el sistema de atención médica y le informarán sobre las precauciones de seguridad, etc. Es importante traer una identificación.

Los auxiliares administrativos del Departamento de Radiología que reciben pacientes realizan funciones no solo administrativas sino también informativas, y dado que no solo nos preocupamos por nuestros pacientes, recibimos, informamos, instruimos y en ocasiones incluso acompañamos a pacientes errantes y extraviados (generalmente adultos mayores), que saben que tienen una cita, pero no saben cómo llegar ni a quién contactar.

138.2 Objetivos

Conocer las funciones del auxiliar administrativo en el área de radiología.

138.3 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.

138.4 Resultados

El trabajo de un auxiliar administrativo, que acepta pacientes en el servicio de radio-diagnóstico, suele ser extenso: se realizan radiografías y tomografías osteopáticas, se atiende al público en persona o por teléfono, también se atienden llamadas de consulta desde pisos de hospitales, centros asistenciales, y personas que nos soliciten realizar una consulta, petición, consulta o solicitud que nos hayan remitido desde un centro fuera de nuestra zona de referencia, acreditemos la asistencia del paciente o acompañante (paciente).

También elaboran listados de admisiones con consultas pendientes y operaciones en el examen informamos a los pacientes sobre casi todo lo que sabemos sobre las operaciones del hospital antes de una intervención quirúrgica planificada, y asesoramos a los pacientes (aunque no es de nuestra competencia directa) cuando los pacientes solicitan información por este medio.

Los auxiliares administrativos comienzan con:

La identificación del paciente mediante: número de registro hospitalario, DNI o tarjeta sanitaria, comprobamos si el registro es correcto en cuanto a fecha y hora, departamento, pruebas diagnósticas prescritas y preparación de pruebas.

Los pacientes pueden pedir una cita para una ecografía, Tac, MRI, etc. o salir, en cuyo caso nos registramos (como explicaremos más adelante).

Además, confirmar que conoce la investigación que se realizará y que tiene y ha firmado un formulario de consentimiento informado. Le decimos al paciente (sobre todo si nos lo pide) que puede necesitar quitarse anillos, relojes, pulseras, collares, pendientes, gafas, audífonos, etc. y coloque estos elementos en un lugar seguro y controlado para evitar posibles accidentes. Te informaremos sobre las instalaciones donde se llevará a cabo la investigación y te indicaremos cómo llegar.

138.5 Discusión

El auxiliar administrativo de recepción de pacientes es parte integrante del equipo de radiología y es un elemento clave para el correcto funcionamiento del servicio, aunque una de sus principales funciones es velar por la correcta atención al paciente, pero no es menos importante que la cita pueden trabajar radiólogos, personal técnico, equipo de enfermería, enfermeros, guardias y facilita el trabajo de la brigada junto con el servicio de llamadas y los trámites administrativos de su trabajo para que todo se haga de manera cualitativa, eficiente y eficaz.

Esta persona debe tener una atención al cliente de calidad, amable, sensible y solidaria fortalece la imagen interna y externa de la agencia, y el reconocimiento de usuarios satisfechos por el servicio prestado es una grata confirmación de nuestro trabajo.

138.6 Bibliografía

Auxiliar administrativo/a Recepción Radiología. (s. f.). Recuperado 4 de noviembre de 2022, de <https://empleo-grupoquironsalud.talentclue.com/es/node/89243349/4590>

Auxiliar de radiología—Educaweb.com. (s. f.). Recuperado 4 de noviembre de 2022, de <https://www.educaweb.com/profesion/auxiliar-radiologia-871/>

Capítulo 139

139 ESTUDIO POR IMAGEN DINÁMICO DEL CÓCCIX

YOLANDA DOMINGUEZ MARTINEZ

LAURA FERNÁNDEZ ALONSO

139.1 Introducción

El coxis o cóccix es la parte distal de la columna vertebral. Está formado por la fusión de tres a cinco huesos, que forman un hueso único.

Aunque se piensa originalmente que el cóccix está siempre fusionado, ahora se sabe que todo el cóccix no es un hueso sólido, sino que a veces existe algún tipo de movimiento limitado entre los huesos permitidos por las articulaciones fibrosas y los ligamentos.

La coccigodinia es un síndrome doloroso localizado en el cóccix y área circundante, causado al adquirir la posición de sentado.

Esta patología predomina más en mujeres de entre 30 y 50 años que en varones.

139.2 Objetivos

Evaluar a través de la imagen, la morfología, la existencia o no de inestabilidad coccígea y/o diferenciar cóccix hipermóvil o rígido.

139.3 Metodología

Basada en la búsqueda de diferentes bases de datos y en la propia experiencia laboral, según los protocolos de los servicios de radiodiagnóstico de diferentes hospitales.

Se ha realizado una revisión bibliográfica con el objetivo de describir las proyecciones radiográficas más utilizadas en el estudio diagnóstico del cóccix.

139.4 Resultados

El diagnóstico de la coccidinia se basa en un examen físico completo y en las pruebas diagnósticas por imagen.

El estudio radiográfico solicitado por el profesional de la salud serán las proyecciones dinámicas del cóccix, estas constan de las siguientes radiografías a realizar:

1. RADIOGRAFÍA LATERAL DEL CÓCCIX EN BIPEDESTACIÓN:

Para poder realizar esta proyección, el paciente deberá estar al menos entre cinco y diez minutos sin sentarse.

Pasado ese tiempo colocaremos al paciente en bipedestación y de lateral del lado indicado en el estativo mural.

Se debe mostrar bien la imagen lateral del sacro, el cóccix y las articulaciones L5-S1.

2. RADIOGRAFÍA LATERAL DEL CÓCCIX EN POSICIÓN DE ESTRÉS, EN SEDESTACIÓN (dinámica):

El paciente se colocará en sedestación en una superficie dura, la espalda debe de estar ligeramente extendida de manera que el dolor sea más pronunciado.

Se recomienda estar en sedestación unos minutos hasta que aparezca el dolor en el cóccix.

Es muy importante anotar en el volante médico si se produce dolor con la postura de sedestación, para que el especialista en radiología pueda valorar con más precisión el diagnóstico para su posterior tratamiento.

En ambas radiografías el rayo central irá dirigido de 8 a 10 cm por detrás y 5cm por debajo de la EIAS.

Para completar el estudio se realizará una resonancia magnética para descartar una infección o tumor raquídeo como la causa del dolor.

139.5 Discusión

La coccigodinia es una patología frecuente que se caracteriza por dolor en la región del cóccix y zona circundante cuando se está en posición de sedestación o de bipedestación. En los últimos años se ha avanzado en el conocimiento y tratamiento de esta patología. El síndrome del elevador del ano y el síndrome de la proctalgia fugaz son variantes de esta patología.

El dolor en el cóccix también se asocia con los siguientes síntomas:

1. Dispareunia.
2. Disquinesia.
3. Dismenorrea.
4. Síndrome del piramidal.

La coccigodinia puede ser de origen traumático, neoplásico, infeccioso, o idiopático.

139.6 Bibliografía

1. coccigodinia pdf - Búsqueda de Google [Internet]. Google.com. [citado el 21 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=coccigodinia+pdf&client=firefox-bd&ei=CR8kY7nAI4mWaYish7gF&ved=0ahUKEwj56N_U3pj6AhUJSxoKHQjWAVcQ4dUDCA0&uact=5&wiz

2. Bontranger, Posiciones Radiológicas y Correlación Anatómica, 5ª edición. Ed. Médica Panamericana.

3. Merrill. Atlas de posiciones radiográficas y procedimientos radiológicos. Undécima edición. Eugene D. Frank. Bruce W. Long. Bárbara J. Smith.

Capítulo 140

140 LA PREVENCIÓN DEL CONTENIDO DE RIESGOS LABORALES EN EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ELISA MARÍA GUILLÉN PÉREZ

HIKRAM ABDELKADER MOHAMED

LAILA ABDESELAM MOHAMED

140.1 Introducción

Al igual que ocurre con el personal administrativo, los principales riesgos laborales a los que se enfrentan las personas que realizan actividades en oficinas y despachos son:

- Caídas e impactos: tropezar, tropezar con múltiples objetos fuera de lugar o resbalar en un suelo mojado.
- Posturas y movimientos empleados: relacionados con el riesgo de sentarse, mala configuración del puesto de trabajo, movimientos repetitivos o desgaste de las articulaciones por malos hábitos posturales.
- Levantamiento manual de cargas pesadas: El personal administrativo tiene que levantar cargas pesadas como cajas de impresoras, carpetas o archivos, muebles... La falta de costumbre y fuerza física puede causar dolor de espalda.
- Cansancio ocular: debido al bajo brillo y contraste de la pantalla, muy poca o demasiada luz o pantallas reflectantes.
- Riesgo acústico: perturba la concentración y puede causar estrés.
- Factor de calor: la incomodidad del calor puede afectar la concentración de los trabajadores.
- Calidad del aire: se refiere a un conjunto de síntomas que ocurren después de ingresar a un edificio debido a la mala circulación del aire en los materiales de construcción que no cumplen con los estándares de construcción del edificio.
- Radiación y campos electromagnéticos: Las pantallas generan campos que pueden interferir con su funcionamiento normal y causar molestias al operador.

- Factores psicosociales: se refiere a la relación entre los diferentes profesionales y su relación con el entorno, la tecnología, los procesos utilizados o la falta de autocontrol.

140.2 Objetivos

Conocer las medidas preventivas para los riesgos laborales en el auxiliar de administrativo.

140.3 Metodología

Para la elaboración de la presente comunicación, 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.

140.4 Resultados

Cada uno de estos riesgos para la salud y el bienestar de los trabajadores está asociado con medidas preventivas, y las medidas más importantes para cada riesgo descrito anteriormente se enumeran a continuación en el mismo orden:

- Registra todos los factores relacionados con los cambios posturales: superficie de trabajo y silla, posición de la pantalla, hábitos de trabajo, etc. Además, se recomienda el ejercicio para prevenir los problemas asociados al sedentarismo.
- Enseñar a los empleados cómo levantar y mover objetos pesados correctamente para evitar lesiones y dolores de espalda.
- Los ajustes ergonómicos incluyen el ajuste de la pantalla para ajustar el brillo y el contraste, asegurando una iluminación suficiente y colocando todas las fuentes de luz paralelas al área de trabajo.
- Reducir el ruido separando el área de trabajo y colocando elementos ruidosos como impresoras en habitaciones aisladas.
- Protegerse del calor que entra por las ventanas con ventanas y persianas y limite la entrada de vapores fríos sellando las fugas.
- Mantener los sistemas de ventilación y HVAC, verifique que las ventanas tengan ventilación natural y evite usar productos de limpieza tóxicos.
- Mantener su ubicación alejada de fuentes de radiación, lo más lejos posible de ellas.

- Proporcionar a los empleados la mayor información posible sobre sus funciones y procesos y proporcionarles la formación suficiente para realizar estas tareas.
- Fomentar las pausas o descansos breves y la alternancia de tareas que requieran mayor o menor atención.

140.5 Discusión

La introducción de nuevas tecnologías significa que los quipos electrónicos se usan en casi todas las oficinas y, en muchos casos, durante mucho tiempo. Por lo tanto, esta publicación describirá los riesgos y morbilidades asociados con el uso de monitores de ordenadores (en adelante, PCM), las condiciones ergonómicas más adecuadas y las precauciones que deben tomar los trabajadores.

Las causas más habituales de lesiones son: golpes contra objetos (muebles, etc.), caídas, esfuerzo físico y accidentes de tráfico, tanto si se viaja de día como si se desplaza al trabajo.

Al seguir todas estas precauciones, se procurará que los gerentes estén en una posición cómoda y lograr un ambiente de trabajo más cómodo, mayor productividad, más estabilidad laboral, lo que redundará en un aumento de la moral laboral y, por ende, una reducción del ausentismo.

140.6 Bibliografía

Jurídicas, N. (s. f.). Prevención de riesgos laborales en las Administraciones Públicas · Noticias Jurídicas (Spain) [Text]. Noticias Jurídicas; noticias.juridicas.com. Disponible: <https://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/12237-prevencion-de-riesgos-laborales-en-las-administraciones-publicas/>

Prevención de riesgos laborales en el sector administrativo. (2019, Junio 24). Prevención UGT-Andalucía. Disponible: <https://prevencionugtandalucia.es/prevencion-de-riesgos-laborales-administrativo/>

Capítulo 141

141 EL DUE Y LA PREVENCIÓN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS AGUDOS DE LA RADIOTERAPIA Y LOS TRATAMIENTOS ASOCIADOS

MARIA DE LA PAZ SANDOVAL GRAU

MARIA FLORES HELLIN

141.1 Introducción

La radioterapia tiene la finalidad de destruir todas las células cancerosas que habitan un organismo, por lo que la intensidad de su tratamiento es elevada. Para evitar o disminuir la aparición de efectos secundarios, debemos tener en cuenta el tipo de cáncer que vamos a tratar, su localización, el estado de salud del paciente y la dosis que tenemos que administrar en cada sesión.

El procedimiento de radioterapia es muy invasivo y puede destruir, además de esas células dañinas, otros tejidos sanos del cuerpo. No obstante, a diferencia de la quimioterapia, la radioterapia es un procedimiento de aplicación local que afecta principalmente a la zona a la que va dirigido.

141.2 Objetivos

Conocer la prevención de efectos secundarios en pacientes que están expuestos a radioterapia.

141.3 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.

141.4 Resultados

La prevención ante posibles complicaciones tiene que ver con la preparación del personal médico, el estado anímico y físico de cada paciente y la buena práctica del tratamiento.

No obstante, los efectos secundarios pueden aparecer, a pesar de que se tengan en cuenta todas las prevenciones posibles.

Según el lugar de aplicación, algunos de los efectos secundarios agudos más frecuentes del tratamiento de radioterapia son:

- A nivel general: se puede experimentar cansancio o fatiga. La debilidad después del tratamiento es habitual y temporal.
- Cutáneos: algunas personas padecen de sequedad en la piel, picazón o ampollas. Puede tenerse una sensación similar a la provocada por quemaduras solares que raramente da lugar a alteraciones más graves como dermatitis o epitelitis.
- Sobre el cuero cabelludo: puede dar lugar a la caída temporal del pelo o, si la aplicación ha sido más intensa, definitiva.
- En la boca: es una de las zonas más vulnerables a la radiación, pero los efectos secundarios que sufre no suelen ser graves.
 - {= Mucositis
 - {= Hongos
 - {= Pérdida del gusto
 - {= Problemas dentales
- Sobre el tórax: normalmente, los órganos más afectados son el pulmón y el esófago, por lo que el paciente puede sufrir disfagia (dificultad para tragar por la inflamación de la mucosa del esófago) y complicaciones en la respiración.
- En el aparato digestivo: las partes del cuerpo más afectadas son la vejiga y el intestino. Las reacciones suelen ser diarreas, náuseas y vómitos, cistitis y pérdida del apetito.

Algunas de las prevenciones que pueden llevarse antes o durante un tratamiento de radioterapia son:

- Evitar el cansancio: el mejor método para mantener las fuerzas o recuperarlas es descansar y dormir lo suficiente diariamente.
- Cuidar la alimentación: llevar una dieta equilibrada y saludable, medida si es necesario por el profesional sanitario.
- Atender el cuidado de la piel: es una parte muy sensible del cuerpo y durante el tratamiento queda expuesta a sufrir daños.

141.5 Discusión

La radioterapia es una técnica utilizada que usa radiación para el tratamiento de patologías como el cáncer, de forma que se destruyen las células cancerosas.

Por ello puede resultar muy agresivo para el organismo y puede producir efectos secundarios adversos que debemos vigilar y controlar en los pacientes sometidos a esta terapia.

Cualquier señal de alarma puede ser indicativo de que algo no va del todo bien y puede llegar a ser necesario incluso suspender la terapia.

En este trabajo hemos visto algunas medidas preventivas ante los principales efectos secundarios que suelen aparecer tras la radioterapia.

141.6 Bibliografía

1- efectos secundarios de la radioterapia- <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/radioterapia/efectos-secundarios-de-la-radioterapia>

2- atención efectos secundarios radioterapia - http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S157682002000700002

3- efectos secundarios de radioterapia- <https://es.oncolink.org/tratamiento-del-cancer/radiacion/efectos-secundarios/efectos-secundarios-de-la-radioterapia>

4- reducir efectos secundarios radioterapia - <https://www.biobarica.com/es/pacientes/noticias/como-reducir-los-efectos-secundarios-de-la-radioterapia-a7y66tuqYScgVy2HOPER/>

Capítulo 142

142 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁREA DE OPERACIONES O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

ALBA BEGEGA CALVO

142.1 Introducción

La sala de operaciones o de cirugía, también denominada como quirófano, se encuentra en los hospitales, clínicas o centros sanitarios que está acondicionada o destinada para realizar este tipo de operaciones quirúrgicas a aquellos pacientes que así lo requieran. En este lugar también se puede desempeñar otras funciones como anestesia, reanimación u otras actividades.

Este debe de contar con una limpieza y esterilización muy estricta debido a que se debe de impedir el paso de cualquier tipo de agente patógeno o microorganismos que pueden ser perjudiciales en la salud de los pacientes de forma muy negativa.

142.2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro es saber y conocer cuáles son las funciones del TCAE.

142.3 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.

142.4 Resultados

El quirófano está formado por diferentes áreas o secciones donde en cada departamento cada personal sanitario se ocupa o está especializado en un cierto tema sanitario.

-Área restringida: el personal sanitario puede ir vestido de calle y los equipos no están limpios ni desinfectados. En este área se tiene un control de la gente que entra y sale.

-Área de transición: los profesionales sanitarios están preparados para adentrarse en las áreas más restringidas, se debe de cambiar la ropa casual por el pijama de quirófano. Está prohibida la entrada de bebida o comida en esta zona. Se necesita una autorización para poder pasar a esta zona. Están los vestuarios, deben de estar limpios y desinfectados.

-Área semirestringida: solo puede adentrarse la personal sanitario que vista con la ropa de quirófano con el pijama quirúrgico, se encuentran los almacenes con todo tipo de materiales diferentes adecuados al tipo de intervención quirúrgica que se vaya a realizar.

-Área restringida: estas zonas son las más limpias de todo el medio hospitalario, puesto que se encuentran los quirófanos o sala de intervenciones quirúrgicas, también están los esterilizadores rápidos. Solo puede acceder el profesional sanitario que vaya a participar en la intervención quirúrgica.

Algunas de las funciones del TCAE pueden ser:

-Reposición de los almacenes con los materiales especiales para cada intervención.

-Asistir a los profesionales sanitarios que son compañeros del TCAE.

142.5 Discusión

Para finalizar o dar por terminado este capítulo de libro o proyecto de investigación, es saber y conocer que las operaciones quirúrgicas las realiza el personal sanitario especializado debido a diversos problemas o accidentes u otras causas que hayan sido las causantes del problema que haya afectado de forma negativa en la salud del paciente.

El personal sanitario debe de apoyar en todo momento a los pacientes y a sus familiares en todo momento para mostrarle apoyo y cariño y que su recuperación sea de mayor facilidad para completar el bienestar total del paciente en todo momento para que pueda llevar una vida de buena calidad.

142.6 Bibliografía

Bishop, WJ (1995). The Early history of surgery. Barnes & Noble. ISBN 1-56619-798-8

K.-H. Tscheliessnigg: Der Hybrid-OP-Saal als multifunktionaler Therapieraum der Zukunft {= Interdisziplinarität, bildgeführte Therapie, Integration medizinischer Technologie wie CT, Angiographie, Navigation und Robotic in: Journal für Kardiologie {= Austrian Journal of Cardiology 2010; 17 (7{=8), 285{=292

DIN 1946-Teil4 Raumluftechnische Anlagen in Krankenhäusern, VDI 6022 Hygiene-Anforderungen an raumluftechnische Anlagen und Geräte

Capítulo 143

143 EL TRABAJO EN EQUIPO

MARIA ANTONIA GONZÁLEZ FIDALGO

CARMEN MARIA GARCIA BARREDO

143.1 Introducción

El trabajo en equipo en el ámbito sanitario surge cuando un grupo de personas cooperan y coordinan su trabajo, utilizando y poniendo al servicio del grupo sus competencias individuales, con el objetivo de mejorar el rendimiento, y la lealtad del grupo de trabajo al que pertenecen.

Los trabajadores que pertenecen a un grupo de trabajo y comienzan a trabajar en equipo son capaces de afrontar sus tareas diarias con un alto grado de motivación ya que todas las decisiones son tomadas de forma consensuada por todos los miembros del mismo. Los errores y los éxitos también son compartidos, al igual que la carga de trabajo.

143.2 Objetivos

- Definir en qué consiste el trabajo en equipo.
- Exponer sus beneficios.

143.3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo se han consultado las siguientes bases de datos científicas: Dialnet, Medline y Scielo, de las cuales se ha extraído información consultando diferentes artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Los palabras de referencia han sido: trabajo, trabajo en equipo y salud.

143.4 Resultados

Definición

El equipo de trabajo se puede definir como un conjunto de personas que trabajan para lograr objetivos comunes. Cada miembro del equipo se hace responsable de sus decisiones y adquiere un compromiso con el equipo.

Los trabajadores son capaces de lograr los objetivos de forma más eficaz que si trabajaran de forma individual. Un buen equipo va a buscar siempre los mejores resultados. Con todo ello se contribuye a mejorar la motivación del personal sanitario y no sanitario

y a la garantía de obtener el principal objetivo, que es promover y defender la salud y el bienestar del paciente.

Beneficios

Estimula la creatividad: las ideas de los miembros del equipo serán más originales y se soluciones serán más acertadas.

Aumenta la motivación de los distintos miembros del equipo.

Reduce los niveles de estrés, ya que es más fácil de gestionar.

Permite identificar fortalezas y debilidades, lo que hace que la calidad del trabajo mejore.

Aumenta la tolerancia y el respeto, pues la opinión de todos es importante y se tiene en cuenta para encontrar la mejor solución a los problemas.

Mejora la productividad: en equipo las tareas se realizarán más rápido y mejor, con menos errores.

Desarrollo y crecimiento de todos y cada uno de sus miembros.

Características.

Objetivos comunes.

Conjunto de personas que se complementan.

Compromiso.

Confianza.

Uno de sus miembros se constituirá como líder.

Cooperación.

143.5 Discusión

En el ámbito sanitario, el trabajo en equipo va a permitir a los miembros de un grupo de trabajo mejorar la calidad en la atención que se dará a los pacientes y servicios prestados e igualmente va a contribuir a que los profesionales sanitarios y no sanitarios resuelvan con más facilidad los problemas y situaciones a los que hacen frente en sus tareas diarias.

Serán trabajadores con un alto grado de motivación y con capacidad para gestionar y resolver satisfactoriamente cualquier situación a la que se enfrenten en su día a día, arropados por el resto de miembros del equipo. Aumentará su productividad y su compromiso.

143.6 Bibliografía

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

Capítulo 144

144 LAS CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS TÉRMICO EN EL ENTORNO LABORAL

CLARA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

IVÁN LÓPEZ MUÑIZ

ABDOU CHEIKH GHAAUTHAH

144.1 Introducción

La Seguridad Industrial y la Salud Ocupacional son las organizaciones encargadas de estudio de los riesgos y de los posibles criterios de prevención en el ambiente laboral.

El ser humano es capaz de tolerar diversos ambientes térmicos, gracias a su capacidad de homeostasia corporal. El cuerpo humano tolera mejor la hipotermia que la hipertermia, ya que elevar la temperatura corporal en 5 grados puede dar lugar a la muerte.

Debido a las consecuencias que puede desencadenar, el calor constituye un gran peligro para la salud.

En el presente documento hablaremos sobre el estrés térmico, las consecuencias que puede provocar y las medidas preventivas que se pueden adoptar.

144.2 Objetivos

1. Describir el estrés térmico.
2. Describir las consecuencias de la sobrecarga calórica.
3. Proporcionar medidas de prevención.

144.3 Metodología

El presente documento se ha redactado tras una revisión bibliográfica de documentos científicos relacionados con la prevención de riesgos laborales, el estrés térmico y las consecuencias derivadas del trabajo. Todos los documentos consultados están publicados en español. Las bases de datos empleadas son PubMed y Scielo, ambas ampliadas con el buscador Google Académico. Palabras clave: prevención de riesgos laborales, estrés térmico, calor.

144.4 Resultados

A diferencia de otros contaminantes del mundo laboral, el calor representa un grave peligro para la salud debido a que:

- Su origen no depende de manera exclusiva del medio ambiente, la carga térmica representa la suma entre el calor ambiental y el calor metabólico al que está expuesto el ser humano.
- Afecta de manera multiorgánica, no actúa única y exclusivamente sobre un tejido u órgano en particular.
- Sus efectos nocivos en salud no se presentan de forma progresiva o a largo plazo, sino que las enfermedades que provocan son agudas y pueden ser muy graves.

La sobrecarga calórica o el estrés térmico activan en la persona los mecanismos de termorregulación para mantener la temperatura corporal dentro de un rango normal. Esta tensión térmica, cuando es fisiológica no desencadena ningún problema de salud. En

cambio, cuando es patológica puede ser perjudicial tanto para la salud como para la vida. La sobrecarga térmica está relacionada con una serie de factores de riesgo:

- La actividad física desarrollada durante la jornada laboral.
- Las condiciones ambientales: temperatura, humedad, temperatura de las superficies y velocidad del aire.
- El tipo de vestimenta.

Se han establecido una serie de valores límites permisibles que nos permiten delimitar las temperaturas máximas y mínimas a las que una persona puede estar sometida. Este límite nos permite obtener los tiempos de trabajo y descansos necesarios para que un trabajador, bien hidratado y de buena salud, sin haber ingerido medicación ni alcohol y con un uniforme, no presente síntomas que afecten a su salud.

Las personas que trabajan bajo condiciones ambientales adversas pueden ver afectadas su seguridad, salud y su vida. Algunas de las consecuencias que pueden desencadenar son:

- Incremento de las tasas de accidentes en el trabajo.
- Disminución en el rendimiento.
- Disminución de productividad.
- Aparición de enfermedades relacionadas con el calor.
- Agravamiento de patologías previas.

Debido a las consecuencias en términos de salud que pueden provocar, algunas de las medidas preventivas son:

- Prevención médica: de esta manera aseguramos el bienestar de los trabajadores. Incluye un examen médico, vigilancia en la aparición de síntomas y la vigilancia de las actividades de riesgo.
- Prevención organizacional: programas de educación en prevención de riesgos laborales, organización del trabajo y pausas, programas de aclimatación y programas de rehidratación.

- Si es necesario, modificar la vestimenta.
- Disminución del calor radiante.
- Reducción de la carga física del trabajo.

144.5 Discusión

A pesar de que el ser humano es capaz de tolerar variaciones térmicas. Una exposición prolongada a temperaturas por encima o por debajo del límite permitido puede originar graves consecuencias en la salud. Los efectos nocivos del calor en el cuerpo humano son realmente importantes debido a que afectan a múltiples órganos a la vez, incluyen el calor ambiental y el calor metabólico.

El estrés térmico se ve aumentado debido a una serie de factores de riesgo como: factores ambientales, la vestimenta, factores fisiológicos y la actividad laboral. Algunas de las medidas preventivas son; cambiar la vestimenta, disminución del calor radiante, prevención organizativa y prevención médica.

144.6 Bibliografía

1. Escuela Politécnica Nacional. Facultad de Ingeniería Química y Agroindustria. Gestión técnica del riesgo por estrés térmico por exposición al calor en la lavandería, cocina y salas de esterilización del Hospital Vozandes de Quito. Dra Sonia Irene Barba Cedeño.
Página web: <https://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/15000/7742/1/CD-3791.pdf>

Capítulo 145

145 PARASITOLOGÍA DE LOS ALIMENTOS: CONTAMINACIÓN ALIMENTARIA Y BUENAS PRÁCTICAS EN COCINA

CLARA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

IVÁN LÓPEZ MUÑIZ

ABDOU CHEIKH GHAOUTHAAH

145.1 Introducción

Los parásitos son microorganismos de diferentes tamaños (entre 1 micra y 2 metros de largo) que pueden ocasionar diversos grados de nocividad. Pueden aparecer sujetos a los alimentos, plantas, animales y en el medio ambiente.

Los parásitos, como su propio nombre indica, se alimentan mediante una relación de parasitismo. Esto significa, que se nutren a costa de otros. A la especie en la que el parásito se asienta se la denomina huésped u hospedador y una vez que el parásito se aloja en ella, comenzará a sufrir alteraciones y desmejoras en su salud, mientras que el parásito experimentará innumerables beneficios.

En el presente documento, hablaremos de la presencia de los parásitos en diferentes grupos de alimentos, algunos de los síntomas que ocasionan y las buenas prácticas que debemos llevar a cabo en cocina para evitarlos.

145.2 Objetivos

1. Describir la parasitología y contaminación alimentaria por parásitos, exponiendo recomendaciones de buenas prácticas en cocina para evitar la presencia de parásitos.

145.3 Metodología

Para elaborar el presente documento se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de documentos científicos relacionados con los parásitos y la manipulación de alimentos. Todos los documentos consultados estaban publicados en español, entre 2000/2020. La base de datos empleada es el buscador Google Académico. Palabras clave: parasitología, contaminación alimentaria, manipulación de alimentos.

145.4 Resultados

Los parásitos son organismos eucariotas con un alto contenido en hidratos de carbono que se nutren a costa de otros. Presentan una gran variación antigénica y las vacunas tienen un escaso valor sobre ellos. Es frecuente la parasitación múltiple y pueden transmitirse de forma directa, por vía fecal-oral, mediante vectores o por vía telúrica. Las vías de entrada en el huésped pueden ser digestiva (por mucosas), por vía cutánea, vía respiratoria y transfusional. También es frecuente la presencia de parásitos en agua. Entre los parásitos más pre-ocupantes se encuentran aquellos que son resistentes al cloro como la Giardia.

1. Presencia de parásitos en cárnicos:

Conocer el peligro de la presencia de parásitos en cárnicos es muy importante especialmente en países donde se consumen alimentos casi crudos, ahumados, la caza y donde se practica la matanza domiciliar. En estos lugares la práctica no es en su totalidad segura ya que no están en constante chequeo veterinario. El parásito más común es la "Tenia Solium", "Tenia Saginata" y en el pescado el "Anisakido". Pueden causar graves enfermedades y deshidrataciones especialmente en inmunodeprimidos.

Algunos de los síntomas que ocasionan son: dolor abdominal, pérdida de peso, dolores digestivos, vómitos, alergias, náuseas, fiebre , etc.

2. Artrópodos:

Estos seres vivos también causan daño a la salud de las personas, ya que se multiplican a gran escala, inutilizan los alimentos en poco tiempo y viven tanto en ambientes secos como húmedos. Algunos de los más comunes son: Mosca negra, Mosca azul, Ácaros del queso, Polilla, Gorgojo , etc.

3. Contaminación de los alimentos por parte de insectos y roedores:

Son una de las causas más comunes de transmisión de enfermedades, gérmenes patógenos y contaminación por residuos biológicos. Hay que prestar especial cuidado al transporte y almacenamiento de los alimentos.

4. Buenas prácticas para evitar la contaminación alimentaria:

Con el objetivo de prevenir estas enfermedades se recomienda refrigerar y almacenar los alimentos de manera óptima; mantener una estricta higiene en la preparación de los alimentos; cocinar bien las carnes y antes de consumir frutas y verduras lavarlas. Una correcta higiene de manos también será una gran medida preventiva, especialmente antes y después de cocinar.

Debemos mantener el contenedor de residuos bien tapado para alejar insectos y roedores.

145.5 Discusión

Los parásitos representan un amplio grupo de microorganismos de tamaño variable que se alimentan mediante una relación de parasitismo con su huésped. Cuando consumimos un alimento contaminado por un parásito lo podemos hacer por varias vías como la respiratoria, digestiva o cutánea. Debemos prestar especial atención, ya que las vacunas no tienen valor sobre ellos prácticamente y ocasionan graves consecuencias en la salud, especialmente en pacientes de riesgo. Podemos encontrar parásitos en carnes y pescados (Tenia y Anisakido) que causan enfermedades que provocan dolor abdominal, deshidratación, vómitos, pérdida de peso, etc. Es importante realizar una serie de buenas prácticas para evitar la contaminación alimentaria. Algunos ejemplos son la higiene de manos, el cocinado completo de alimentos y lavar las frutas y verduras antes de consumirlas.

145.6 Bibliografía

1. Romero Caballero R. Microbiología y parasitología humana. 3ª edición, Editorial Médica Panamericana, 2007.
2. Prats G. Microbiología clínica. Editorial Medica Panamericana, Madrid, 2006.
3. INTERNET. Página web: <https://csaconsultores.com/buenas-practicas-la-manipulacion-la-carne/>

Capítulo 146

146 MICROBIOLOGÍA DE LOS ALIMENTOS: CLASIFICACIÓN, ENFERMEDADES RELACIONADAS Y BUENAS PRÁCTICAS DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS EN COCINA HOSPITALARIA

CLARA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ABDOU CHEIKH GHAOUTHAH

IVÁN LÓPEZ MUÑIZ

146.1 Introducción

La Microbiología Alimentaria es una rama de la Microbiología que se centra, entre otros aspectos, en estudiar los microorganismos que pueden afectar a la calidad de los alimentos y del agua. Para ello, analiza las características generales de los microorganismos, su ecología, la resistencia al medioambiente, su capacidad de adaptación y las consecuencias de su desarrollo.

Dado que los microorganismos son causa del deterioro y de la aparición de enfermedades en el hombre, producir y consumir alimentos de buena calidad sanitaria forma parte de los intereses de cualquier comunidad. Debemos tener en cuenta, que la aparición de microorganismos en los alimentos depende de diversos factores como: la calidad microbiológica, las condiciones higiénicas de manipulación, la adecuación del envasado y el medio ambiente.

En el presente documento realizaremos una básica clasificación de los microorganismos, hablaremos de las enfermedades más comunes que pueden originar y proporcionaremos medidas de prevención.

146.2 Objetivos

1. Exponer una breve clasificación de los microorganismos en cuanto a su relación con los alimentos y el ser humano.
2. Describir enfermedades comunes y síntomas producidos por la contaminación microbiológica.
3. Estudiar medidas para la prevención de aparición de enfermedades de transmisión alimentaria.

146.3 Metodología

Para elaborar el presente documento se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de documentos científicos relacionados con la microbiología alimentaria y las medidas de prevención de contaminación de alimentos. Todos los documentos consultados estaban publicados en español entre 2006 y 2018. La base de datos empleada es el buscador Google Académico. Palabras clave: manipulación de alimentos, microbiología alimentaria y contaminación.

146.4 Resultados

1. Clasificación de microorganismos:

Realizaremos una breve clasificación de los microorganismos atendiendo a sus características y propósitos. Estos 3 grupos son:

- Saprofitos útiles: grupo de microorganismos que no son nocivos para los alimentos. El hombre los emplea para su desarrollo.
- Saprofitos perjudiciales: a pesar de que no resultan nocivos para el ser humano, este grupo de microorganismos producen deterioro en los alimentos.
- Patógenos: como su propio nombre indica, son microorganismos patógenos, esto es, dañinos para el consumo humano. Causan enfermedades tras ser ingeridos. Dentro de los microorganismos patógenos podemos encontrar saprofitos, virus, bacterias y protozoos.

2. Enfermedades más comunes de transmisión alimentaria (ETA):

Una enfermedad de transmisión alimentaria es aquel trastorno provocado por la ingesta de alimentos contaminados por microorganismos patógenos, los cuales crecen en el alimento y provocan daños. Representan un grave problema de salud pública ya que son responsables de más de 400000 muertes cada año. Algunas de las enfermedades más comunes son: gastroenteritis, listeria, salmonelosis, brucelosis, Hepatitis A, toxoplasmosis y anisakiasis. Todas estas enfermedades afectan principalmente de manera gastrointestinal, provocando síntomas como: deshidratación, vómitos, rechazo al alimento, fiebre, diarrea o alergias.

3. Medidas para la prevención de aparición de enfermedades de transmisión alimentaria:

Dado el riesgo para la salud que ocasionan estas enfermedades debemos prestar cuidado en la manipulación de los alimentos.

Especialmente en cocina hospitalaria, ya que los consumidores serán personas vulnerables con patologías previas, para los que sufrir una ETA supondría un grave riesgo de salud y un deterioro para su pronóstico de recuperación. Algunas de las medidas preventivas que podemos llevar a cabo son:

- Buena higiene de manos. Las manos representan uno de los principales vectores de transmisión de microorganismos. Nos

lavaremos las manos con agua caliente y jabón antes y después del contacto con los alimentos.

- La cocina deberá estar correctamente limpia y ordenada.
- Los utensilios y las superficies de manipulación de alimentos deben estar en correcto estado de limpieza.
- Debemos usar diferentes tablas y utensilios para cada alimento, de esta manera evitaremos contaminación cruzada.
- Cocinar bien los alimentos, especialmente carnes, pescados y huevos.
- Limpiar bien las frutas y verduras antes de consumirlas o cocinarlas.
- Conservar los alimentos crudos y cocinados en diferentes recipientes en la nevera.
- El congelador y la nevera deben limpiarse de manera periódica.
- No llevar el pelo suelto.
- No llevar accesorios, llevar las uñas cortas y limpias.
- Cubrir heridas con apósitos.

146.5 Discusión

Los microorganismos son seres vivos de pequeño tamaño que pueden ser perjudiciales para la salud del consumidor. No todos ellos causan enfermedades, algunos se emplean para la fabricación de ciertos alimentos. Debido a que causan miles de muertes anuales, debemos prestar especial atención a la contaminación alimentaria. Provocan múltiples enfermedades como la salmonelosis, listeria, gastroenteritis, brucelosis o la Hepatitis A. Todas ellas muestran una sintomatología intestinal, cuya gravedad dependerá también del estado previo del consumidor.

Existen numerosas medidas preventivas para evitar las enfermedades de transmisión alimentaria, pero prácticamente todas se basan en una estricta higiene personal y del lugar de cocinado.

146.6 Bibliografía

1. <https://medicoplus.com/medicina-general/enfermedades-transmitidas-por-alimentos>
2. <https://www.fichatec.com/blog/microbiologia-de-los-alimentos/>
3. <https://alimentandolaciencia.esciencia.es>
4. https://www.ecured.cu/Microbiolog%C3%ADa_de_los_alimentos#Microbiolog.C3.ADa_de_los_Alimentos_Otras_Ramas
5. Documento consultado: <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/3650/1/UDLA-EC-TTAB-2012-01%28S%29.pdf>

Capítulo 147

147 LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE UNA EMERGENCIA MÉDICA

FRANCISCO JAVIER NIETO PALOMO

147.1 Introducción

En primer lugar es muy importante reconocer la diferencia entre una urgencia y una emergencia sanitaria. La urgencia "es una situación que no amenaza de forma inminente la vida del enfermo, ni hace peligrar ninguna parte vital de su organismo o si lo hace es en el transcurso de varias horas" y la emergencia "es la situación que hace peligrar de manera inminente la vida del enfermo por lo que debe recibir asistencia sanitaria de la forma más precoz posible". Por ello ante una emergencia médica es fundamental nuestro papel como auxiliar administrativo en el área de urgencia en ese momento, ya que dichas emergencias son más eventuales de lo que pueden parecer, y aunque depende de diversas variables como la gravedad de la urgencia/accidente o el índice total de los heridos, se trata de un verdadero reto para todos los profesionales que se encuentran en ese momento en el centro sanitario, ya sea personal sanitario como no sanitario.

147.2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es, dar a conocer el papel fundamental del auxiliar administrativo en una situación de emergencia y su gran aportación para el manejo de esa situación, al igual que la importancia de fomentar el espíritu cooperativo en ese momento para ofrecer una atención mucho más eficaz y efectiva en ese momento, aparte de saber diferenciar los conceptos de urgencias y emergencia.

147.3 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.

147.4 Resultados

Para realizar un análisis adecuado como auxiliares administrativos sanitarios ante una emergencia médica, es necesario distinguir está de una urgencia. En las emergencias sanitarias se dañan la integridad del individuo de manera inminente, haciendo que su vida corra serios riesgos, por otra parte las urgencias no representan una gravedad tan elevada, y en un principio no parecen suponer un peligro vital para el paciente.

Una situación de urgencia puede acarrear también severos problemas de gestión para nosotros, pero en la mayoría de los casos esta situación es mucho más llevadera, a no ser que nos encontremos en una situación dentro del contexto epidemiológico tanto estacional como globalizado como estamos viviendo actualmente con el virus del SARS-Covid 19, y las emergencias médicas retratan de una manera mucho más explícita una situación caótica y de caos, que podría acabar siendo una situación mucho peor y más difícil de manejar si la manera de encauzarla no es la más correcta.

Los auxiliares administrativos debemos ser conocedores de inmediato del tipo de emergencia que se atiende, al igual que las diferentes patologías más comunes que nos podemos encontrar, en la mayoría de los casos suelen ser traumatismos por accidente de tráfico y otras causas, lipotimias o patologías que requieran asistencia urgente o cirugía, las más habituales son los infartos de miocardio, y aunque como comentamos anteriormente estas situaciones suponga una situación de alerta para el sistema, la carga profesional y la organización no sería la misma

147.5 Discusión

Nuestra implicación como auxiliares administrativos sanitarios es clave y compleja cuando nos enfrentamos a una emergencia médica debido a los momentos de caos que esta originan hasta que se controla la situación, y la importancia de mantener la calma ante la situación que nos enfrentamos, debiendo evitar muestras de inseguridad o aversión. Muchos estudios verifican la importancia de la formación de los profesionales que trabajamos en sanidad, por ello es fundamental nuestro entrenamiento continuo, en el caso que nos trae a colación como auxiliares administrativos ante una situación de emergencia sanitaria realizando una formación continua que nos ayuden a enfrentarnos fácilmente a situaciones tan extremas como estas, por ello el verdadero reto es afrontar esta realidad y asumir nuestro deber y responsabilidad tanto de manera emocional como a la hora de desarrollar el protocolo de actuación en estos casos extremos forma parte de nuestras competencias. Por ello el papel fundamental de nuestra categoría en los servicios de urgencias, ya que nuestro aporte es diverso y transversal, haciendo de la sanidad un servicio mucho más humano y capaz.

147.6 Bibliografía

1. La ley 25/1997, de 26 de diciembre, de regulación del servicio de atención de urgencias 1-2-2.